

DIRECTIVA AVANZADA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Si yo no tengo la capacidad para tomar una decisión informada respecto del cuidado de mi salud, yo les indico a mis proveedores del cuidado de la salud que sigan mis instrucciones, las cuales se detallan a continuación:

I. TESTAMENTO EN VIDA

Si mi médico de cabecera y otro médico determinan que yo ya no tengo la capacidad para tomar decisiones respecto a mi tratamiento médico, le indico a mi médico de cabecera y a otros proveedores del cuidado de la salud, conforme con la Ley de Directivas Avanzadas del Estado de Oklahoma (Oklahoma Advance Directive Act), que sigan mis instrucciones, tal como se expresan a continuación:

1. Si tengo una enfermedad terminal, es decir, una enfermedad incurable e irreversible que, según la opinión del médico de cabecera y de otro médico, aún con la administración del tratamiento para mantener a pacientes con vida provocaría mi muerte dentro de los seis (6) meses

Escriba sus iniciales sólo en una de las opciones

- Yo indico que no se extienda mi vida mediante el tratamiento para mantener a pacientes con vida, con la excepción de que si no puedo comer o beber por vía oral, deseo recibir administración artificial de nutrición e hidratación.
- Yo indico que no se extienda mi vida mediante el tratamiento para mantener a pacientes con vida, incluyendo la administración artificial de nutrición e hidratación
- Yo indico que se me proporcione el tratamiento para mantener a pacientes con vida y, si no puedo comer y beber por vía oral, deseo recibir administración artificial de nutrición e hidratación.

Véanse mis instrucciones más específicas en el párrafo (4) abajo.
(Escriba sus iniciales si corresponde)

2. Si estoy persistentemente inconsciente, es decir, si sufro una condición irreversible en la cual, según lo determinado por mi médico de cabecera y otro médico, yo no sea capaz de razonar y no tenga conciencia de mi persona ni del entorno:

Escriba sus iniciales sólo en una de las opciones

- Yo indico que no se extienda mi vida mediante el tratamiento para mantener a pacientes con vida, con la excepción de que si no puedo comer o beber por vía oral, deseo recibir administración artificial de nutrición e hidratación.
- Yo indico que no se extienda mi vida mediante el tratamiento para mantener a pacientes con vida, incluyendo la administración artificial de nutrición e hidratación.
- Yo indico que se me proporcione el tratamiento para mantener a pacientes con vida y, si no puedo comer y beber por vía oral, deseo recibir administración artificial de nutrición e hidratación.

Véanse mis instrucciones más específicas en el párrafo (4) abajo.
(Escriba sus iniciales si corresponde)

3. Si sufro una condición de tipo etapa final, es decir, una condición causada por una lesión, mal, o enfermedad que resulte en un deterioro severo y permanente manifestado por incompetencia y total dependencia física para la cual el tratamiento de la condición irreversible resultaría médicamente ineficaz:

Escriba sus iniciales sólo en una de las opciones

- Yo indico que no se extienda mi vida mediante el tratamiento para mantener a pacientes con vida, con la excepción de que si no puedo comer o beber por vía oral, deseo recibir administración artificial de nutrición e hidratación.
- Yo indico que no se extienda mi vida mediante el tratamiento para mantener a pacientes con vida, incluyendo la administración artificial de nutrición e hidratación.
- Yo indico que se me proporcione el tratamiento para mantener a pacientes con vida y, si no puedo comer y beber por vía oral, deseo recibir administración artificial de nutrición e hidratación.

Véanse mis instrucciones más específicas en el párrafo (4) abajo.
(Escriba sus iniciales si corresponde)

4. OTRO. En esta sección usted puede:
- (a) describir otras condiciones en las que quisiera que se proporcione, detenga o retire el tratamiento para mantener a pacientes con vida o la administración artificial de nutrición e hidratación
 - (b) dar instrucciones más específicas sobre sus deseos en cuanto al tratamiento para mantener a pacientes con vida o la administración artificial de nutrición e hidratación si usted sufre una enfermedad terminal, si está persistentemente inconsciente o, si tiene una condición de tipo etapa final, o
 - (c) hacer ambas cosas:

Iniciales _____

II. NOMBRAMIENTO DE MI APODERADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Si mi médico de cabecera y otro médico determinaran que yo ya no tengo la capacidad de tomar decisiones respecto de mi tratamiento médico, indico a mi médico de cabecera y a otros proveedores del cuidado de la salud, conforme con la Ley de Directivas Avanzadas del Estado de Oklahoma, a seguir las instrucciones de _____, a quien yo nombro como mi apoderado para el cuidado de la salud. Si mi apoderado para el cuidado de la salud no puede o no desea actuar, yo nombro a _____ como mi apoderado alterno para el cuidado de la salud, con la misma autoridad. Mi apoderado para el cuidado de la salud está autorizado a tomar cualquier tipo de decisión sobre el tratamiento médico que yo podría tomar si fuera capaz de hacerlo, con la excepción de decisiones relacionadas con el tratamiento para mantener pacientes con vida y la administración de nutrientes y hidratantes que mi apoderado para el cuidado de salud o apoderado para el cuidado de la salud alternativo puedan tomar solamente según lo indicado por mí en las secciones anteriores.

Si no designo a un apoderado para el cuidado de la salud en esta sección, significa que me estoy rehusando deliberadamente a designar a un apoderado para el cuidado de la salud.

III. DONACIÓN DE ÓRGANOS

De acuerdo con las disposiciones de la Ley Uniforme de Transplantes de Órganos (Uniform Anatomical Gift Act), yo indico que a la hora de mi muerte mi cuerpo entero o los órganos o partes del cuerpo designados sean donados para los fines de:

Escriba sus iniciales en todos los que correspondan

- transplantes
- terapia
- avance de la ciencia, investigación o educación médica
- avance de la ciencia, investigación o educación dental

Muerte significa ya sea la detención irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias, o la detención irreversible de todas las funciones de todo el cerebro, incluyendo el tronco cerebral. Si coloco mis iniciales en el casillero "sí" que se encuentra a continuación, yo específicamente dono:

Mi cuerpo entero: SÍ

o

Los siguientes órganos o partes del cuerpo: SÍ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pulmones | <input type="checkbox"/> Hígado |
| <input type="checkbox"/> Páncreas | <input type="checkbox"/> Corazón |
| <input type="checkbox"/> Riñones | <input type="checkbox"/> Cerebro |
| <input type="checkbox"/> Piel | <input type="checkbox"/> Huesos / Médula |
| <input type="checkbox"/> Sangre / Fluidos | <input type="checkbox"/> Tejidos |
| <input type="checkbox"/> Arterias | <input type="checkbox"/> Ojos / Cornea / Cristalino |

Iniciales

IV. DISPOSICIONES GENERALES

- A. Comprendo que debo tener dieciocho (18) años de edad o más para firmar este formulario.
- B. Comprendo que mis testigos deben tener dieciocho (18) años de edad o más, y que no pueden ser parientes míos ni herederos de mis bienes.
- C. Comprendo que si se diagnosticó que estoy embarazada y mi médico de cabecera conoce este diagnóstico, recibiré tratamiento para mantener a pacientes con vida y administración artificial de nutrición e hidratación a menos que yo haya, con mis propias palabras, dado una autorización específica para que durante el transcurso del embarazo se detenga o retire el tratamiento para mantener a pacientes con vida y/o la administración artificial de hidratación y/o nutrición.
- D. Cuando yo no sea capaz de dar indicaciones relacionadas con el uso de los procedimientos para mantener a pacientes con vida, es mi intención que esta directiva avanzada sea respetada por mi familia y por los médicos como la expresión final de mi derecho legal a elegir o rechazar tratamientos médicos o quirúrgicos incluyendo, sin estar limitados a, la administración de cualquier procedimiento para mantener a pacientes con vida, y yo acepto las consecuencias de dicha elección o rechazo.

- E. Esta directiva avanzada estará vigente hasta que sea revocada.
- F. Comprendo que puedo revocar esta directiva avanzada en cualquier momento.
- G. Entiendo y acuerdo que si tengo alguna directiva previa, y firmo esta directiva avanzada, mis directivas previas quedan revocadas.
- H. Comprendo completamente la importancia de esta directiva avanzada y estoy mental y emocionalmente capacitado para hacer esta directiva avanzada.
- I. Entiendo que mi(s) médico(s) tomarán todas las decisiones en base a su mejor criterio, aplicando con cuidado y diligencia ordinarios el conocimiento y las habilidades que poseen y utilizan los miembros de buena reputación de la profesión médica que trabajan en el mismo campo en ese momento, medido por los estándares nacionales.
- J. Según la ley estatal, un médico de cabecera u otro proveedor del cuidado de la salud puede rehusarse a implementar una directiva avanzada. Por ejemplo, podría haber razones religiosas o éticas que impidieran la implementación de una directiva avanzada o una parte de la misma. Comprendo que un médico de cabecera o proveedor del cuidado de la salud que no esté dispuesto a cumplir esta directiva avanzada, o una parte de la misma, respetará el hecho de que el paciente o su apoderado elijan a otro proveedor y cooperará en el traspaso del paciente al otro proveedor que sea capaz de cumplir la directiva en cuestión, tan pronto como sea posible al convertirme en un paciente calificado.

Firmado a los _____ días del mes de _____, de 20 _____

(Firma)

Ciudad de _____

Condado de _____ Oklahoma

Fecha de nacimiento (Opcional, sólo para fines de identificación)

Esta Directiva Avanzada
fue firmada en mi presencia:

Esta Directiva Avanzada
fue firmada en mi presencia:

Firma - Testigo #1

Firma - Testigo #2

Dirección

Dirección

Ciudad-Estado-Código Postal

Ciudad-Estado-Código Postal