

Documento Para Plan De Cuidado Avanzado

Propiedad de:

Auspiciado por:



Proyecto GRACE

Directivas Para Resuscitacion y Cuidado
Al Final De La Vida
(Cuidado Terminal)

Documento Para Plan De Cuidado Avanzado

- Todo Americano adulto competente tiene el derecho legal a controlar decisiones para el cuidado de su salud y de aceptar o rechazar cualquier tratamiento medico. Un Plan de Cuidado Avanzado es un documento legal que permite hacer saber en anticipado mis deseos para cuidado medico en el caso de que mas tarde yo no pudiera expresar mis deseos para tratamiento medico.
- Este documento va a ser seguido/observado **UNICAMENTE** cuando yo tenga una enfermedad o condicion medica delineada en este documento.
- Si usted solicita que no se le haga resuscitacion (CPR) fuera del hospital, el estado de Florida requiere una forma o solicitud especial (DH Form 1896). Averigüe con las oficinas de su estado si estas formas especiales son requeridas en su estado.

Enfermedades/Condiciones (en las cuales las posibilidades de recuperacion son pocas o la posibilidad no tiene probabilidades razonables):

Use la siguiente lista como una referencia cuando conteste preguntas en la pagina siguiente.

- **Enfermedades Terminales:** Yo he avanzado hasta los estadios finales de mi vida a pesar de un tratamiento medico completo. El daño a mis organos vitales no permite una funcion adecuada y no pueden ser reemplazados por un transplante (ejemplos son un cancer diseminado en el que el tratamiento medico no es de ninguna ayuda o un Corazon o pulmones severamente dañados que causan severa falta de aire con cualquier actividad a pesar de tratamiento con oxigeno).
- **Estado Inconciente (Estado vegetativo permanente):** Yo he estado y continuo totalmente inconciente sin ninguna posibilidad razonable de recuperacion o de despertarme (como en el caso de daño cerebral causado por la perdida de sangre o falta de oxigeno al cerebro o heridas en la cabeza).
- **Confusion Permanente:** Yo soy incapaz de recordar, comprender o tomar decisiones. Yo no reconozco a mis seres queridos y no soy capaz de tener una conversacion coherente con ellos (un ejemplo es el estado final de la demencia de Alzheimer's).
- **Dependencia Total:** Yo no soy capaz de hablar claramente o movilizarme solo. Yo dependo de otros para mi alimentacion e higiene personal y no soy capaz de comunicarme. Mi condición no va a mejorar con rehabilitación u otros medios (un ejemplo es un accidente cerebrovascular severo que produce paralisis y perdida del habla).

Opciones de Tratamiento (que intentan prolongar la vida):

Escoger "No" significa que yo he escogido que la muerte siga su curso natural sin interferencia medica. Tratamiento para aliviar dolor y sufrimiento continuara.

- **CPR or RCP (Resuscitacion Cardiopulmonar):** Intentar hacer que mi corazón vuelva a latir despues de que haya parado de latir y volverme a hacer respirar despues de que he dejado de respirar; usualmente esto requiere un choque electrico al pecho, compresiones del pecho, poner un tubo en la garganta para respirar y el uso de una maquina para respirar .
- **Medios Artificiales Para Prolongar la Vida:** El uso de maquinas que performen la funcion de los organos que han dejado de funcionar, tipicamente en la unidad de cuidados intensivos.
- **Cirugia, estudios de laboratorio, transfusion de sangre, antibioticos, etc.:** Estos son estudios y tratamientos para diagnosticar y tratar condiciones especificas. Cuando yo no tenga posibilidades razonables de recuperación, tales estudios y tratamientos no ofrecen beneficio y pueden prolongar innecesariamente el sufrimiento e interferir con una muerte natural.
- **Alimentacion Por Tubos:** Cuando ya no tenga posibilidad razonable de recuperacion y no pueda deglutir, el uso de tubos en el estomago para darme nutrición artificial e hidratación no ofrecen beneficio y pueden prolongar innecesariamente mi muerte natural.

Plan De Cuidado Avanzado Del Proyecto GRACE

Yo _____ quiero escoger como debo ser tratado durante los ultimos dias de mi vida. Yo solicito que se me de tratamiento suficiente para prevenir sufrimiento innecesario, que incluye dolor, sofocacion y stress psicologico y emocional. Cuando ya no pueda hacer mis propias decisiones en el cuidado de mi salud, yo ordeno a mi(s) medico(s), otros profesionales de la salud y a mi apoderado de salud que sigan las directives de este documento. Mis preferencias acerca de tratamientos para cuatro condiciones que tienen poca o ninguna posibilidad de recuperacion son:

**PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO PARA CONDICIONES QUE TIENEN
POCA O NINGUNA POSIBILIDAD DE RECUPERACION:
(Marcar "SI" significa que si quiero el tratamiento para la condicion listada.
Marcar "No" significa que no quiero tratamiento para la condicion listada).**

Enfermedad/Condicion	RCP (Resuscitacion Cardiopulmonar)		Medios Artificiales (Maquinas)		Cirugia, Transfusiones, Antibioticos		Alimentacion por Tubo en la Vena o Tubo en el Estomago	
Enfermedad Terminal:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Estado Inconiente Permanente:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Confusion Permanente:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dependencia Total:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Otras Instrucciones: _____

Yo quiero _____ yo no quiero _____ donar mis organos o tejidos para el beneficio de otros, aun cuando se me considere un candidato adecuado para tal efecto.

Persona Elegida Como Mi Sustituto Para Asuntos de Tratamientos Médicos

Cuando yo no sea capaz de expresar mis propios deseos o proveer autorizacion para abstener o discontinuar tratamiento medico para prolongar la vida, yo designo a la siguiente persona (s) para que hagan decisiones por mi que sean consistentes con el espiritu de este documento y mis deseos expresados previamente.

Designado/a:	Alterno/a:
Teléfono ()	Teléfono ()
Dirección	Dirección

Por medio de la presente otorgo extención de responsabilidad a mis medicos y a todos aquellos proveedores de servicios medicos que en buena voluntad proporcionan o se niegan a proporcionar cuidados medicos, si ellos creen que tal/es acción/es es/son consistente/s con mis deseos expresados. Por medio de la presente le pido a mi familia y a cualquier persona designada por cuenta mia que sigan mis deseos y directives y que tomen cualesquiera pasos sean necesarios, incluyendo acciones legales, para asegurarse que mis deseos y directives sean obedecidas. Yo, por medio de la presente dirijo a mi Apoderado o representante legal que administra mis fondos económicos, que haga disponibles de los mismos a mi sustituto en cuidados médicos o a cualquier otro obrando por mi cuenta para asegurarse que mis deseos según son expresados en este documento, sean obedecidos.

Nombre Impreso:	Firma:
El Número del Seguro Social:	Teléfono ()
Dirección:	Fecha:
Testigo – Nombre Impreso:	Firma:
Dirección:	
Testigo – Nombre Impreso:	Firma:
Dirección:	

(Apoderados de salud NO pueden ser testigos de este documento. Un testigo NO debe ser su esposo (a) o pariente con lazos sanguíneos).

Que Hacer Con Este Documento Para Plan De Cuidado Avanzado.

- ☞ Mantenga siempre una copia del documento original. Pongalo en su archivo personal donde sea accesible a otros.
- ☞ Dele una copia a su(s) medico(s).
- ☞ Lleve una copia al hospital cada vez que sea admitido.
- ☞ Dele una copia a su apoderado de salud, explíquelo el significado y el proposito de su plan de cuidado avanzado y tenga una discusión detallada acerca de sus deseos de cuidado medico y deseos al final de su vida.
- ☞ Digales a sus parientes mas cercanos el contenido de su documento para plan de cuidado avanzado.
- ☞ Dele una copia a su guia espiritual.
- ☞ Si usted tiene un “Living Will”-preexistente u otro documento de cuidado avanzado, destruyalos (originales y copias) y provea de los nuevos documentos a los individuos mencionados arriba.
- ☞ Algunos estados requieren una forma adicional del estado que tiene que ser completada si usted no quiere que le den resuscitacion cardiopulmonar (RCP). Usted debe consultar con su proveedor de salud o con autoridades de salud del estado para averiguar si su estado requiere estas formas adicionales para prevenir RCP (Forma “DNR”).
- ☞ Si usted siente que este documento es util para usted, comparta la idea con amigos y parientes y dirijalos a Proyecto GRACE para mas informacion y su propio plan de cuidado avanzado.



Proyecto GRACE

Para mas Informacion:

Proyecto GRACE • 5771 Roosevelt Blvd. • Suite 701 • Clearwater, FL 33760
Teléfono (727) 536-7364 • Llamada Gratis 1-877-99-GRACE • Facsímil (727) 536-7365
www.projectgrace.org