

## Voluntad personal

Instrucciones y documento

### Formulario breve

**Una Voluntad personal** es un documento personal, no legalmente obligatorio en Massachusetts, en el cual usted le brinda información a su Apoderado de atención de salud (“Apoderado”), familiares, médicos y proveedores de cuidados sobre lo que es importante para usted y las instrucciones sobre el tipo de atención que usted desee o no. Pueden ocurrir accidentes y enfermedades a cualquier edad. Si usted queda incapacitado para tomar o comunicar decisiones de atención de salud para usted, aún por un corto tiempo mientras se recupera, su Apoderado puede usar este documento para comunicar sus opciones de atención a su familia y proveedores de cuidados, y tomar decisiones de atención de salud en su nombre. Si aún no ha elegido un Apoderado, este documento ofrece información de primera mano para su familia, médicos y proveedores de cuidados sobre sus elecciones de atención.

**Instrucciones:** Para crear una Voluntad personal, imprima este documento y coloque la página de instrucciones y el documento en blanco delante suyo. Escriba lo que le gustaría que otros sepan sobre sus valores, creencias, objetivos y elecciones de atención. Si usted necesita más espacio, escriba en el reverso. Si las preguntas no correspondieran, solo déjelas en blanco. Usted puede actualizar y revisar este documento con la frecuencia que desee siempre que usted sea competente.

**En la primera línea** escriba su nombre completo en imprenta en el espacio en blanco, seguido por su dirección. Marque la casilla que corresponda acerca de su Apoderado. Si tiene un Poder para tomar decisiones de atención médica, usted puede adjuntarlo a este documento.

#### I. Mis preferencias personales, pensamientos y creencias

- Deje que los demás sepan lo que es importante para usted con el fin de que tomen decisiones en su nombre. Escriba lo que desee para ayudar a su Apoderado y su familia para que usted obtenga la atención que desea respetando sus valores, creencias y elecciones personales, y para que manejen sus asuntos personales mientras usted se recupera o durante más tiempo.

#### II. Personas a informar sobre mis elecciones y preferencias

- Escriba una lista de nombres de familiares, amigos y otros a quienes usted desee que su Apoderado informe y/o tome acción.

#### III. Mi atención médica: Mis elecciones y preferencias de tratamiento

- Condición médica actual: Comparta la información sobre la atención que usted desee a medida que se recupera.
- Tratamientos para soporte vital: la reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica / respiración artificial e hidratación y nutrición artificiales son tratamientos para el soporte vital destinados a prolongar la vida sosteniendo una función esencial del cuerpo, cuando este no sea capaz de funcionar por sí mismo. Hable con su médico sobre los riesgos específicos, beneficios y resultados posibles de intentar estos tratamientos dado su pronóstico médico. Marque la casilla o escriba sus pensamientos e instrucciones.

#### IV. Otra información, instrucciones y mensajes:

- Escriba información adicional para considerar, instrucciones para administrar sus asuntos personales o mascotas, o mensajes para darle a otros.

#### V. FIRMA y fecha

- Firme su nombre completo y escriba la fecha en que lo firmó. Usted puede revisar y reafirmar este documento.

**Importante:** Guarde el original y entregue una copia a su Apoderado, familiares y a cualquier otra persona que usted desee. Puede hacer cambios o agregar información durante toda su vida, siempre que usted sea competente. Lea más sobre su Voluntad personal en [www.honoringchoicesmass.com](http://www.honoringchoicesmass.com)

# Voluntad personal

Yo, \_\_\_\_\_, residente en \_\_\_\_\_, escribo esta Voluntad para mi Apoderado de atención de salud (Apoderado), familiares, amigos, médicos y proveedores de cuidados para informar sobre mis elecciones y preferencias de atención.

- He elegido un Apoderado de atención de salud con un Poder para tomar decisiones de atención médica.  
Nombre e información de contacto del Apoderado: \_\_\_\_\_
- No he elegido un Apoderado de atención de salud con un Poder para tomar decisiones de atención médica.

## I. Mis preferencias personales, pensamientos y creencias

1. Estas son las cosas de la vida que yo más valoro y que hacen que valga la pena vivir:

---

---

2. Si yo me enfermara o lesionara y fuera razonablemente seguro que me fuera a recuperar, posiblemente en menor grado, esto es lo que es importante para mí y cómo defino yo qué es tener una buena calidad de vida:

---

---

3. Estos son mis valores personales, creencias religiosas o espirituales y normas y tradiciones culturales a ser considerados al tomar decisiones de atención (si las hubiera):

---

---

4. Esto es lo que más me preocupa sobre estar enfermo o lesionado; esto es lo que ayudaría a reducir mis preocupaciones:

---

---

5. Si me enfermara o lesionara, y no hubiera esperanza de que yo recupere mi capacidad mental de saber quién soy, estos son mis pensamientos sobre prolongar mi vida y qué tratamientos son aceptables o no para mí:

---

---

6. Estos son mis pensamientos sobre qué significa una muerte pacífica para mí:

---

---

## II. Personas a informar sobre mis elecciones y preferencias

Esta es una lista de personas a informar (es decir, familiares, amigos, clero, abogados, proveedores de cuidado), su información de contacto y función o acción que yo desearía que cada uno de ellos realice (de haberlas):

---

---

---

### III. Mi atención médica: Mis elecciones y preferencias de tratamiento

#### A. Mi condición médica actual

Esta es la información sobre mi condición médica específica (si la hubiera) y mis preferencias sobre medicamentos, médicos, centros de tratamiento y servicios que yo desee o no:

---

---

#### B. Tratamientos para soporte vital

1. La reanimación cardiopulmonar (CPR) es un procedimiento médico de emergencia usado para reiniciar la respiración y el latido cardíaco cuando ambos se han detenido. Mi elección es:

- No deseo que se intente CPR, sino que deseo que se permita una muerte natural con medidas de comodidad;
  - Deseo que se intente CPR a menos que mi médico determine alguno de los siguientes: • Padezco una enfermedad incurable o lesión irreversible y me estoy muriendo • No tengo una probabilidad razonable de sobrevivir si mi corazón hubiera dejado de latir y yo hubiera dejado de respirar • Tengo poca probabilidad de sobrevivir a largo plazo si mi corazón hubiera dejado de latir y yo hubiera dejado de respirar, y el proceso de reanimación causara sufrimiento significativo;
  - Deseo que se intente CPR si mi corazón hubiera dejado de latir y yo hubiera dejado de respirar;
  - No lo sé en este momento y confío en mi Apoderado de atención de salud para que tome la decisión.
- 
- 

#### 2. Tratamientos para prolongar mi vida

Si llegara a un punto en el que no hubiera esperanza de que yo recupere mi capacidad mental de saber quién soy, esta es mi elección y mi preferencia para el tratamiento de soporte vital:

- Deseo rehusar o suspender todos los tratamientos de soporte vital que estén prolongando mi vida y permitir una muerte natural. Entiendo que continuaré recibiendo medicamentos para manejar y aliviar el dolor;
  - Deseo todos los tratamientos de soporte vital durante un corto plazo según la recomendación de mi médico, hasta que mi médico y mi Apoderado estén de acuerdo en que tales tratamientos ya no sean útiles;
  - Deseo todos los tratamientos de soporte vital recomendados por mi médico;
  - No lo sé en este momento y confío en mi Apoderado de atención de salud para que tome las decisiones de tratamiento.
- 
- 

### IV. Otras instrucciones, información y mensajes

---

---

## V. Firma y fecha

Firmo esta Voluntad personal luego de haber pensado mucho sobre mis elecciones y preferencias de atención.

Entiendo que puedo revisar, repasar y afirmar mis decisiones durante toda mi vida siempre que yo sea competente.

FIRMADO: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Revisado y reafirmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_