

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

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: _____

Personal Directive

I, _____, residing at _____, write this directive for my Health Care Agent (Agent), family, friends, doctors and care providers to inform you of my choices and preferences for care.

I have chosen a Health Care Agent in a Health Care Proxy. My Agent's Name & Contact Information is:

I have not chosen a Health Care Agent in a Health Care Proxy.

I. My Personal Preferences, Thoughts and Beliefs

1. Here's what is most important to me, and the things that make my life worth living:

2. If I become ill or injured and I am expected to recover, possibly to a lesser degree, here's how I define having a good quality of life. I'd like to be able to:

3. Here are my personal values, my religious or spiritual beliefs, and my cultural norms and traditions to consider when making decisions about my care (list here if any):

4. Here's what worries me most about being ill or injured; here's what would help lessen my worry:

5. If I become seriously ill or injured and I am not expected to recover and regain the ability to know who I am, here are my thoughts about prolonging my life and what treatments are acceptable and not acceptable to me:

6. Here are my thoughts about what a peaceful death looks like to me:

II. People to Inform about My Choices and Preferences

Here's a list of people to inform (i.e. family, friends, clergy, attorneys, care providers) their contact information, and the role or action I'd like each to take (if any):

III. My Medical Care: My Choices and Treatment Preferences

A. My Current Medical Condition

Here's information about my specific medical condition. Here are my preferences for medications, clinicians, treatment facilities or other care I want or do not want (if any):

B. Life-Sustaining Treatments

1. Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) is a medical treatment used to restart the heartbeat and breathing when the heartbeat and breathing have stopped. My choices are:

- I do not want CPR attempted but rather, I want to allow a natural death with comfort measures;
 - I want CPR attempted unless my doctor determines any of the following: • I have an incurable illness or irreversible injury and am dying • I have no reasonable chance of survival if my heartbeat and breathing stop • I have little chance of long-term survival if my heartbeat and breathing stop and the process of resuscitation would cause significant suffering;
 - I want CPR attempted if my heartbeat and breathing stop;
 - I do not know at this time and rely on my Health Care Agent to make care decisions.
-
-

2. Treatments to Prolong My Life

If I reach a point where I am not expected to recover and regain the ability to know who I am, here are my choices and preferences for life-sustaining treatment:

- I want to withhold or stop all life-sustaining treatments that are prolonging my life and permit a natural death. I understand I will continue to receive pain & comfort medicines;
 - I want all appropriate life-sustaining treatments for a short term as recommended by my doctor, until my doctor and Agent agree that such treatments are no longer helpful;
 - I want all appropriate life-sustaining treatments recommended by my doctor;
 - I do not know at this time and rely on my Health Care Agent to make care decisions.
-
-

IV. Other Instructions, Information and Personal Messages

V. Signature and Date

I sign this Personal Directive after giving much thought to my choices and preferences for care. I understand I can revise, review and affirm my decisions all through my life as long as I am competent.

SIGNED: _____ Date: _____

Reviewed and Reaffirmed _____ Date: _____