

Directiva de Atención Médica

Mi nombre es _____.

Mi fecha de nacimiento es _____.

Soy una persona con capacidad para tomar decisiones. Firmo voluntariamente esta directiva. Si no puedo tomar decisiones por mi cuenta, mis familiares, amigos, representantes y proveedores de servicios médicos deben respetar completamente cada parte de esta directiva. Si alguna parte de esta directiva no es válida, el resto debe respetarse. Revoco cualquier directiva de atención médica que haya firmado en el pasado.

1. Valores de Atención Médica: Los siguientes deseos y preferencias deberían guiar todas las decisiones que se tomen sobre mi cuidado:

a. Lo que hace que mi vida valga la pena vivirla.

☐ Algunos estados de salud terminales o graves pueden impedir que **alguna vez** vuelva a hacer las cosas que hacen para mí que la vida valga la pena vivirla. En esa situación, quiero que ustedes paren todos los tratamientos, excepto la atención destinada al confort, a aliviar el dolor y la atención paliativa, si **jamás puedo volver a:**

☐ Reconocer a mi familia y amigos cercanos de manera significativa alguna

☐ Hacer ejercicio

☐ Estar al aire libre

☐ Leer

☐ Ver programas de televisión/películas

Hacer lo siguiente:

Health Care Directive

My name is _____.

My birth date is _____.

I am a person with decision-making capacity. I voluntarily sign this directive. If I cannot make decisions for myself, my relatives, friends, agents, and medical providers should fully honor every part of this directive. If any part of this directive is invalid, the rest should be honored. I revoke any health care directives I have signed in the past.

1. Health Care Values: The following wishes and preferences should guide all decisions made about my care:

a. What makes my life worth living.

Some terminal or serious conditions may stop me from **ever** doing the things that make life worth living for me. In that situation, I want you to stop all treatment except comfort care, pain relief and palliative care if I **cannot ever again:**

Recognize my close friends and family in any meaningful way

Exercise

Be outdoors

Read

Watch tv shows/movies

Do the following:

☐ Otro:

☐ La vida siempre vale la pena vivirla. Hagan todo lo que puedan por mantenerme vivo.

b. Mis deseos. En mis últimos días, espero poder pasar mi tiempo:

☐ Con mi familia y amigos cercanos:

☐ Con las siguientes cosas de confort y/o mascotas:

☐ Comiendo/bebiendo las siguientes cosas, si es posible:

☐ Escuchando la siguiente música:

☐ Otro:

c. Control del dolor. Los medicamentos que se usan para controlar el dolor suelen tener el efecto secundario de provocar somnolencia y reducción de la claridad mental. En mis últimos días, espero poder equilibrar el control del dolor y la claridad mental de la siguiente manera:

☐ Espero pasar mi tiempo con el menor dolor posible, aunque no tenga claridad mental.

☐ Estoy dispuesto a tolerar el siguiente nivel de dolor con la esperanza de tener mayor claridad mental:

☐ 1 = Dolor que apenas noto

Other:

Life is always worth living. Do everything you can to keep me alive.

b. My hopes. In my last days, I hope to spend my time:

With my close friends and family:

With the following comfort items and/or pets:

Eating/drinking the following items, if possible:

Listening to the following music:

Other:

c. Pain Management. Medications used to treat pain often come with the side effect of drowsiness and decreased mental clarity. In my last days, I hope to balance pain management and mental clarity in this way:

I hope to spend my time in as little pain as possible, even if I'm not mentally clear.

I am willing to tolerate the following level of pain in the hopes of having more mental clarity:

1 = Pain I hardly notice

- ☐ 2 = Dolor que noto, pero no interfiere con actividades
- ☐ 3 = Dolor que a veces me distrae
- ☐ 4 = Dolor que me distrae, pero puedo realizar actividades habituales
- ☐ 5 = Dolor que interrumpe algunas actividades
- ☐ 6 = Dolor que es difícil ignorar, evito actividades habituales
- ☐ 7 = Dolor que es mi foco de atención, impide actividades diarias
- ☐ 8 = Dolor que es horrible, es difícil hacer cualquier cosa
- ☐ 9 = Dolor que es insoportable, no puedo hacer nada.
- ☐ 10 = Dolor que es lo más intenso que pueda imaginar. Lo más importante es la máxima claridad mental.

d. Mis temores. Hay situaciones o tratamientos que me preocupan y que quiero prevenir o evitar si es posible.

- ☐ Tengo miedo de (ejemplos: dificultad para respirar, sed, sensación de ahogo, náuseas, dolores de cabeza):

_____.

Hagan todo lo posible por aliviarme de esa sensación mediante la atención de confort.

- ☐ No quiero gastar nuestros ahorros de toda la vida en mi enfermedad final. Por favor, brinden la atención de confort menos costosa para el cuidado que reciba al final de mi vida.

- ☐ Otro:

- 2 = Pain I notice but does not interfere with activities
- 3 = Pain that sometimes distracts me
- 4 = Pain that distracts me, but I can do usual activities
- 5 = Pain interrupts some activities
- 6 = Pain is hard to ignore, I avoid usual activities
- 7 = Pain is my focus of attention, prevents daily activities
- 8 = Pain is awful, it's hard to do anything
- 9 = Pain is unbearable, I'm unable to do anything
- 10 = Pain as severe as I can imagine. Maximum mental clarity is the most important.

d. My fears. There are situations or treatments I am concerned about and want to prevent or avoid if possible.

I have a fear of (examples: shortness of breath, thirst, choking sensation, nausea, headaches):

_____.

Please do everything possible to relieve me of that feeling through comfort care.

I don't want to spend our life savings on my final illness. Please provide the least costly comfort care for my end-of-life care.

Other:

e. Donde quiero estar. Me gustaría recibir atención en el(los) siguiente(s) lugar(es) si es posible:

- ☐ Mi hogar
- ☐ Atención de hospicio
- ☐ Un centro de vida asistida
- ☐ Una residencia para adultos
- ☐ Un hogar para adultos mayores o un hogar con atención de enfermería
- ☐ Un hospital
- ☐ Sé que podría no ser posible recibir la atención en el lugar que deseo, dadas mis necesidades y circunstancias en ese momento. Confío en mi(s) persona(s) encargada(s) de tomar las decisiones sobre mi atención médica y sé que tomarán las mejores decisiones para mí después teniendo en cuenta mis valores y previa consulta con mis seres queridos y proveedores de atención.
- ☐ Otro:

f. Otras cosas que deben saber sobre mí:

- ☐ Me gustaría que mis amigos y familia sean notificados de mi estado de salud y que se les dé la oportunidad de visitarme para despedirse.
- ☐ Me gustaría que me mantengan vivo durante un corto período de tiempo si fuera necesario para dar a los amigos y la familia tiempo para viajar y despedirse.
- ☐ Si es posible, me gustaría poder mirar por una ventana al exterior o tener una vista de la naturaleza durante mis últimos días.

e. Where I want to be. I would like to receive care in the following place/s if possible:

- My home
- Hospice care
- An assisted living facility
- An adult family home
- A nursing home
- A hospital
- I know that it may not be possible for me to receive care where I want, given my needs and circumstances at the time. I trust my healthcare decision-maker/s and know that they will make the best decisions for me after considering my values, and consulting with my loved ones and care providers.

Other:

f. Other things to know about me:

- I would like my friends and family to be notified of my condition and given an opportunity to visit me to say goodbye.
- I would like to be kept alive for a short period of time if needed to allow friends and family time to travel and say goodbye.
- If possible, I would like to be able to look out a window or see nature during my last days.

- ☐ Mis tradiciones religiosas o culturales requieren las siguientes prácticas relacionadas con la atención médica y la atención al final de la vida:

- ☐ Otro:

My religious or cultural traditions require the following practices around health care and end of life care:

Other:

2. Enfermedad terminal o estado inconsciente

permanente. Si el médico que me atiende me diagnostica un estado de salud terminal, o si dos médicos determinan que estoy en un estado inconsciente permanente, y si mi(s) médico(s) determina(n) que el tratamiento para mantener la vida solo prolongaría artificialmente el proceso de morir, quiero:

a. Atención de confort y medicamentos para el dolor.
(marcar uno)

- ☐ Si parezco estar sufriendo dolor o malestar, quiero tratamiento y medicamentos que me hagan sentir cómodo, incluso si mis proveedores médicos creen que podría acelerar involuntariamente mi muerte.
- ☐ No quiero tratamientos ni medicamentos que me hagan sentir cómodo si esos tratamientos y medicamentos podrían acelerar mi muerte. Hagan todo lo posible por mantenerme con vida aunque tenga dolor. Usen métodos para controlar el dolor que no aceleren mi muerte.

b. Soporte de vida artificial. (marcar uno)

2. Terminal Illness or Permanent

Unconscious Condition. If my attending physician diagnoses me with a terminal condition or two physicians determine that I am in a permanent unconscious condition, and if my physician/s determine that life-sustaining treatment would only artificially prolong the process of dying, I want:

a. Comfort Care and Pain Medication.
(check one)

If I appear to be experiencing pain or discomfort, I want treatment and medications to make me comfortable, even if my medical providers believe it might unintentionally hasten my death.

I don't want treatment and medications to make me comfortable if those treatments and medications might hasten my death. Do everything possible to keep me alive even if I am in pain. Please use pain management methods that will not hasten my death.

b. Artificial Life Support. (check one)

☐ Usen todas las opciones de tratamiento para prolongar artificialmente el proceso de muerte o sostenerme en un estado inconsciente permanente.

☐ El siguiente tratamiento se me debe **retener** o **retirar** después de (*periodo de tiempo*) _____

(*marcar todo lo que corresponda*):

☐ Nutrición artificial

☐ Hidratación artificial

☐ Respiración artificial (ventilador)

☐ Resucitación Cardiopulmonar (RCP), incluyendo ventilación artificial, medicamentos para regular el corazón, diuréticos, estimulantes o cualquier otro tratamiento para la insuficiencia cardíaca

☐ Cirugía para prolongar mi vida o mantenerme vivo

☐ Diálisis de sangre o filtración para la pérdida de la función renal

☐ Transfusión de sangre para reemplazar la sangre perdida o contaminada

☐ Medicamentos usados para prolongar la vida, no para controlar el dolor

☐ Cualquier otro tratamiento médico usado para prolongar mi vida o mantenerme vivo artificialmente

Please use all treatment options to artificially prolong the process of dying or sustain me in a permanent unconscious condition.

The following treatment should be **withheld** or **withdrawn** from me after (*period of time*) _____
(*check all that apply*):

Artificial nutrition

Artificial hydration

Artificial respiration (ventilator)

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), including artificial ventilation, heart regulating drugs, diuretics, stimulants, or any other treatment for heart failure

Surgery to prolong my life or keep me alive

Blood dialysis or filtration for lost kidney function

Blood transfusion to replace lost or contaminated blood

Medication used to prolong life, not for controlling pain

Any other medical treatment used to prolong my life or keep me alive artificially

3. Después de fallecer

a. Órganos, partes del cuerpo y tejidos

☐ Quiero donar órganos, partes del cuerpo y tejidos. (*Instrucciones específicas, si las hubiera*):

3. After Death

a. Organs, body parts, and tissues

I want to donate organs, body parts, and tissues. (*Specific instructions, if any*):

- ☐ No quiero donar órganos, partes del cuerpo y tejidos.

b. Educación o investigación médica

- ☐ Doy mi consentimiento para que se use todo o parte de mi cuerpo para educación o investigación médica.
- ☐ **No** doy mi consentimiento para que se use todo o parte de mi cuerpo para educación o investigación médica.

c. Autopsia

- ☐ Doy mi consentimiento para una autopsia.
- ☐ **No** doy mi consentimiento para una autopsia.

d. Entrega de mi cuerpo y mis restos

- ☐ A mi muerte, mi cuerpo y mis restos pueden entregarse a la(s) siguiente(s) persona(s):
(Nombre(s) e información de contacto):

4. Instituciones de Atención Médica. Si soy ingresado a un hospital u otra institución médica que no respetará esta directiva debido a creencias religiosas o de otro tipo: (1) mi consentimiento de admisión no es un consentimiento implícito para tratamiento, y (2) quiero ser transferido tan pronto como sea posible a un hospital u otra institución médica que respete mi directiva.

5. Cambios y Cancelación. Entiendo que puedo cambiar las palabras de esta directiva antes de firmarla. También entiendo que puedo cancelar esta directiva en cualquier momento.

I don't want to donate organs, body parts, and tissues.

b. Medical education or research

I consent to use all or part of my body for medical education or research.

I **don't** consent to use all or part of my body for medical education or research.

c. Autopsy

I consent to an autopsy.

I **don't** consent to an autopsy.

d. Releasing my body and remains

Upon my death, my body and remains can be released to the following person/s: (Name/s and contact information):

4. Health Care Institutions. If I am admitted to a hospital or other medical institution that will not honor this directive due to religious or other beliefs: (1) my consent to admission is not implied consent to treatment, and (2) I want to be transferred as soon as possible to a hospital or other medical institution that will honor my directive.

5. Changes and Cancellation. I understand that I can change the wording of this directive before I sign it. I also understand that I can cancel this directive at any time.

Fecha: _____



Mi firma (ante notario o testigos)

← Date

← My signature (in front of a notary or witnesses)

Notarización (preferible) (Notarization (preferred))

State of Washington (*Estado de Washington*)

County of (*Condado de*) _____

Signed or attested before me on (*date*) _____

Firmado o atestiguado ante mí el (fecha)

by (*name*) / *por (nombre)* _____.

Signature of Notary (*Firma de Notario*)

Notary Public for the State of Washington.
(*Notario Público para el Estado de Washington.*)

My commission expires (*Mi comisión vence*) _____

**Declaración de los testigos
(solo si no puede encontrar un notario)**

Al (*fecha de*) _____,
(*nombre*) _____ firmó
esta Directiva de Atención Médica en mi presencia. Lo(la)
conozco personalmente o me proporcionó comprobante
de su identidad. Creo que es capaz de tomar decisiones
sobre su atención médica.

- No estoy emparentado con esta persona ni por sangre ni por matrimonio.
- No tengo derecho a heredar dinero o bienes de esta persona.
- No tengo una reclamación legal en contra de esta persona.
- No soy el médico de cabecera de esta persona. No soy empleado de su médico, ni de ningún centro de salud donde sea paciente.

Testigo 1

Firma

Nombre con letra de molde

**Statement of Witnesses
(only if you cannot find a notary)**

On (*date*) _____,
(*name*) _____
signed this Health Care Directive in my
presence. They are personally known to me
or provided proof of identity. I believe they
are capable of making health care decisions.

- I am not related to this person by blood or marriage.
- I am not eligible to inherit money or property from this person.
- I do not have a legal claim against this person.
- I am not this person's attending physician. I am not an employee of their physician, or of any health facility where they are a patient.

Witness 1

← Signature

← Print name

Dirección _____

Teléfono _____

Testigo 2

► _____
Firma

Nombre con letra de molde

Dirección _____

Teléfono _____

← Address

← Phone

Witness 2

← Signature

← Print name

← Address

← Phone

Directiva de Atención Médica Anexo: Información de contacto

Health Care Directive Attachment: Contact Info

Mi información

Mi nombre _____
Mi fecha de nacimiento _____
Mi número de teléfono _____
Mi dirección de correo electrónico _____
Mi dirección de correo postal _____

Mi proveedor médico de atención primaria _____

My information

My name _____
My date of birth _____
My phone number _____
My email address _____
My mailing address _____

My primary care medical provider _____

Poder notarial

☐ Tengo un formulario de **Poder Notarial Duradero** que permite a otra persona (mi "representante") tomar decisiones de atención médica por mí si yo no puedo.

Power of attorney

I have a **Durable Power of Attorney** form that lets someone else (my "agent") make health care decisions for me if I am not able.

Mi representante para la atención médica (si lo hay)

Nombre _____
La relación conmigo (por ejemplo, amigo, pareja, cónyuge, hermana, etc.) _____

Teléfono _____
Correo electrónico _____

My health care agent (if any)

Name _____
Relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.) _____
Phone _____
Email _____

Mi representante alternativo para la atención médica (si lo hay)

Nombre _____
La relación conmigo (por ejemplo, amigo, pareja, cónyuge, hermana, etc.) _____

Teléfono _____
Correo electrónico _____

My alternate health care agent (if any)

Name _____
Relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.) _____
Phone _____
Email _____

Mi segundo representante alternativo para la atención médica (si lo hay)

Nombre _____

My 2nd alternate health care agent (if any)

Name _____

La relación conmigo (por ejemplo, amigo, pareja, cónyuge, hermana, etc.)

Teléfono

Correo electrónico

Relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

Phone

Email

Otra planificación anticipada

Tengo los siguientes otros documentos sobre planificación anticipada o de fin de vida (*lista de documento(s)*):

Other advance planning

I have the following other documents about advance planning or end-of-life (*list document/s*):