



# Confirmación de directiva avanzada

(Advance directive acknowledgement)

He recibido material escrito sobre los derechos y responsabilidades de los pacientes.

Entiendo que **no estoy obligado** a tener una Directiva Avanzada (Testamento de Vida) para recibir tratamiento médico en esta instalación de cuidados médicos.

Entiendo que las condiciones de cualquier Directiva Avanzada que yo haya ejecutado serán seguidas hasta el punto que estén permitidas por la ley.

Entiendo que en la ausencia de una Directiva Avanzada el equipo que me trata no podrá honrar mis deseos si por causa de enfermedad o herida no pueda hablar en mi propio nombre.

## POR FAVOR MARQUE LAS DECLARACIONES QUE APLIQUEN

1.  TENGO una Directiva Avanzada      Sustituto de Cuidados Médicos  
 Copias obtenidas? Si  No \*      Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**\*Si una copia no es obtenida, por favor indique lo esencial marcando todas las que sean aplicable:**

<b>Si está enfermo terminal sin esperanzas de recuperación, o en estado vegetativo constante (coma permanente), o tiene una condición incurable, quiere que usen todos los medios posibles para mantenerlo con vida?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
--	-----------	-----------

Si contesto **NO** a la pregunta de arriba, por favor complete las preguntas restantes:

QUIERE:

Que lo mantengan vivo con un respirador? (un aparato mecánico para ayudarlo a respirar)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
---	-----------	-----------

CPR (Resucitación Cardiopolmunar)?: Procedimientos médicos de emergencia para estimular el corazón y/o proporcionar aire a los pulmones	<b>SI</b>	<b>NO</b>
---	-----------	-----------

Medicamento para el dolor? (proporcionar medicamento para aliviar el dolor aunque llegue a reducir el conocimiento y/o reducir el tiempo de vida)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
---	-----------	-----------

Alimentación e hidratación artificial? (agua o comida)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
--	-----------	-----------

2. **\_\_\_NO TENGO UNA DIRECTIVA AVANZADA**; Sin embargo, he recibido información escrita sobre Directivas Avanzadas. Si deseo más ayuda en ejecutar una Directiva Avanzada, puedo pedir a mi enfermera que contacte al Departamento de Manejo de Casos (Department of Case Management).

3. **\_\_\_NO TENGO Y NO DESEO EJECUTAR UNA DIRECTIVA AVANZADA**

Fecha\_\_\_\_\_ Paciente/Sustituto\_\_\_\_\_

Testigo\_\_\_\_\_ Testigo\_\_\_\_\_

\_\_\_ El paciente no es capaz de responder la información de arriba y su familia no se encuentra disponible para proporcionar la información.

Comentarios:

---

---