

Directiva de Atención Médica (Health Care Directive)

De (for) _____

Mi nombre (my name)

Mi fecha de nacimiento (my birth date)

Estoy en pleno uso de mis facultades mentales y corporales y formalizo voluntariamente esta directiva de atención médica. Si no puedo tomar decisiones por mí mismo, mis parientes, amigos, representantes y proveedores médicos deberían respetar plenamente 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.

I am of sound mind and body, and voluntarily execute this health care 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. **Valores de Atención Médica:** Los siguientes deseos y preferencias deberían guiar todas las decisiones que se tomen sobre mi cuidado:

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

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

What makes my life worth living.

- 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:**

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:**

- 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: _____

Recognize my close friends and family in any meaningful way

Exercise

Be outdoors

Read

Watch tv shows/movies

Do the following: _____

- Otro: _____

Other: _____

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

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

Mi Nombre: (My name:) _____

Mi fecha de nacimiento: (My date of birth:) _____

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. En mis últimos días, espero balancear 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.

Balanceen mi capacidad de comunicación y de permanecer presente con mi familia contra la cantidad de dolor al proporcionar alivio. Puedo tolerar cierta cantidad de dolor (marque en la siguiente escala) a cambio de una mayor claridad mental.

1 = Apenas noto el dolor

2 = Noto que el dolor no interfiere con las actividades

3 = A veces me distrae

4 = Me distrae, puedo hacer las actividades habituales

5 = Interrumpe algunas actividades

6 = Difícil de ignorar, evitar las actividades habituales

7 = Centra la atención, impide hacer las actividades cotidianas

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: _____

Pain Management. 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.

Please balance my ability to communicate and remain present with my family against the amount of pain in providing relief. I can tolerate some amount of pain (check on the scale below) in exchange for more mental clarity.

Hardly notice pain

Notice pain does not interfere with activities

Sometimes distracts me

Distracts me, can do usual activities

Interrupts some activities

Hard to ignore, avoid usual activities

Focus of attention, prevents doing daily activities

Mi Nombre: (My name:) _____

Mi fecha de nacimiento: (My date of birth:) _____

- 8 = Horrible, difícil hacer cualquier cosa
- 9 = No soporto el dolor, no puedo hacer nada
- 10 = Lo peor posible, nada más importa

Awful, hard to do anything

Can't bear the pain, unable to do anything

As bad as it could be, nothing else matters

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

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

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

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

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

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

- 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.

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.

- Otro: _____

Other: _____

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

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

- Mi hogar
- Atención de hospicio
- Un centro de vida asistida
- Una casa familiar para adultos
- Un hogar de ancianos o un hogar con atención de enfermería
- Un hospital

My home

Hospice care

An assisted living facility

An adult family home

A nursing home

A 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.

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.

Mi Nombre: (My name:) _____

Mi fecha de nacimiento: (My date of birth:) _____

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.

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

Otro: _____

Other: _____

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.

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

Other: _____

Mi Nombre: (My name:) _____

Mi fecha de nacimiento: (My date of birth:) _____

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.** Si parezco estar experimentando dolor o malestar, quiero tratamiento y medicamentos que me hagan sentir cómodo, incluso si mis proveedores médicos creen que podría acelerar involuntariamente mi muerte.

b. **Retiro del soporte de vida artificial.** Se me debe **negar** o **retirar** el siguiente tratamiento:

- 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

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:

Comfort Care and Pain Medication. 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.

Withdraw Artificial Life Support. The following treatment should be **withheld** or **withdrawn** from me:

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

Mi Nombre: (My name:) _____

Mi fecha de nacimiento: (My date of birth:) _____

3. 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.

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.

4. 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.

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: _____

Date

▶ _____

My signature (in front of a notary or witnesses)

Mi firma (ante notario o testigos)

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.

**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.

Mi Nombre: (My name:) _____

Mi fecha de nacimiento: (My date of birth:) _____

- 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.

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.

Testigo 1

▶ _____

Firma

Nombre con letra de molde

Dirección _____

Teléfono _____

Witness 1

Signature

Print name

Address

Phone

Testigo 2

▶ _____

Firma

Nombre con letra de molde

Dirección _____

Teléfono _____

Witness 2

Signature

Print name

Address

Phone

Directiva de Atención Médica
Anexo: Información de contacto

Health Care Directive
Attachment: Contact Info

Mi nombre

primero segundo apellido/s

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 name

First, middle, last

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.

El nombre de mi representante para la atención médica (si corresponde)

primero segundo apellido/s

La relación o parentesco de mi representante conmigo (por ejemplo, amigo, pareja, cónyuge, hermana, etc.) _____

El número de teléfono de mi representante _____

La dirección de correo electrónico de mi representante _____

My health care agent's name (if any)

First, middle, last

My agent's relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

My agent's phone number

My agent's email address

El nombre de mi representante alterno para la atención médica (si corresponde)

primero segundo apellido/s

La relación o parentesco de mi representante alterno conmigo (por ejemplo, amigo, pareja, cónyuge, hermana, etc.) _____

El número de teléfono de mi representante alterno _____

La dirección de correo electrónico de mi representante alterno _____

My alternate health care agent's name (if any)

First, middle, last

My alternate agent's relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

My alternate agent's phone

My alternate agent's email address