

## Navegando el Final de la Vida - MIS DESEOS

---

Nombre

Tome el Control de sus Decisiones de Atención Médica

Hay cosas en la vida que escapan a nuestro control. Puede usar este documento para expresar sus deseos sobre atención médica si alguna vez enferma gravemente. Este sencillo documento le ayuda a comunicar exactamente cómo desea ser tratado. Una vez firmado y atestiguado, incluyendo la página de divulgación requerida en Texas, sus deseos quedan oficialmente documentados.

### ¿Qué es Navegando el Final de la Vida - Mis Deseos?

Este documento es un tipo de testamento vital (también llamado directiva anticipada) que abarca más que solo la atención médica. También incluye sus necesidades personales, emocionales y espirituales. Le permite:

Elegir a alguien para que tome decisiones sobre su atención médica si usted no puede hacerlo.

Comunicar cómo desea ser tratado durante una enfermedad grave o cerca del final de la vida.

Comunicar lo que más le importa.

Adaptado del documento original Cinco Deseos, registrado por la empresa Envejecer con Dignidad, esta versión es más concisa y sencilla. Es fácil de completar: solo marque una casilla, marque una opción con un círculo o escriba algunas frases.

### Por qué es útil este documento

Facilita conversaciones importantes con familiares, amigos y su médico.

Evita confusiones o discusiones al definir claramente sus opciones.

Le ayuda a apoyar a sus seres queridos y a cumplir sus deseos.

### ¿Quién debería usarlo?

Cualquier persona mayor de 18 años. Es para:

Personas solteras, casadas, padres o hijos adultos.

Cualquier persona que quiera asegurarse de que su voz sea escuchada, pase lo que pase.

Médicos, hospitales, abogados y grupos religiosos suelen recomendarlo.

### Cómo cambiar a Mis Deseo

Si ya tiene otro formulario (como un testamento vital o un poder notarial para atención médica), puede cambiar:

Completando y firmando un formulario de Mis Deseos.

Destruyendo sus formularios antiguos o escribiendo "revocado" en ellos.

Informando a su familia, médico y agente de atención médica sobre sus nuevos deseos.

## **Mis deseos**

Deseo 1: La persona que quiero que tome decisiones sobre mi atención médica

Si no puedo tomar decisiones por mí mismo, elijo a esta persona como mi representante para la atención médica:

Primera opción:

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Opciones alternativas:

Segunda opción:

Tercera opción:

Elija a alguien que:

Lo conozca bien

Sea capaz de tomar decisiones difíciles

Respete sus deseos

Es probable que esté cerca cuando sea necesario

No debe ser su médico, un miembro del personal de su centro de atención ni alguien que tome decisiones por muchas otras personas (a menos que sea un familiar cercano).

### **Mi representante puede:**

Aprobar o rechazar tratamientos

Contratar o despedir cuidadores

Tomar decisiones legales

Consultar historiales médicos

Solicitar beneficios como Medicaid

Donar mis órganos o tejidos (si está permitido)

Si deseo cambiar esta decisión más adelante, destruiré este formulario o informaré a alguien y documentaré su cancelación.

Deseo 2: El tratamiento médico que quiero o no quiero

Quiero que me traten con dignidad y que me mantengan cómodo. No quiero:

Sentir dolor

Recibir tratamientos que solo retrasen la muerte

Cualquier cosa que intente terminar con mi vida intencionalmente

Tratamiento de soporte vital:

Esto incluye respiradores, RCP, alimentación por sonda, cirugía mayor, diálisis o antibióticos.

En estas situaciones, quiero:

Si estoy cerca de la muerte

Mantener el soporte vital

Detener el soporte vital

Intentar el soporte vital, pero detenerlo si no funciona

Si estoy en coma y no me recupero

- Mantener el soporte vital
- Detener el soporte vital
- Intentar el soporte vital, pero detenerlo si no funciona

Si tengo daño cerebral grave y no me recupero

- Mantener el soporte vital
- Detener el soporte vital
- Intentar el soporte vital, pero detenerlo si no funciona

Otra situación en la que no quiero soporte vital:

[Escribe tu ejemplo, p. ej. "Enfermedad terminal"]

Deseo 3: Qué tan cómodo quiero estar

Manténganme lo menos doloroso posible, incluso si me da sueño

Manténganme limpio, abrigado y seco

Usen paños fríos para la fiebre y humedezcan mi boca y labios

Denme baños y masajes con aceites tibios

Lean lecturas espirituales o reconfortantes

Ayuden con los cuidados paliativos si es necesario

Deseo 4: Cómo quiero que me traten

Quiero tener gente conmigo cuando esté cerca de morir

Tomen mi mano y háblenme incluso si no respondo

Que las personas de mi comunidad religiosa sepan que estoy enfermo

Visítenme con amabilidad y alegría

Pongan mi música favorita y muestren fotos de mis seres queridos

Llámenme por este nombre: [Tu nombre]

Quiero morir en casa si es posible

Deseo 5: Lo que quiero que sepan mis seres queridos

Te amo

Te perdono y espero que me perdones

No tengo miedo tras mi fallecimiento: creo que es un nuevo comienzo.

Quiero paz en la familia antes de morir.

Recuérdeme como era antes de enfermarme.

Respeten mis deseos, incluso si no están de acuerdo.

Que este sea un momento de crecimiento personal para todos.

Busquen terapia si es necesario.

**Después de mi fallecimiento:**

Quiero que mi cuerpo sea:  Enterrado  Incinerado.

Lugar de entierro o de cenizas:

La persona que conoce mis deseos funerarios es:

Nombre:

Cómo quiero ser recordado:

[Escriba lo que le gustaría que dijeran de usted]

Ideas para el servicio conmemorativo (canciones, lecturas, etc.):

[Escriba sus peticiones aquí]

Otros deseos:

[Por ejemplo: donación de órganos, donaciones a organizaciones benéficas, etc.]

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo # 1 Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Testigo # 2 Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

# Declaración de Texas Referente al Poder Médicos

Éste es un documento legal importante. Antes de firmar este documento debe saber esta información importante:

Salvo los límites que usted imponga, este documento le da a la persona que usted nombre como su agente la autoridad de tomar, en su nombre, y cuando usted ya no esté en capacidad de tomarlas por su propia cuenta, todas y cada una de las decisiones referentes a la atención médica conforme con sus deseos y teniendo en cuenta sus creencias morales y religiosas. Puesto que “atención médica” se refiere a cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para controlar, diagnosticar o tratar cualquier padecimiento físico o mental, su agente tiene el poder de tomar, en su nombre, decisiones sobre una amplia gama de opciones médicas. Su agente puede dar consentimiento, negar consentimiento o retirar el consentimiento para recibir tratamiento médico y puede decidir si suspender o no dar tratamiento para prolongar la vida. Su agente no puede autorizar su ingreso voluntario a un hospital para recibir servicios de salud mental, ni que le den tratamiento convulsivo, psicocirugía o un aborto. El doctor deberá seguir las instrucciones de su agente o permitir que se le cambie a usted de doctor.

La autoridad de su agente comenzará cuando su doctor certifique que usted no está en capacidad de tomar decisiones de carácter médico.

Su agente tiene la obligación de seguir sus instrucciones cuando tome decisiones en su nombre. A menos que usted especifique lo contrario, su agente tiene la misma autoridad que usted tendría para tomar decisiones sobre su atención médica.

Antes de firmar este documento, es muy importante que hable sobre éste con el doctor o con cualquier proveedor médico para asegurarse de que entienda la naturaleza y los límites de las decisiones que se tomarán en su nombre. Si no tiene un doctor, debe hablar con alguien más que sepa de estos asuntos y pueda contestar sus preguntas. No necesita la ayuda de un abogado para hacer este documento, pero si hay algo en este documento que usted no entienda, debe pedirle a un abogado que se lo explique.

La persona que usted nombre como su agente debe ser alguien conocido y de su confianza. Debe ser mayor de 18 años, o puede ser menor de 18 años si se le ha retirado la incapacidad de minoría de edad. Si usted nombra al proveedor de atención médica o terapeuta (por ejemplo, su doctor o un empleado del centro de salud, hospital, casa para convalecientes o centro de tratamiento terapéutico, que no sea un pariente) esa persona tiene que escoger entre ser su agente o ser su proveedor de atención médica o terapeuta; conforme con la ley, una misma persona no puede desempeñar las dos funciones a la vez.

Debe informarle a la persona que usted escoja que quiere que ella sea su agente de atención médica. Usted debe hablar sobre este documento con su agente y con su doctor y darle a cada uno de ellos una copia firmada. Usted debe escribir en el documento el nombre de las personas e instituciones a quienes ha dado copias firmadas. Su agente no puede ser enjuiciado por las decisiones sobre atención médica tomadas de buena fe en su nombre.

Aun después de firmar este documento, usted tiene el derecho de tomar decisiones de atención médica mientras esté en capacidad de hacerlo y no se le puede administrar o detener un tratamiento si usted se opone. Tiene derecho de revocar la autoridad otorgada a su agente

informándole a su agente o a su proveedor de atención médica o terapeuta, oralmente o por escrito, y firmando un nuevo poder médico. A menos que indique lo contrario, el nombramiento de su cónyuge como su agente se disuelve en el caso de que usted se divorcie.

Este documento no se puede modificar o cambiar. Si quiere hacer algún cambio, tiene que hacer un documento nuevo.

Es aconsejable que nombre a un tercer agente en caso de que su agente no quiera, no pueda o esté incapacitado para actuar como su agente. Cualquier agente alterno que usted nombre tendrá la misma autoridad de tomar decisiones de atención médica en su nombre.

Este poder no tiene validez a menos que se firme en presencia de dos testigos adultos hábiles.

Las siguientes personas no pueden actuar como UNO de los testigos:

- la persona que usted ha nombrado como su agente;
- una persona que es su pariente por sangre o matrimonio;
- una persona que, después de su muerte, tenga derecho a cualquier porción de su sucesión de acuerdo con su testamento o con una adición a su testamento firmado por usted o que tenga derecho a ésta por efecto legal;
- el doctor que lo atiende;
- un empleado del doctor que lo atiende;
- un empleado de un centro de atención médica del cual usted es paciente si el empleado le está prestando servicios directamente a usted o es un funcionario, director, socio o empleado de las oficinas del centro de atención médica o de cualquier organización matriz del centro de atención médica; o
- una persona que, en el momento de firmar este poder, pueda reclamar cualquier porción de su sucesión después de su muerte