



Advance Directive for Health Care

INSTRUCCIONES POR ANTICIPADO DE OKLAHOMA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Si no soy capaz de tomar una decisión consciente respecto a mi atención médica, yo autorizo que mis proveedores de atención médica sigan mis instrucciones abajo.

I. Testamento de vida

Si mi médico a cargo y otro médico determinan que yo ya no soy capaz de tomar decisiones respecto a mi tratamiento médico, autorizo que mi médico a cargo y otros proveedores de salud, según el Decreto de Oklahoma de las Instrucciones por Anticipado para la Atención Médica, sigan mis instrucciones escritas abajo:

1. Si tengo una condición terminal, es decir, una condición incurable e irreversible que, aún con la administración de tratamiento de soporte vital, según el médico a cargo y otro médico, resultará en muerte dentro de seis (6) meses:

(Firmar con sus iniciales solo una opción)

_____ Autorizo que mi vida no sea prolongada por tratamiento de soporte vital, excepto si no soy capaz de tomar alimentos y agua por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación artificialmente administradas.

_____ Autorizo que mi vida no sea prolongada por tratamiento de soporte vital, incluyendo nutrición e hidratación artificialmente administradas.

_____ Autorizo que me den tratamiento de soporte vital y, si no soy capaz de tomar alimentos y agua por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación artificialmente administradas.

(Firmar con sus iniciales si se aplica a su caso)

_____ Ver instrucciones más específicas en el párrafo (4) abajo.

2. Si estoy persistentemente inconsciente, es decir, que tengo una condición irreversible, determinada por el médico a cargo y otro médico, en la cual mi pensamiento y auto-consciencia y conciencia del medio ambiente están ausentes:

(Firmar con sus iniciales solo una opción)

_____ Autorizo que mi vida no sea prolongada por tratamiento de soporte vital, excepto si no soy capaz de tomar alimentos y agua por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación artificialmente administradas.

_____ Autorizo que mi vida no sea prolongada por tratamiento de soporte vital, incluyendo nutrición e hidratación artificialmente administradas.

_____ Autorizo que me den tratamiento de soporte vital y, si no soy capaz de tomar alimentos y agua por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación artificialmente administradas.

Instrucciones por anticipado para atención médica.

Este formulario (en inglés, vietnamita y español) y respuestas a preguntas comunes (FAQS) se encuentran en esta página web: <http://okpalliative.nursing.ouhsc.edu/oklaw.htm>
(Firmar con sus iniciales si se aplica a su caso)

_____ Ver instrucciones más específicas en el párrafo (4) abajo.

3. Si yo tengo una condición última-fase, es decir, una condición causada por lesión o enfermedad que resulta en deterioración permanente reflejada por incompetencia y dependencia física total, por la cuál el tratamiento de la condición irreversible sería médicamente inefectivo:

(Firmar con sus iniciales solo una opción)

_____ Autorizo que mi vida no sea prolongada por tratamiento de soporte vital, excepto si no soy capaz de tomar alimentos y agua por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación artificialmente administradas.

_____ Autorizo que mi vida no sea prolongada por tratamiento de soporte vital, incluyendo nutrición e hidratación artificialmente administradas.

_____ Autorizo que me den tratamiento de soporte vital y, si no soy capaz de tomar alimentos y agua por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación artificialmente administradas.

(Firmar con sus iniciales si se aplica a su caso)

_____ Ver instrucciones más específicas en el párrafo (4) abajo.

Aquí usted puede: [a] describir otras condiciones bajo las cuales usted quisiera que le fueran retirados o que no le fueran brindados el tratamiento de soporte vital o nutrición e hidratación administradas artificialmente; o [b] dar más instrucciones específicas sobre sus deseos respecto al tratamiento de soporte vital o nutrición e hidratación artificialmente administradas en el caso que usted tuviera una condición terminal, fuera persistentemente inconsciente o tuviera una condición última fase; o [c] especificar respecto a ambos a) y b).

II. Selección de mi Representante para la Atención Médica

Si mi médico a cargo y otro médico determinan que ya no soy capaz de tomar decisiones respecto a mi tratamiento médico, autorizo que mi médico a cargo y otros proveedores de salud, según el Decreto de Oklahoma de las Instrucciones por Anticipado para la Atención Médica, sigan las instrucciones de:

_____, que nombro como mi representante para la atención médica

Si mi representante para la atención médica no puede o no quiere servir, nombro a _____ como mi representante alternativo para la atención médica con la misma autoridad.

Mi representante para la atención médica está autorizado para tomar cualquier decisiones de salud que yo podría tomar si fuera capaz, excepto que decisiones relacionadas con tratamientos de soporte vital y nutrición e hidratación administradas artificialmente pueden ser tomadas por mi representante para atención médica o alternativo solo según lo que yo he indicado en las secciones anteriores.

Si yo no llego a nombrar a un representante para la atención médica en esta sección, estoy conscientemente rehusando designar a un representante para la atención médica.

III. Donativos de Órganos

Según las provisiones del Decreto Uniforme de Donativos Anatómicos, autorizo que en el momento de mi muerte, mi cuerpo completo u órganos del cuerpo designados, sean donados para los propósitos de:

(Firmar con sus iniciales todos los que se apliquen a su caso)

_____ terapia de trasplante

_____ desarrollo de la ciencia médica, investigación o educación

_____ desarrollo de la ciencia odontológica, investigación o educación

“Muerte” quiere decir cesación de funciones circulatorias o respiratorias o cesación de todas las funciones de todo el cerebro, incluyendo el tronco del encéfalo.

Específicamente dono:

(Firme con sus iniciales todos los que se aplican a su caso)

_____ Mi cuerpo entero, o

Los siguientes órganos o partes del cuerpo:

_____ pulmones

_____ páncreas

_____ riñones

_____ piel

_____ sangres/ líquidos

_____ hígado

_____ corazón

_____ cerebro

_____ huesos/médula

_____ tejido

_____ arterias

_____ glándulas

_____ ojos/cornea/lentes

_____ otro

IV. Lineamientos Generales

- a. Entiendo que tengo que tener dieciocho (18) años de edad o más para ejecutar este formulario.
- b. Entiendo que mis testigos tienen que tener (18) años de edad o más y no pueden ser parientes ni herederos.
- c. Entiendo que si he sido diagnosticada con embarazo y este diagnóstico es conocido por mi médico a cargo, yo seré suministrada con tratamiento de soporte vital e hidratación y nutrición artificialmente administradas a menos que yo haya, en mis propias palabras, específicamente autorizado que durante el transcurso del embarazo, se me debe retirar o no se me debe brindar el tratamiento de soporte vital y/o hidratación y/o nutrición artificialmente administrada.
- d. Si no tengo la capacidad de dar instrucciones relacionadas al tipo de procedimiento de soporte vital, es mi deseo que estas instrucciones por anticipado sean respetadas por mi familia y médicos como la expresión final de mi derecho legal de escoger o negar tratamiento médico y quirúrgico incluyendo, pero no limitado a, la administración de sistema de soporte vital y acepto las consecuencias de tal decisión o negación.
- e. Estas instrucciones por anticipado tomarán efecto hasta que sean revocadas.
- f. Entiendo que yo puedo revocar estas instrucciones por anticipado en cualquier momento.
- g. Entiendo y estoy de acuerdo de que si tengo instrucciones por anticipado anteriores y si yo firmo estas instrucciones por anticipado, mis instrucciones anteriores serán revocadas.
- h. Entiendo la importancia total de estas instrucciones y soy emocionalmente y mentalmente capaz de hacer estas instrucciones.

Entiendo que mi(s) médico(s) tomará(n) todas las decisiones basadas en su mejor criterio, aplicando, con cuidado ordinario y diligencia, el conocimiento así como habilidad que posean y usan miembros de la profesión médica que cumplen con las disposiciones vigentes establecidas por estándares nacionales.

Firmado este _____ día de _____, 2_____

Firma

Dirección

Fecha de nacimiento

(Opcional para identificación de (ciudad, condado y estado))

Estas instrucciones por anticipado fueron firmadas en mi presencia.

Firma de Testigo

Firma de Testigo

Dirección

Dirección

Ciudad/Estado

Ciudad/Estado



Para ayuda para completar este formulario, llame al: (405) 208-2048. →

Hablante de inglés, por favor haga arreglos para un intérprete.

OKDHS Pub. No. SV87-07W Revisado 8/2021
Esta publicación es autorizada por la Comisión de Servicios Humanos de acuerdo con los reglamentos estatal y federales e impresos por el Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma a precio de \$500.00 por 5,000 copias. Las copias han sido depositadas con las Publicaciones Clearinghouse del Departamento de Bibliotecas de Oklahoma. En las oficinas de OKDHS pueden pedir copias en ADM-9 Pedidos Electrónicos. Otras personas pueden obtener copias al llamar al Centro de Registros de Oklahoma: (405) 962-1721 o 1-877-283-4113 (línea gratuita)