

Directiva por Adelanto sobre el Cuidado de la Salud

Yo _____ ,
estando en pleno uso de mis facultades y con los 18 años de edad o mayor,
intencionada y voluntariamente doy a conocer mi deseo, por medio de mis
instrucciones a las demás personas, en el documento que autoriza a que no
se mantenga a una persona dependiendo de aparatos médicos sin los cuales
moriría pronto, o mi nombramiento del representante del cuidado de la
salud, o por medio de los dos, que mi vida no debe de ser prolongada
artificialmente bajo las circunstancias que se exponen abajo. De este modo
yo declaro en el presente testamento:

I. EL DOCUMENTO QUE AUTORIZA A QUE NO SE MANTENGA A UNA PERSONA DEPENDIENDO DE APARATOS MÉDICOS SIN LOS CUALES MORIRÍA PRONTO

a. Si es que mi médico actual y otro médico determinan que yo ya no tengo
la capacidad de tomar decisiones con respecto a mi tratamiento médico, yo
le indico a mi médico actual y a los otros proveedores del cuidado de la
salud, de conformidad con el Decreto de Oklahoma sobre los Derechos de
las Personas que sufren de una Enfermedad Maligna que Causa la Muerte o
del Inconsciente Persistente (Oklahoma Rights of the Terminally Ill or
Persistently Unconscious
Act), que me retenga(n) o me retire(n) el tratamiento bajo las circunstancias
que he indicado abajo con mis iniciales. Yo entiendo que se me dará
tratamiento que sea necesario para mi comodidad y para aliviar mi
sufrimiento.

**b. Si es que yo tengo una enfermedad maligna que causa la muerte o
estoy inconsciente continuamente:**

(1) Yo indico que el tratamiento para mantener la vida debe de ser
retenido o retirado si es que tal tratamiento solamente prolonga el

proceso de mi muerte, y mi médico actual junto con otro médico determinan que yo:

(a) estoy en una condición incurable o irreversible que incluso con la administración del tratamiento para mantener la vida, aún así causará mi muerte dentro de seis (6) meses, o

(Escriba sus iniciales solamente en una casilla.)

Sí No

(b) estoy en una condición irreversible en la cual están ausentes el pensamiento y la conciencia de mi mismo y de mi ambiente.

(Escriba sus iniciales solamente en una casilla.)

Sí No

(2) Yo entiendo que el tema de la administración de la nutrición y la hidratación artificial (alimento y agua) que solamente prolongará el proceso de la muerte por causa de una condición incurable o irreversible o de las personas quienes han llegado a estar inconscientes continuamente, es particularmente importante. Yo entiendo que si no escribo mis iniciales en las casillas que dicen «Sí» abajo, la nutrición y la hidratación administradas artificialmente se me administrarán a mí. Además yo también entiendo que si yo escribo mis iniciales en las casillas que dicen «Sí» abajo, estoy autorizando que se retenga y se retire la nutrición (alimento) e hidratación (agua) administradas artificialmente:

(a) si es que yo estoy en una condición incurable e irreversible que incluso con la administración del tratamiento para mantener la vida, aún así causará mi muerte dentro de seis (6) meses, o

(Escriba sus iniciales solamente en una casilla.)

Sí No

(b) estoy en una condición irreversible en la cual están ausentes el pensamiento y la conciencia de mi mismo y de mi ambiente.

(Escriba sus iniciales solamente en una casilla.)

Sí No

(3) Yo indico que (agregue otras directivas médicas, si es que existen algunas)

(Escriba sus iniciales solamente en una casilla.)

Sí No

II. MI NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE DEL CUIDADO DE LA SALUD

Si es que mi médico actual y otro médico determinan que yo ya no tengo la capacidad de tomar decisiones con respecto a mi tratamiento médico, yo le indico a mi médico actual y a los otros proveedores del cuidado de la salud, de conformidad con el Decreto de Oklahoma sobre los Derechos de las Personas que sufren de una Enfermedad Maligna que Causa la Muerte o del Inconsciente Persistente, que sigan las instrucciones de _____, quien yo nombro como mi representante del cuidado de la salud. Si es que mi representante del cuidado de la salud no puede o no quiere servirme, yo nombro a _____ cómo mi representante del cuidado de la salud alternativo con la misma autoridad. Mi representante del cuidado de la salud está autorizado a tomar cualquier decisión sobre mi tratamiento médico que yo tomaría si es que pudiera, excepto que las decisiones con respecto al tratamiento para mantener la vida, pueden ser tomadas por mi representante del cuidado de la salud o el representante alternativo del cuidado de la salud, solamente tal cómo yo he indicado en las secciones precedentes.

(Escriba sus iniciales solamente en una casilla.)

Sí No

III. DONACIÓN ANATÓMICA

Yo indico que al tiempo de mi muerte, todo mi cuerpo o los órganos de mi cuerpo indicados, sea(n) donado(s) para los propósitos de la trasplatación, terapia, el avance de la ciencia médica o dental, la investigación o educación de conformidad con las provisiones del Decreto Uniformado sobre la Donación Anatómica (Uniform Anatomical Gift Act). La Muerte quiere decir, o una cesación irreversible de las facultades circulatorias y respiratorias, o la cesación irreversible de todas las facultades cerebrales, incluyendo el tronco cerebral. Si yo escribo mis iniciales en la casilla que dice «Sí» abajo, yo específicamente dono:

Mi cuerpo completo

Sí

o

Los siguientes órganos o partes del cuerpo:

Sí

Los Pulmones	El Hígado
El Páncreas	El Corazón
Los Riñones	El Cerebro
La Piel	Los Huesos/ La Médula Ósea
La sangre/ Los Líquidos	El Tejido
Las Arterias	Los Ojos/ La Córnea/ El Lente Transparente del Ojo

Página 3

PROVISIONES GENERALES

a. Yo entiendo que si he estado diagnosticada como estando embarazada y ése diagnóstico se reconoce por mi médico actual, esta directiva por adelantado no tendrá ningún poder o efecto durante el curso de mi embarazo.

b. Durante la ausencia de mi capacidad de dar indicaciones con respecto al uso de los procedimientos para mantener la vida, es mi intención que esta directiva por adelantado sea cumplida por mi familia y los médicos cómo la última práctica de mis derechos legales de rechazar el tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo, pero no limitado a la administración de los procedimientos para mantener la vida, y yo acepto las consecuencias de tal rechazo.

c. Esta directiva por adelantado se pondrá en efecto hasta que sea revocada.

d. Yo entiendo que puedo revocar esta directiva por adelantado en cualquier momento.

e. Yo entiendo y estoy de acuerdo que si yo tengo algunas directivas anteriores, y si firmo esta directiva por adelantado, mis directivas anteriores se revocan.

f. Yo entiendo toda la importancia de esta directiva por adelantado y estoy emocional y mentalmente competente para hacer esta directiva por adelantado.

Firmado este _____ día de _____, 20____

Firma _____

La Ciudad de _____

El Condado, Oklahoma

Fecha de Nacimiento _____ (Opcional para los propósitos de la identificación)

Esta directiva por adelanto fue firmada en mi presencia.

_____ Oklahoma
Testigo(a) Residencia

_____ Oklahoma
Testigo(a) Residencia

C. Un médico o algún otro proveedor del cuidado de la salud a quien se le entregue la copia original o la fotocopia de la directiva por adelanto, debe de hacerla parte del expediente médico del declarante y si se opone a cumplir con la directiva por adelanto, debe de avisarle inmediatamente al declarante.

D. En el caso de un paciente calificado, el representante del paciente para el cuidado de la salud, en consultación con el médico actual del paciente, debe de tener la autoridad de tomar decisiones en el nombre del paciente, incluyendo el retenimiento o retiramiento de los procedimientos para mantener la vida, si es que así fue indicado en la directiva por adelantado del paciente.

E. Una persona que está ejerciendo una directiva por adelanto nombrando a un representante del cuidado de la salud, que puede ser que no tenga un médico actual por razones basadas en las creencias o principios religiosos establecidos, puede nombrar a una persona aparte del representante del cuidado de la salud indicado en lugar de un médico actual y otro médico para determinar la falta de la capacidad de la persona para tomar decisiones.

Tal nombramiento debe de ser especificado e incluido como parte de la directiva por adelanto ejecutada de conformidad con las provisiones de esta sección.

Está disponible la Asistencia Legal gratuita para llenar completamente esta forma con llamar a Richard Ingham, Promotor Inmobiliario de los Servicios Legales del Estado, 405-522-3069.

Púb. del OKDHS No. 87-07W Revisada 12/2004

Esta publicación está autorizada por la Comisión de los Servicios Humanos (Human Services Comisión) en acuerdo con las normas estatales y federales e impresa por parte del Departamento de los Servicios Humanos (Oklahoma Department of Human Services) al costo de \$203.70 por 5,000 copias. Algunas copias han sido entregadas a la Cámara de Compensación de Publicaciones del Departamento de las Bibliotecas de Oklahoma. Las oficinas del OKDHS pueden pedir copias por medio de los pedidos electrónicos para las provisiones en la ADM-9.

Los miembros del público pueden obtener copias al ponerse en contacto con el Centro de Archivos del OKDHS llamando al (405) 962-1721 o al 1-877-283-4113 (gratis).