



## Formulario de Planificación de Directrices Anticipadas

Su nombre:

---

Su dirección:

---

Su número de teléfono:

---

Su correo electrónico:

---

### Representante del Cuidado de Médico (siglas en Inglés HCR)

Si no puede tomar o comunicar sus decisiones en materia de salud, un representante para la atención médica (HCR) puede ayudarle a tomar esas decisiones por usted. Las preguntas que figuran a continuación están diseñadas

---

---

### Equity Through Advocacy

The Protection and Advocacy System for the State of Indiana

4755 Kingsway Drive, Suite 100

Indianapolis, IN 46205

IndianaDisabilityRights.org

Phone: 317.722.5555

Toll Free: 800.622.4845

Fax: 317.722.5564

This Advanced Directive Planning Sheet was funded by the Indianapolis Bar Foundation.



para ayudarle a decidir si desea nombrar a uno o varios RCM, a quién podrá elegir y las decisiones que pueden tomar.

### **Un HCR puede:**

Decidir sí o no a cualquier tratamiento médico si usted no puede hacerlo por si

mismo; y

Decidir qué ocurrirá con su cuerpo después de su muerte, como la donación de órganos, la autopsia y planes funerarios.

## **Fecha de entrada en vigor del documento de directrices anticipadas**

**¿Cuándo desea que se nombre a su HCR? (Por favor, elija una de las opciones).**

Esta pregunta se refiere al momento en que desea que su HCR entre en vigor y sea designado: inmediatamente, o sólo una vez que un médico o un tribunal decida que usted ya no puede tomar o comunicar decisiones de atención médica por sí mismo. En cualquiera de los dos casos, usted podrá tomar decisiones sobre su atención médica mientras sea capaz de hacerl por si mismo.

Inmediatamente después de firmar el formulario.



- Cuando un médico o un tribunal decidan que no puedes tomar decisiones autónomas.
  - Tomará efecto a partir de la siguiente fecha:
- 

NOTES:

## **Estándares de toma de decisiones para un representante(s) médico**

### **Desea que su(s) RH siga(n) sus deseos o que sea(n) flexible(s) (elija una opción)**

- No flexibilidad: Mi(s) HCR(s) debe(n) seguir mis deseos médicos tal y como los he manifestado. Mi HCR no puede cambiar mis deseos, aunque mis médicos lo recomienden.
- Cierta flexibilidad: Mi(s) HCR(s) puede(n) tomar decisiones médicas que difieran de mis deseos previamente declarados si mi médico lo recomienda. Sin embargo, mi(s) HCR(s) no puede(n) alterar estos deseos específicos (descritos a continuación) bajo ninguna circunstancia:



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Flexibilidad totalmente: Mi(s) HCR(s) puede(n) tomar decisiones diferentes a mis decisiones médicas previamente establecidas si mis médicos lo recomiendan.

1

## NOTAS:

---

<sup>1</sup> Si su HCR no conoce y no puede averiguar sus deseos específicos para una situación médica que se presente, entonces el HCR debe actuar en su mejor interés. Véase IC 16-36-7-36.



## **Su derecho a actuar y decidir personalmente**

**Cómo quiere tomar las decisiones médicas (escoja una opción.)**

- Yo quiero tomar decisiones médicas por mí mismo, con o sin apoyo.
- Quiero que una persona de confianza tome decisiones médicas por mí.

Por favor, explique su elección:

---

---

---

## **Aspectos Importantes de su Vida**

**Que personas, actividades or cosas son mas importantes para ti? (Elija las que procedan.)**

Pensar en las personas o cosas que son importantes para ti puede ayudarte a descubrir quién puede ser un buen apoyo en tu vida. También puede ayudar a los demás a conocer el valor de estas cosas en tu vida.



Mi familia (nombre(s))

---

---

---

---

Mi amigo (nombre(s))

---

Mi mascota (tipo(s) y nombre(s))

---

---

---

---

Mis aficiones e intereses:

---



---

---

---

Trabajo/Voluntariado:

---

---

---

Mi casa/hogar:

---

---

---

Mi religión, espiritualidad o fe

---



---

---

---

Otra cosa

---

---

---

---

NOTAS:



**Teniendo en cuenta su estado de salud actual, ¿qué le gustaría que hicieran los médicos en caso de que su vida corriera peligro? (Elija una.)**

- Quiero toda la atención médica necesaria para vivir el mayor tiempo posible.
- Prefiero morir a vivir con molestias importantes o depender permanentemente de equipos médicos.
- Mis deseos están entre las dos opciones anteriores.

---

---

**Según su estado de salud actual, ¿qué considera una buena calidad de vida? on your current health, what do you consider a good quality of life?**

---

---

---

**Según su estado de salud actual, ¿qué considera una mala calidad de vida?**



---

---

---

**Cuál de las siguientes opciones empeoraría su calidad de vida? (Elija todas las que procedan.)**

- Estar en coma y no poder despertarse ni hablar con familiares y amigos.
- Necesitar máquinas conectadas a mi cuerpo para vivir.
- No poder recordar a familiares, amigos o acontecimientos importantes.
- Necesidad de vivir en un hospital o residencia de ancianos.
- Tener molestias físicas constantes o graves.
- No poder comer ni beber por la boca.
- No poder mover mis extremidades.
- No poder comunicarse verbalmente.
- Otra cosa: \_\_\_\_\_



---

---

---

¿Por qué eligió esa opción? Enumere cualquier otra información que desee que conozcan sus proveedores médicos y/o su(s)

HCR(s): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---



## Sus deseos y preferencias sobre los procedimientos para prolongar la vida

**Si estuvieras tan enfermo o fueras tan mayor que fueras a morir pronto, ¿cómo te gustaría que los médicos abordaran una situación de riesgo vital? (Elija una.)**

Quiero toda la atención médica necesaria para vivir el mayor tiempo posible.

Quiero disfrutar de lo que me queda de vida sin tratamiento médico.

Quiero estar cómodo y sin dolor, pero sin tratamientos médicos que prolonguen mi vida.

Quiero algo específico según las circunstancias.

---

---

---

## Su(s) representante(s) médico(s)

**¿Quién quieres que sea tu(s) HCR(s)? (siglas en Inglés Health Care Representative)**

**HCR 1**



Nombre y apellidos:

---

Número de teléfono:\_\_\_\_\_

Correo electrónico:\_\_\_\_\_

Relación de parentesco:\_\_\_\_\_

Estado en el que  
viven:\_\_\_\_\_

---

## **HCR 2**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Número de teléfono:\_\_\_\_\_

Correo electrónico:\_\_\_\_\_

Relación de parentesco:\_\_\_\_\_

Estado en el que viven:\_\_\_\_\_

---

**Si tiene más de un HCR, ¿cómo deben tomar las decisiones? (Elija una)**



Un HCR es el principal responsable del tomador de decisiones y el segundo es un suplente si HCR principal no pueda o no esté disponible.

Principal HCR:

---

Reserva HCR:

---

Mis HCR deben estar de acuerdo entre sí en cada decisión.

Cualquiera de los dos puede tomar una decisión de forma independiente.

NOTAS:

## Preferencias para el final de la vida

**Si pudieras elegir ¿Dónde te gustaría morir? (Elija una.)**

En su casa

En el hospital



Otra

---

**¿Qué es importante tener a tu alrededor cuando te estás muriendo (por ejemplo, comida, música, mascotas o personas)**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Si tuviera muchas probabilidades de morir pronto, ¿qué medidas de vida artificial desearía?**

Todos los tratamientos de vida asistida que puedan ayudar. Quiero tratamiento aunque haya pocas esperanzas de recuperación o mejora.



- Tratamientos de asistencia vital que los médicos creen que pueden ayudar. No quiero seguir con asistencia vital si no funciona y hay pocas esperanzas de mejora.
- No quiero ninguna medida de vida artificial, aunque me muera.
- Quiero lo siguiente (marque todo lo que corresponda):
  - Comida y agua por vía oral (boca).
  - Comida y agua a través de una sonda de alimentación o transfusiones.
  - Un respirador que pueda quitarse fácilmente.
  - Un respirador con un tubo dentro del cuerpo.
  - Reanimación cardiopulmonar (RCP).
  - Diálisis.
  - Otro tipo de máquinas de asistencia.
  - Transfusiones de sangre.
  - Antibióticos.
  - Medicamentos para que me sienta cómodo.



¿Por qué eligió dichas opciones? Por favor, indique cualquier otra información que desee que sus proveedores médicos y/o HCR(s) conozcan sobre sus preferencias.

---

---

---

---

---

---

---

---

**¿Quieres donar tus órganos o partes del cuerpo?  
(Elija uno.)**

- Quiero donar cualquiera de mis órganos o partes del cuerpo que puedan utilizarse.
- No quiero donar mis órganos ni partes de mi cuerpo.
- Quiero donar sólo estos órganos y/o partes del cuerpo:

---



---

---

---

**¿Desea que se le practique una autopsia tras su fallecimiento? (Elija una de las siguientes opciones)**

- Quiero una autopsia.
- No quiero una autopsia
- Sólo quiero una autopsia si hay dudas sobre la causa de mi muerte.

**¿Tiene alguna disposición funeraria?**

Tengo la siguiente disposición respecto a mis creencias espirituales o de religion:

---

---

---

Tengo la siguiente disposición respect a mi entierro:



---

---

---

Quiero donar mi cuerpo para fines de investigación científica:

---

---

---

Si desea donar su cuerpo a alguna organización en particular (como una institución, escuela, hospital o causa), proporcione esta información:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

NOTAS: