

DIRECTRICES ANTICIPADAS

Realizo voluntariamente esta directriz anticipada (designación de sustituto v/o declaración de voluntad en vida) al firmarlo o marcarlo, o al ordenar que sea firmado por mí en mi presencia. Entiendo que puedo activar una, ambas o ninguna de las dos partes del formulario, y, en cualquier caso, puedo cambiar de opinión más adelante. Lo hago porque quiero escoger cómo seré tratado por mis médicos y otros proveedores de servicios de salud. Si llegase un momento en el cual no pueda comunicar o tomar mis propias decisiones de atención médica, ordeno a todas las personas involucradas con mi atención a cumplir con este documento. Asimismo, afirmo que estas declaraciones no se realizan como una condición del tratamiento o el ingreso a un centro de Public Health Trust.

Parte 1 – Designación de sustituto para atención médica (quien tomará las decisiones por mí si yo no puedo hacerlo)

Las leyes de Florida garantizan el derecho de los pacientes de designar a otras personas para que tomen las decisiones médicas si los pacientes no pueden hacerlo. Por lo tanto, en el caso de que se determine que no soy capaz de proporcionar mi consentimiento informado para el tratamiento médico, incluyendo pero no limitado a los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico y las decisiones sobre recibir, suspender o retirar los procedimientos médicos u otros tratamientos, designo a un sustituto para atención médica quien tomará las decisiones por mí de acuerdo a su comprensión de mis deseos y valores. Reconozco la importancia de hablar con mi sustituto sobre estos asuntos. También autorizo a mi sustituto para solicitar los beneficios públicos y para autorizar mi ingreso, alta o transferencia hacia o desde cualquier centro de salud.

Sustituto de atención médica primario	Sustituto de atención médica alterno (si el sustituto primario no está dispuesto o no puede tomar las decisiones)
Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Teléfono: Dirección de correo electrónico:	Teléfono: Dirección de correo electrónico:

Parte 2 – Declaración de voluntad en vida (para indicar que no quiero prolongar artificialmente el proceso de morir)

Si estoy incapacitado, y sufro una enfermedad terminal, afección en etapa terminal, o estoy en un estado vegetativo persistente, y si mi médico tratante y otro médico de consulta han determinado que no hay probabilidades médicas razonables para mi recuperación de esa afección, ordeno que los procedimientos que prolongan la vida sean suspendidos o retirados cuando la aplicación de esos procedimientos sólo serviría para prolongar artificialmente el proceso de morir, y que se me permita morir de forma natural con sólo el medicamento o procedimiento(s) médico(s) considerados necesarios para proporcionarme la atención de confort o para reducir o eliminar el dolor. Es mi intención que esta declaración sea cumplida por mi familia, mi sustituto y los médicos como la expresión final de mi derecho legal a rechazar el tratamiento y para aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

Está de acuerdo con la declaración de voluntad en vida _____ O No está de acuerdo con la declaración de voluntad en vida en este momento _____
Iniciales Iniciales

Instrucciones adicionales para mi equipo de atención médica: _____

Firma del/de la Paciente: _____

Nombre en letras de imprenta _____

Fecha _____

NOTA PARA LOS TESTIGOS: La persona designada como sustituto no puede ser un testigo. Por lo menos un testigo no podrá ser el/la cónyuge o pariente consanguíneo de la persona que firma la declaración de voluntad en vida.

Firma del testigo: _____

Firma del testigo: _____

Nombre en letras de imprenta: _____

Nombre en letras de imprenta: _____

Fecha: _____

Fecha: _____



MIAMI, FLORIDA 33136-1096



ADV-DIR

DIRECTRICES ANTICIPADAS