

DECLARACIÓN DE DESEOS PERSONALES

Este formulario es una manifestación de mis deseos y su cumplimiento no es jurídicamente obligatorio.

Yo, _____, firmo este formulario con el propósito de brindarle una guía a mi Representante para Servicios Médicos, a fin de que pueda tomar decisiones basadas en su entendimiento de mis deseos personales y de la información clínica que mis médicos proporcionen. Mi Representante para Servicios Médicos tiene la autoridad de tomar esas decisiones según las leyes de Massachusetts. Este formulario es una manifestación de mis deseos y su cumplimiento no es jurídicamente obligatorio.

Si no hubiera una expectativa razonable para mi recuperación y, en la opinión de mi médico, yo moriría sin un tratamiento para mantener la vida que sólo prolongue el proceso de mi muerte, solicito que mi Representante para Servicios Médicos considere lo siguiente (escriba sus iniciales en los renglones que expresen sus deseos):

- _____ Proporcionar el tratamiento que mantenga mi dignidad, me mantenga cómodo y alivie mi dolor.
- _____ Si mi corazón se detiene, no quiero que lo hagan volver a latir.
- _____ Si dejo de respirar, no quiero que me pongan un tubo para respirar en la garganta ni que me conecten a un respirador artificial.
- _____ Mi médico puede suspender el tratamiento o tomar la decisión de no dármelo, si sólo sirve para prolongar el proceso de mi muerte. Algunos ejemplos de ese tratamiento son los siguientes:
 - _____ Si no puedo tomar líquidos, no quiero recibir fluidos a través de suero, a menos que sea necesario para mantenerme cómodo.
 - _____ Si no puedo comer, no quiero que me pongan tubos en la nariz, en la boca o que me los coloquen quirúrgicamente para alimentarme.
 - _____ Si tengo una infección, no quiero que me administren antibióticos para prolongar mi vida si no hay esperanza de cura, a menos que sean necesarios para mantenerme cómodo.
- _____ Si es posible, deseo morir en mi casa y recibir cuidados de hospicio para personas con enfermedades terminales, si fueran necesarios.
- _____ A menos que sea necesario para mi comodidad, prefiero que NO me hospitalicen.
- _____ Mi religión es _____.
- _____ Mi consejero espiritual es _____.
- _____ Mi comunidad religiosa es _____.
- _____ Deseo recibir apoyo espiritual.
- _____ No deseo recibir apoyo espiritual.
- _____ Si es posible, deseo donar órganos.

DECLARACIÓN DE DESEOS PERSONALES

_____ A continuación, presento orientación adicional para que mi Representante para Servicios Médicos las tome en consideración:

Firma: _____ Fecha: _____

Esta Declaración de Deseos Personales es una adaptación de: "*My Choices: An Advance Directive for Health Care Choices*", *Missoula Demonstration Project*, Missoula, Montana, y ha sido preparada por la Sociedad de la Región Central de Massachusetts para Mejorar la Atención Médica al Final de la Vida (*Central Massachusetts Partnership to Improve Care at the End of Life*). La Sociedad otorga su autorización para reproducir este documento completo, siempre y cuando las copias muestren la fuente y esta declaración. 12/03