DESIGNACIÓN DE UN SUSTITUTO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD
(PODER DURADERO PARA CUIDADO DE LA SALUD) Designation of Health Care Surrogate

En caso de que **Yo, Nombre** _____ **Edad**_____ haya sido diagnosticado por mi(s) médico(s) como incompetente / incapacitado (falta de habilidad) para dar mi consentimiento para tratamiento médico y procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, incluyendo pero no limitado a la retención, retirada o continuación de procedimientos para prolongar la vida, **Deseo designar como la persona que tomará las decisiones por mí (sustituto) en lo que se refiere al cuidado de mi salud, a:**

Nombre: _____/_____ **Teléfono #** (T) _____
Relación (C) _____
Dirección: _____

Si mi sustituto no desea o no está capacitado para cumplir con este deber, **Yo** deseo designar a una persona alterna para tomar dichas decisiones:

Nombre:_____/_____**Teléfono** # (T) _____
Relación (C) _____
Dirección:_____
Comprendo perfectamente que esta autorización permitirá a la persona que he designado a tomar decisiones por mí para el cuidado de mi salud hasta el momento en que yo tenga nuevamente la habilidad para hacerlo. Las decisiones para el cuidado de mi salud también pueden incluir, si es necesario, las de retener, retirar o continuar los procedimientos para prolongar mi vida. La persona designada por mí también puede autorizar mi admisión a, o transferencia a un establecimiento de cuidado de la salud así como solicitar asistencia pública en mi favor. Esta designación debe permanecer en efecto durante cualquier incapacidad o incompetencia que Yo pueda experimentar.

Instrucciones adicionales (opcional):_____

Por este medio reitero que esta designación no se hace como condición de tratamiento o admisión a un establecimiento de cuidado de la salud.

1st Testigo (requerido):_____ **Firma:**_____
2nd Testigo (requerido):_____ **Fecha:** _____/_____/_____

ULTIMA VOLUNTAD (Living Will)

Yo, premeditada y voluntariamente deseo que mi muerte **no** sea prolongada artificialmente en las siguientes circunstancias. **Si en cualquier momento padezco de una enfermedad terminal y/o me encuentro en un estado vegetativo persistente, y/o estoy en una etapa final y que si mi médico o el médico que me atiende y un médico consultor han determinado que no existen posibilidades médicas de que me recupere de dicha(s) condición(es) Yo ordeno que los procedimientos para prolongar mi vida sean retenidos o retirados cuando la aplicación de dichos procedimientos servirían solamente para prolongar artificialmente el proceso de morir.** Solicito que se me permita morir naturalmente y que se me administren los medicamentos o cualquier procedimiento médico que sea necesario para mi confort y aliviar el dolor.

También deseo que los procedimientos para prolongarme la vida sean retenidos/ retirados cuando:

Inicial: _____ Debido a una enfermedad no tenga probabilidades razonables de recuperación y no pueda comunicarme recíprocamente con otros
Inicial: _____ Especifique cualquier otra condición _____

Además, Yo deseo ____ o Yo no deseo _____ que me alimenten y/o hidraten artificialmente por medio de un tubo o intravenosamente
Inicial **Inicial** cuando serviría solamente para prolongar artificialmente el proceso de morir.

Instrucciones adicionales (opcional)_____.

Solicito que mi Ultima Voluntad sea respetada y cumplida por mi familia y médico(s) como expresión final de mi derecho legal a rehusar tratamiento médico o quirúrgico y acepto las consecuencias de este rechazo.

Nota: Si estoy embarazada y esto es del conocimiento de mi médico(s) esta Ultima Voluntad no tendrá validez o efecto durante el curso de mi embarazo.

Entiendo el contenido y significado de esta Ultima Voluntad, y declaro que me encuentro emocional y mentalmente competente para hacer estas declaraciones.

1st Testigo (requerido) : _____ **Firma**: _____
2nd Testigo (requerido) : _____ Fecha: _____/_____/_____