Directiva Médica
(Versión Abreviada)

Nombre Completo: _____ FDN: _____ Paciente ID#: _____
(Primer y segundo nombre, apellido) (Si lo sabe)

Yo, _____, entiendo que este documento me permite tomar **una o ambas** de las siguientes decisiones:

PARTE I: Designar a otra persona (conocido como representante para cuidados médicos [*healthcare agent en ingles*]) para tomar las decisiones médicas (*healthcare decisions en inglés*) por mí, si yo no me encuentro capaz de decidir o hablar por mí mismo (a). Mi representante para cuidados médicos deberá tomar decisiones médicas en mi nombre, en su caso, fundamentándose, en las instrucciones que proporciono en este documento (Parte II), los deseos que ya he dado a conocer a él o ella, o que actúe según sea de mayor beneficio para mi persona, si yo no hubiese manifestado mis deseos sobre los cuidados médicos.

Y/O

PARTE II: Dar instrucciones sobre el cuidado médico para guiar a los que estén tomando decisiones médicas en mi nombre. Si yo hubiese designado a un representante para cuidados médicos, estas instrucciones son para que sean utilizadas por dicho representante. Estas instrucciones, además, pudieran ser utilizadas por mis médicos, y proveedores del cuidado médico (*healthcare providers* en inglés), otras personas las cuales estén prestando su asistencia en mis cuidados médicos y también mis familiares, en la eventualidad de que yo no pueda tomar decisiones por cuenta propia.

PARTE I

Representante principal para cuidados médicos
Esta es la persona quien yo quiero que tome las decisiones medicas por mi si yo no estoy en capacidad para decidir o hablar por mí mismo (a).

Nombre: _____

Parentesco/vinculo: _____

Número (s) de Teléfono: _____

Dirección: _____
_____

Representante opcional para cuidados médicos
Si mi representante para cuidados médicos no se encuentra en disponibilidad razonable para servir, yo confío y nombro a:

Nombre: _____

Parentesco/vinculo: _____

Número(s) de Teléfono:_____

Dirección: _____
_____

PARTE II

Esto es lo que quiero que mi representante para cuidados médicos pueda hacer si yo no estoy en capacidad para decidir o hablar por mí mismo (a) si así lo determina mi médico tratante.

Mi representante para cuidados médicos tiene facultad para:

(A) Tomar cualquier decisión medica en mi nombre. Esto incluye facultad para otorgar, rechazar o retirar su consentimiento para cualquier cuidado, tratamiento, servicio, o procedimientos. Esto incluye decidir ya sea, interrumpir o no iniciar algún cuidado médico que me este manteniendo o que pudiese mantenerme con vida y decidir con respecto a tratamientos psiquiátricos para la salud mental de tipo invasivo (*intrusive mental health treatment* en inglés).

(B) Escoger a mis proveedores (médicos) de cuidado médico (*healthcare providers* en inglés).

(C) Escoger en donde vivir y recibir apoyo y atención médica para cuando estas decisiones estén relacionadas con mis necesidades médicas.

(D) Recibir, revisar, obtener copias y consentir la divulgación de mis registros médicos.

Mi representante para cuidados médicos debe seguir mis instrucciones en este documento o cualquier otra instrucción que yo haya entregado a mi representante. Si yo no le hubiese entregado instrucciones para el cuidado médico, entonces mi representante tiene el deber de actuar de buena fe y según sea de mayor beneficio para mi persona.

Instrucciones para el cuidado médico (valores, preferencias, pautas o indicaciones sobre el cuidado de la salud) expresado aquí:

PARTE III: Para legalizar el documento

Este documento debe de estar firmado por mí. También debe de estar certificado por un notario público (opción 1) o presenciado por dos testigos (opción 2). Debe de tener la fecha de la certificación o de la testificación.

En pleno uso de mis facultades mentales, estoy de acuerdo con todo lo que esta escrito en este documento, y he hecho este documento por voluntad propia.

Mi firma: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Si yo no puedo firmar, puedo pedirle a alguien que firme este documento por mí.

_____

Firma de la persona a quien yo le pedí que firmase este documento por mí.

_____

Nombre de la persona quien le pedí que firmase este documento por mi (si se conoce)

Opcion 1: Notario Publico

Ante mí, el día _____ del mes de _____, del 20_____, _____ (nombre) reconoció su firma en este documento o reconoce que él/ella autoriza a la persona que firma este documento para que firme en su nombre. Yo no estoy designado como representante para cuidados médicos ni como representante alterno para cuidados médicos en este documento.

_____

Firma Notario Público

Opción 2: Dos Testigos

Los dos testigos deben firmar. Sólo uno de los testigos puede ser un médico o un empleado del cuidado médico de un proveedor de cuidados médicos que este prestando cuidados médicos directos a mí persona el día que yo firme este documento.

Testigo primero:

(i) Ante mí, el día _____ (fecha), _____ (nombre) reconoció su firma en este documento o reconoce que él/ella autoriza la persona que firma este documento para que firme en su nombre.

(ii) Tengo por lo menos 18 años de edad.

(iii) Yo no estoy designado como representante para cuidados médicos ni como representante alterno para cuidados médicos en este documento.

(iv) Si yo fuese el médico o un empleado de un proveedor de cuidados médicos que está prestando cuidados médicos directos a la persona mencionada arriba, debo de poner mis iniciales de este cuadro: [ ]

Certifico que la información en (i) hasta (iv) es verdadera y correcta.

Firma del Testigo primero: _____

Dirección: _____

Testigo segundo:

(i) Ante mí, el día _____ (fecha), _____ (nombre) reconoció su firma en este documento o reconoce que él/ella autoriza a la persona que firma este documento para que firme en su nombre.

(ii) Tengo por lo menos 18 años de edad.

(iii) Yo no esto designado como representante para cuidados médicos ni como representante alterno para cuidados médicos en este documento.

(iv) Si yo fuese el médico o un empleado de un proveedor de cuidados médicos que está prestando cuidados médicos directos a la persona mencionada arriba, debo de poner mis iniciales de este cuadro: [ ]

Certifico que la información en (i) hasta (iv) es verdadera y correcta.

Firma del Testigo segundo: _____

Dirección: _____

RECORDATORIO: Conserve este documento **original** con sus documentos personales en un lugar seguro (no en una caja fuerte). Entregue **copias** firmadas a sus médicos (*healthcare providers* en inglés), a su familia, amigos cercanos, a su representante para cuidados médicos y a su representante alterno para cuidados médicos. Asegúrese de que su médico esté dispuesto a seguir sus deseos. Este documento debe formar parte de su expediente médico en la oficina de su proveedor de cuidados médicos y en el hospital, la agencia de cuidados en el hogar, hospicio o centro de enfermería (*nursing facility* en inglés) donde usted recibe cuidado.