

FORMA OPTIONAL DE DIRECTIVO AVANZADO DEL CUIDADO DE LA SALUD

Forma opcional, Poder del Cuidado de la Salud e Instrucciones del Cuidado de la Salud combinados

Esta forma es similar, pero no idéntica, a la forma incluida en el *Uniform Health-Care Decisions Act* de Nuevo México.

FORMA OPTIONAL DE DIRECTIVO AVANZADO DEL CUIDADO DE LA SALUD

Esta forma lo hace posible que usted puede dar instrucciones sobre su propia cuidado de la salud y/o nombrar a alguien (un agente) que puede hacer decisiones sobre su cuidado en caso si usted no es capaz de hacerlos para sí mismo en el futuro. Se puede llenar esta forma completamente o sólo unos partes. Se puede cambiar todo o parte de la forma, o usar una forma diferente. Esta forma es valida aunque usted ha firmado un poder durable y/o una declaración del derecho de morir (un testamento vital). Si desea combinar las instrucciones incluidos en estos documentos, se puede usar esta forma opcional.

Si usted sí usa esta forma, asegúrase que la firma y llena la fecha. Usted tiene el derecho de disolver (anular) o sustituir esta forma en cualquier tiempo que usted desea. Dé copias de esta forma firmada a sus proveedores e instituciones del cuidado de la salud, a cualquier agente que usted nombra, y a su familia y amigos.

ESTA FORMA ES OPTIONAL. Usted no necesita usar una forma, también puede decir a su médico quien usted nombra para hacer decisiones sobre su salud para usted. Si usted no ha firmado una forma o no ha hablado con su médico de quien usted desea hacer sus decisiones médicas, la ley de Nuevo México permite estas personas, en el orden que sigue, ha hacer sus decisiones ~~médicas~~ (si estas personas son disponibles): 1) esposo, 2) pareja significativa, 3) hijo adulto, 4) padre, 5) hermano adulto, 6) abuelo, 7) amigo íntimo.

*Usted puede nombrar otra persona como un agente en caso si usted no es capaz de hacer sus propias decisiones. Esto se llama **durable poder del cuidado de la salud**. Usted debe hablar con la persona que usted va a nombrar como su agente para asegurarse que él entiende sus deseos y está dispuesto a ser su agente. También se puede nombrar agentes suplentes en caso si ,(ma JET ea pece# p04*

FORMA OPTIONAL DE DIRECTIVO AVANZADO DEL CUIDADO DE LA SALUD

(Dirección)

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)

(Número de teléfono de casa)

(Número de teléfono de trabajo)

Si yo revocó la autoridad de mi agente, o si mi agente no puede o no es disponible a hacer una decisión por mí, yo apunto a las siguientes personas, en el orden que sigue, como mis agentes alternativos.

(Nombre de primer agente alternativo)

(Dirección)

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)

(Número de teléfono de casa)

(Número de teléfono de trabajo)

(Nombre de segundo agente alternativo)

FORMA OPTIONAL DE DIRECTIVO AVANZADO DEL CUIDADO DE LA SALUD

- (1) la selección y el descargo de proveedores médicos y instrucciones y decisiones sobre la hospitalización, la atención de enfermería, y la asistencia en casa;
- (2) la aprobación o la desaprobación de investigaciones diagnosticas, procedimientos quirúrgicos, programas de medicinas, y órdenes de no resucitar;
- (3) direcciones relativas a el tratamiento para mantener la vida, incluyendo la retención o la retirada de tratamientos para mantener la vida y la terminación de los aparatos para prolongar la vida; y
- (4) órdenes para la provisión, la retención, o la retirada de la nutrición e la hidratación artificial y todas otras formas de la asistencia médica.

(3) RESPONSABILIDAD DEL AGENTE: Mi agente hará decisiones médicas por mí basada en este poder durable del cuidado de la salud, cualquier instrucción médica especifica que yo doy, y mis otros deseos sobre mi salud a la medida conocida a mi agente. Si mis deseos son desconocidos, y no se pueden determinar, mi agente hará mis decisiones por mí basada en mi mejor interés. Para determinar lo que es en mi mejor interés, mi agente examinará

FORMA OPTIONAL DE DIRECTIVO AVANZADO DEL CUIDADO DE LA SALUD

(7) NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIAL: Si escogí “NO prolongar vida”, también selecciono, por mis iniciales abajo, que:

Yo **SÍ** quiero nutrición artificial (comida). **O**

Yo **NO** quiero nutrición artificial (comida).

Yo **SÍ** quiero hidratación artificial (agua). **O**

Yo **NO** quiero hidratación artificial (agua).

No importa que opciones tengo iniciales en esta sección, yo quiero cuidado confortable.

(8) ALIVIO DE DOLOR: A pesar de las opciones que yo he escogido en esta forma y excepto como indico en el espacio que sigue, yo deseo que me den lo mejor cuidado de la salud posible para mantenerme limpio, confortable, y libre de dolor o incomodidad en todos tiempos para que mi dignidad sea mantenida, incluso si este cuidado acelera mi fallecimiento:

(Agregue páginas adicionales si es necesario)

(9) DESIGNACIÓN DE DONACIONES ANATÓMICAS: A mi muerte yo selecciono, tal como está indicado abajo. ~~74 Tm[()] TET EMS-MXr-6(toq()] 9 TET EMS-Cf,á luso T38 Tm[(por mis i)-3(nicia~~

FORMA OPTIONAL DE DIRECTIVO AVANZADO DEL CUIDADO DE LA SALUD

(11) NOMBRAMIENTO DE GUARDIÁN: Yo intento con este poder del cuidado de la salud evitar una tutela. Si necesito un guardián, yo elijo que mi agente nombrado en esta forma sea mi guardián. Si ese agente no puede, o no quiere, ser mi guardián, yo escojo que mis agentes alternativas, en el orden en que están en esta forma, sean mis guardianes.

(12) COPIAS DE ESTA FORMA: Una copia de esta forma tiene el mismo efecto que el original.

(13) REVOCACIÓN: Puedo revocar mis instrucciones del cuidado de la salud (secciones 6- 10 de esta forma) en cualquier tiempo y en cualquier manera que muestra mi intención de hacerlo. Puedo revocar el nombramiento de mi agente debajo de mi poder del cuidado de la salud (sección 1 de esta forma) por una escritura firmada o por una discusión con mi médico. Si yo revoco parte de esta forma o la forma entera, debo notificar a mi médico, a mi agente, y a cualquier institución en donde estoy recibiendo asistencia, y a todos que yo he dado copias de este documento.

FIRMA Y FECHA ABAJO:

(Firma)

(Fecha)

(Escribe su nombre)

(Número de seguro social-
Opcional- para verificar su identidad)

(Dirección)

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal)

(Esta forma no necesita tener testigos para ser valido legalmente. Testigos son recomendados para evitar cualquier preocupación que este documento era falsificado, que estabas forzado a firmarlo, o que no representa realmente sus deseos.)

(Firma de primer testigo)

(Firma de segundo testigo)

(Nombre escrito de primer testigo)

(Nombre escrita de segundo testigo)

(Fecha)

(Fecha)

(Dirección de primer testigo)

(Dirección de segundo testigo)

[This forms complies with the provisions of the *New Mexico Uniform Health Care Decisions Act* of 1995, NMSA 1978 Sections 24-7A-1 to 27-7A-18 (1997 Supp.)] April 2005