

Las instrucciones anticipadas o “testamentos en vida” son reconocidos por las leyes de New Jersey como documentos legales que indican la preferencia de tratamiento médico de una persona.

Como adulto competente usted tiene el derecho de tomar decisiones acerca de su atención médica. Sin embargo, si está severamente incapacitado, física o mentalmente, usted podría no estar capacitado para tomar decisiones acerca de su atención médica por sí mismo. En ese caso, aquellas personas responsables de su atención intentarían tomar decisiones basadas en el conocimiento que tienen sobre sus deseos. Una instrucción anticipada o testamento en vida está diseñado para brindar orientación en tales circunstancias. Una instrucción anticipada puede ayudar a que los médicos y otros cuidadores proporcionen el nivel de atención deseado y más adecuado para usted.

En la **sección B** usted puede incluir o excluir cualquier procedimiento o tratamiento específico de soporte vital. Deberá consultar con su médico si tiene preguntas. Seleccione (1) o (2) pero no ambos. En la declaración (1) usted puede especificar con más detalle las condiciones bajo las cuales elige mantener medidas de soporte vital. Puede ser una declaración de sus valores y la calidad de vida que sea aceptable para usted.

En la **sección C** usted tiene la oportunidad de nombrar un representante de atención médica para que ayude a tomar decisiones por usted en caso de estar incapacitado. Esta persona deberá tomar decisiones de acuerdo con sus deseos. Si sus deseos no están claros o surge una situación que no estaba prevista, se espera que el representante de atención médica tome decisiones en su propio beneficio basadas en el conocimiento que tiene sobre sus deseos. Es importante que converse sobre estos temas por anticipado con el representante de atención médica nombrado. No necesita un abogado ni un médico para completar una instrucción anticipada, aunque es probable que desee consultar con alguno de ellos.

En la **sección D** usted puede contar con dos adultos como testigos de su instrucción o puede hacerla certificar por un notario. Si nombra un representante de atención médica, éste no puede ser testigo. Después de completar el formulario, compártalo con sus familiares, médicos, amigos y otras personas que deban tener conocimiento sobre sus preferencias de atención médica. Revise su instrucción anticipada periódicamente para asegurarse que aún expresa su intención, luego escriba sus iniciales y fecha de su revisión.

**SUGERENCIA DE TEMAS PARA TRATAR CON SU  
REPRESENTANTE/MÉDICO**

Antes de nombrar un representante de atención médica, usted deberá conversar con éste y su médico acerca de sus creencias y deseos. Para promover la conversación y un claro entendimiento, le sugerimos considerar las siguientes preguntas.

1. ¿Considera usted que quisiera que se le realice alguno de los siguientes tratamientos médicos (1) como tratamientos provisionales (2) como medidas para prolongación de la vida – sin expectativa moderada de recuperación?:
  - A. Reanimación cardiopulmonar (CPR) – una emergencia, medida provisional utilizada si el corazón deja de latir.
  - B. Respirador/ventilador – utilizado si no puede respirar por su propia cuenta.
  - C. Nutrición artificial (alimentación líquida administrada a través de un tubo si no puede ingerir alimentos).
  - D. Hidratación artificial (administrada en la vena si no puede ingerir líquidos).
  - E. Diálisis renal – utilizada si sus riñones dejaron de funcionar.
2. ¿Desea donar partes de su cuerpo a alguna persona que lo necesite al momento de su deceso (Donación de órganos)?
3. ¿Qué tan importante es la independencia y la autosuficiencia en su vida? (Capacidad de comunicarse, realizar la higiene personal, capacidad de trasladarse de manera independiente, ser consciente e interactivo con las personas y el entorno).
4. ¿Qué sería importante para usted cuando esté en proceso de agonía (por ejemplo, bienestar, no sentir dolor, que los familiares estén presente, etc.)?
5. ¿Cómo se siente sobre el uso de medidas para prolongación de la vida frente a (1) una enfermedad terminal, (2) estado vegetativo persistente (Karen Ann Quinlan), (3) enfermedad de Alzheimer, (4) trastornos neurológicos crónicos?
6. ¿Desea hacer algún comentario general sobre su actitud hacia la enfermedad, agonía y muerte?
7. ¿Cómo afectan sus creencias religiosas en su actitud y decisiones respecto a un tratamiento médico?
8. ¿Espera que sus amigos, familiares y/o demás respalden sus decisiones respecto a un tratamiento médico?
9. ¿Qué significado tiene la frase “*calidad de vida plena*” para usted?
10. ¿Dónde preferiría morir, siempre y cuando se pueda proporcionar atención y la familia y demás personas que lo cuidan no se sientan afectados?

Si con el tiempo, sus creencias y/o decisiones cambian, deberá informar a su representante de atención médica y su médico, y hacer los cambios apropiados en su instrucción anticipada o elaborar un nuevo documento y distribuir la versión actualizada a las personas adecuadas.

**IDENTIFICACIÓN/ETIQUETA DEL PACIENTE ACÁ:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIÓN ANTICIPADA / TESTAMENTO EN VIDA**

La decisión de completar una instrucción anticipada es completamente su elección. Su atención médica no depende de completar o no una instrucción anticipada. Sírvase considerar cuidadosamente sus opciones de instrucción anticipada. Es importante que comprenda completamente su propósito y qué trato recibirá como consecuencia. Sírvase tener en cuenta que este formulario se haga efectivo sólo si no puede comunicarse por sí mismo. Estará involucrado en sus decisiones de atención médica a menos que pierda la capacidad de hacerlo. Puede modificar este documento para ajustar sus necesidades médicas.

A. Yo, \_\_\_\_\_, estando en pleno uso de mis facultades tomo deliberada y voluntariamente esta declaración a seguir si no puedo hablar por mí mismo(a). Este documento demuestra mis deseos respecto a los tratamientos de soporte vital.

**Sírvase colocar sus iniciales en la afirmación con la que esté de acuerdo: (SELECCIONE UNA, pero no ambas):**

B. TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL. Si sufro un daño cerebral severo e irreversible, una enfermedad neurológica o una afección médica en etapa terminal sin esperanza realista de retornar a mi calidad de vida anterior, exijo que el tratamiento se limite a las medidas para mantenerme tranquilo y aliviar el dolor. Consideraría inaceptable dicha condición así como gravoso el uso de atención médica agresiva.

1. Para aclarar mis deseos exijo que mi estado de reanimación (instrucción de reanimación) sea No aplicar técnicas de reanimación (DNR). Esto incluiría:

\_\_\_\_\_ No intervención eléctrica ni mecánica de mi corazón cuando haya dejado de latir.

\_\_\_\_\_ No alimentación por tubo cuando no pueda ingerir alimentos o líquidos.

\_\_\_\_\_ No respiración mecánica mediante un ventilador cuando mi cuerpo no pueda mantener más mi respiración independiente.

**(Sírvase escribir sus iniciales)** Estoy de acuerdo \_\_\_\_\_

2. Exijo que se proporcionen todas las medidas y/o tratamientos de prolongación de mi vida a pesar de mi condición. Exijo que mi estado de reanimación (instrucción de reanimación) sea Aplicar técnicas de reanimación con todos los recursos posibles.

**(Sírvase escribir sus iniciales)** Estoy de acuerdo \_\_\_\_\_

C. AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA. Yo nombro a \_\_\_\_\_ con teléfono \_\_\_\_\_ con residencia en \_\_\_\_\_ como mi Agente para el cuidado de la salud para tomar decisiones de tratamiento médico por mí cuando no pueda hablar más por mí mismo. Si la persona nombrada como Agente para el cuidado de la salud no puede hacerse cargo, nombro a \_\_\_\_\_, con teléfono \_\_\_\_\_ con residencia actual en \_\_\_\_\_.

D. He leído y entendido el contenido de este documento. He conversado con mi familia y el agente para el cuidado de la salud sobre este Testamento en vida y mis pensamientos. Soy emocional y mentalmente competente para hacer esta declaración.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS**

Declaro que la persona que firmó o reconoció este documento se ha (1) identificado conmigo (2) ha firmado o reconocido este documento en mi presencia, (3) parece estar en pleno uso de sus facultades, y bajo ninguna coacción, fraude o influencia indebida. No soy la persona nombrada como Agente para el cuidado de la salud o suplente mediante este documento.

**Firma y nombre en letra impresa: (Bajo las leyes de NJ, usted debe tener 2 testigos o un notario para que este formulario sea válido)**

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Notario Opcional