



Good – to – Go

Juego de Herramientas

Para más información visite nuestro sitio web:

<https://www.compassionandchoices.org>

○ llámenos:
800.247.7421

Introducción

Independientemente de su edad o estado de salud, ninguno de nosotros sabe cuándo un evento inesperado podría dejarnos sin poder hablar por nosotros mismos. Hablar con sus seres queridos ahora, nombrar un representante y preparar una declaración de voluntad que escrito con sus deseos será de gran valor cuando usted sea incapaz de tomar o comunicar decisiones de atención médica.

El juego de herramientas Good-to-Go está diseñado para ayudarlo a identificar sus prioridades y asegurarle que sus deseos se cumplan. Esta recopilación de materiales está diseñado para guiarlo en el proceso de hacer y comunicar sus decisiones. Así como sus opciones son muy suyas, no hay un manera exacta de llenar estos documentos, pero le sugerimos que comience con la Hoja de valores. Las conversaciones que tenga con sus seres queridos y su médico de cabecera son esenciales en la comunicación de sus deseos. Y, documentando sus decisiones, y la gente que desea apoyarle, será más fácil lograrlo.

Utilice la lista a continuación a medida que trabaja a través del juego de herramientas para realizar un seguimiento de su progreso.

Lista de verificación

- Lea la guía de recursos "Good-to-Go", un material de 16 páginas con ideas, inspiración, información y respuestas de cómo planear el fin de sus días. (También disponible en <https://www.compassionandchoices.org/userfiles/Good-To-Go-Resource-Guide.pdf>)
- Complete la Hoja de **Valores**.
- Complete su "Advance Directive/ Testamento, **específico de su estado**. (Disponible en <https://www.compassionandchoices.org/what-we-do/advance-directive/>)
- Revise la **Disposición a la Demencia** y considérela como una posible adición a su declaración de voluntad anticipada.
- Revise **Mi Declaración Respecto a las Instituciones de Cuidado de Salud que Rehúsan a Respetar Mis Decisiones** como una posible adición a su declaración de voluntad anticipada.
- Complete **Mi Lista de Deseos Particulares, como una herramienta que le ayude a iniciar las conversaciones con sus seres queridos y proveedores de salud**. Considere añadir este documento a su declaración de voluntad.
- Revise **El Contrato Temporal con una Facilidad de Vivienda Asistida** como una posible adición a la declaración de voluntad.
- Complete el **Formulario de Visitación en el Hospital**. Este documento es muy importante para personas que tradicionalmente no están consideradas como miembros de la familia; por ejemplo, parejas sin casarse.
- Hable con su proveedor de salud. Usted puede usar la **Carta para mi Proveedor de Salud**, como una idea para iniciar las pláticas con su proveedor de salud.

Hoja de Valores

Las siguientes son preguntas que puede tener en cuenta al tomar decisiones y preparar los documentos relativos a sus preferencias de salud. Es posible que desee escribir sus respuestas y dar copias a sus familiares y profesionales de la salud, o simplemente utilizar las preguntas como "alimento para el pensamiento" y la discusión.

¿Qué tan importante son estas cosas para usted?

	Muy Importante			Sin Importancia	
Dejar que la naturaleza siga su curso	4	3	2	1	0
Preservar la calidad de vida	4	3	2	1	0
Mantenerse fiel a las creencias espirituales y tradiciones	4	3	2	1	0
Vivir lo más posible, sin importar la calidad de vida	4	3	2	1	0
Es independiente	4	3	2	1	0
Estar cómodo y sin dolor	4	3	2	1	0
Dejar lindas memorias a familiares y amigos	4	3	2	1	0
Hacer una contribución a la investigación médica o la enseñanza	4	3	2	1	0
Ser capaz de relacionarse con la familia y amigos	4	3	2	1	0
Está libre de limitaciones físicas	4	3	2	1	0
Estar mentalmente alerta and capaz	4	3	2	1	0
Puede heredar dinero a familiares amigos u organizaciones benéficas	4	3	2	1	0
Morir en un corto tiempo y no persistente	4	3	2	1	0
Evitar los cuidados costosos	4	3	2	1	0

- 1) ¿Qué es importante para usted cuando se esté muriendo (la comodidad física, no tener dolor, que sus familiares estén presentes, etc.?)
- 2) ¿Cómo se siente acerca el uso de medidas de soporte vital en caso de una enfermedad terminal? ¿Coma permanente? ¿Enfermedad crónica irreversible, como la enfermedad de Alzheimer?
- 3) ¿Tiene fuertes sentimientos acerca de determinados procedimientos médicos? Algunos procedimientos que pensar incluyen: respiración mecánica (respirador), la reanimación cardiopulmonar (RCP), la nutrición e hidratación artificial, hospital de cuidados intensivos, medicamentos de alivio al dolor, tratamientos de quimioterapia o radiación, y cirugía.
- 4) ¿Qué limitaciones para su salud física y mental afectaría las decisiones de atención médica que usted hace?
- 5) ¿Le gustaría que se tomaran en cuenta asuntos financieros cuando se toman decisiones de tratamiento?
- 6) ¿Le gustaría ser colocado en un hogar de personas de edad avanzada si su condición justifica?
- 7) ¿Prefiere el cuidado paliativo, con el objetivo de mantenerse cómodo en su casa durante el último período de su vida, como una alternativa a la hospitalización?
- 8) En general, ¿usted desea participar o compartir en la toma de decisiones sobre su atención médica y el tratamiento?
- 9) ¿Usted siempre quiere saber la verdad sobre su condición, las opciones de tratamiento, y las probabilidades de éxito de los tratamientos?

Mi Declaración Voluntaria respecto a las Instituciones de Salud que No Quieren Respetar Mis Opciones de Atención Médica

Entiendo que circunstancias fuera de mi control pueden causar que sea admitido en una institución de cuidado de la salud cuya política consiste en negarse a seguir las instrucciones anticipadas que entran en conflicto con cierta enseñanza religiosa o moral.

Si soy un paciente hospitalizado en una institución con afiliaciones religiosas de atención médica, cuando la presente Declaración entre en vigor, ordeno que mi consentimiento a la admisión no signifique mi consentimiento para procedimientos o cursos de tratamiento establecidos por las políticas éticas, religiosas o de otra índole de la institución, si esos procedimientos o tratamiento interfieren con esta declaración anticipada.

Además, ordeno que si la institución de salud en la que estoy decide no seguir mis deseos según lo establecido en la presente declaración anticipada, debe ser transferido de manera oportuna a un hospital, asilo para personas de edad avanzada, u otra institución que esté de acuerdo en respetar las instrucciones establecidas en esta declaración anticipada.

Por la presente, incorporo esta disposición en mi poder notarial para el cuidado de la salud, testamento, así como cualquier otra declaración anticipada ejecutada previamente para decisiones de atención médica.

Firma

Fecha

Mis Deseos Particulares

Para terapias que podrían sostener la vida

Además de la información que he llenado en otras formas de Declaración de Voluntad Anticipadas, me gustaría dar mis instrucciones con respecto a las terapias específicas que podrían salvar o prolongar mi vida.

Este formulario está destinado a informar a mi médico, enfermera u otro proveedor de atención de mi consentimiento o rechazo de ciertas terapias específicas. También está destinado a guiar a mi familia o cualquier otra persona que yo nombre como mi representante para tomar decisiones de atención médica por mí si no puedo tomar estas decisiones yo mismo.

Entiendo que es imposible saber lo que una persona quiere en una circunstancia particular, a menos que esa persona haya indicado previamente sus deseos. Espero que este documento ayude a los que tienen que tomar decisiones difíciles para proceder con comodidad y confianza. Siguiendo estas instrucciones sabrán que están siguiendo mis intereses, consintiendo y rechazando determinadas terapias igual que yo haría si pudiera escuchar, entender y hablar.

Decisiones cuando soy capaz

Mientras sea capaz de entender mi condición, la naturaleza de cualquier terapia propuesta y las consecuencias de aceptar o rechazar la terapia, quiero tomar estas decisiones yo mismo. Voy a consultar con mi médico, familiares y personas cercanas a mí, consejeros espirituales y otros que yo elija. Pero la decisión final es mía. Si soy incapaz de tomar decisiones sólo porque me mantienen sedado, me gustaría que ésta se elimine mientras puedo considerar mi situación y decidir aceptar o rechazar una terapia en particular.

Cuidados de comodidad

Quiero cualquiera y todas las terapias que puedan mantener mi comodidad y dignidad. Si siguiendo las instrucciones de este documento siento síntomas molestos como dolor o dificultad para respirar, quiero que esos síntomas se alivien. Deseo un tratamiento agresivo que me de comodidad, incluso si el tratamiento causa o acelera mi muerte.

Decisiones para terapias específicas

Si mi estado mental o físico ha deteriorado, el pronóstico es grave y hay pocas posibilidades de que nunca voy a recuperar la función mental o física, me gustaría lo siguiente:

	Si	Prueba	No
1. Antibióticos, si desarrollo una infección de cualquier tipo que amenaza la vida.			
2. Diálisis, si mis riñones dejan de funcionar, ya sea temporal o permanentemente.			
3. Ventilación artificial, si dejo de respirar.			
4. Resucitación, si mi corazón deja de latir.			
5. Corazón regulando drogas incluyendo el reemplazo de electrolitos, si mi corazón se vuelve irregular.			
6. Tratamiento con esteroides de cortisona u otro, si la hinchazón del tejido amenaza centros vitales en mi cerebro.			
7. Los estimulantes, diuréticos o cualquier otro tratamiento para la insuficiencia cardíaca, si se deteriora la fuerza y la función del corazón.			
8. Fluidos de sangre, plasma o de reemplazo, si sangro o pierdo fluido que circula en mi cuerpo.			
9. Nutrición artificial.			
10. Hidratación artificial.			

*** Esto significa que los médicos pueden ver si la terapia invierte rápidamente mi condición. Si no es así, quiero que se suspenda.**

Firma

Fecha

La Disposición Demencia

La mayoría de las declaraciones voluntarias anticipadas surten efecto únicamente cuando la persona es incapaz de tomar decisiones sobre su cuidado de la salud, está "permanentemente inconsciente" o tiene una enfermedad terminal. Por lo general no hay ninguna disposición que se aplica a la situación en que una persona sufre de demencia severa, pero no está inconsciente o moribundo.

El siguiente texto se puede añadir a cualquier declaración de voluntad anticipada o testamento. Servirá para asesorar a los médicos y a los familiares de los deseos de un paciente con la enfermedad de Alzheimer u otra forma de demencia. Usted puede simplemente firmar y fechar este formulario e incluirlo en su declaración de voluntad anticipada.

Si estoy inconsciente y es poco probable que alguna vez vuelva a tomar conciencia, me gustaría que mis deseos con respecto a tratamientos específicos de vida se respeten, como se indica en el documento adjunto titulado Mis Deseos Particulares.

Si estoy consciente pero tengo una enfermedad terminal progresiva que está en estado avanzado, y soy incapaz de comunicarse, tragar alimentos y agua de manera segura, cuidar de mí mismo y reconocer a mi familia y otras personas, y es muy poco probable que mi condición mejore sustancialmente, me gustaría que mis deseos con respecto a tratamientos específicos de soporte vital, tal como se indica en el documento adjunto titulado Mis deseos particulares, a seguir.

Si no puedo alimentarme debido a esta condición:

Quiero / No quiero (marque uno) ser alimentado.

Quiero / No quiero (marque uno) que se administren líquidos.

Por la presente quiero incorporar esta disposición en mi poder notarial para el cuidado de la salud, testamento y cualquier otra declaración anticipada ejecutadas previamente para decisiones de atención médica.

Firma

Fecha



Contrato Temporal de Residencia en Instalaciones de Vivienda Asistida

El residente (Individuo) y la Institución están de acuerdo en que ésta será el HOGAR del residente, con privacidad que el concepto implica. El residente espera permanecer en esta casa durante la duración de su vida.

La Institución respetará las decisiones del residente al final de su vida y no retrasará, interferirá o impedirá cualquier opción legal de tratamiento o no tratamiento elegido libremente por el residente o la persona autorizada por él para representarlo. Incluso, cualquiera de las siguientes opciones:

- Servicio de cuidados paliativos en el hogar;
- Preceder o dirigir el retiro de los tratamientos que prolongan la vida;
- Manejo de dolor agresivo y síntomas, incluyendo la sedación paliativa;
- Rechazo voluntario de alimentos y líquidos, con los cuidados paliativos, si es necesario;
- Cualquier otra opción no prohibida por la ley del estado en el que se encuentran las instalaciones.

Residente: _____ Fecha: _____

Representante de la Facilidad: _____ Fecha: _____



Autorización de Visita en el Hospital

Yo, _____, con domicilio
 _____ en _____ País, Estado de
 _____, por este medio
 quiero dar aviso y autorización que si me convierto en un enfermo o incapacitado que por
 cualquier razón requiero hospitalización, tratamiento o cuidados de larga duración en un
 centro médico, es mi deseo que la persona (s) siguiente

_____ tengan la preferencia de visitarme en esas instalaciones o centro médico si es su deseo,
 aunque no tengan relación con mi persona por lazos de sangre o legales; a menos que de
 instrucciones contrarias al personal médico en las instalaciones involucradas

Ejecutar esto _____ Día de _____ (Mes) _____ (año) en

(Lugar donde se firma) _____

Por: _____

Firma

Fecha

Firma de Testigos:

Testigo 1

Testigo 2

Firma

Firma

Dirección

Dirección

Fecha

Fecha

Este formulario es previsto por Compassion & Choices. Para más información sobre las opciones al
 final de la vida y el servicio de administración de casos para enfermos terminales, por favor
 llámenos o contacte nuestro sitio web: CompassionAndChoices.org



Carta a Mi Proveedor de Atención de Salud con Decisiones en Torno al Final de Mi Vida

Estimado Dr. _____:

Es importante para mí tener un excelente y compasivo cuidado de salud que me ayude a mantenerme saludable y activo la mayor parte de mi vida. En mis últimos días, quiero que mis valores y creencias personales me lleven a un tratamiento que alivie mi sufrimiento. Lo más importante, quiero asegurarme que si la muerte es inevitable e inminente, la experiencia pueda ser tranquila para mí y mi familia.

Si hay medidas disponibles que pueden extenderse de mi vida, me gustaría saber sus posibilidades de éxito y su impacto en la calidad de mi vida. Si decido no tomar esas medidas, le pido su apoyo continuo.

Si mi estado de salud se convierte en incurable y la muerte es el único resultado previsible, prefiero no sufrir, pero quiero partir una manera humana y pacífica. Me gustaría tener la tranquilidad de que:

- Si soy capaz de hablar por mí mismo, serán respetados mis deseos. En caso contrario, serán válidas las peticiones de mi representante con respecto a la atención médica que deseo y que he redactado en mi declaración de voluntad anticipada.
- Usted me va a referir a un centro de cuidados paliativos tan pronto como califique, y como le he pedido.
- Va apoyar todas mis decisiones para una muerte tranquila, incluso el suministro de medicamentos que pueda auto-medicarme para ayudarme a tener una final pacífico.

No le estoy pidiendo que haga nada inmoral mientras estoy en su cuidado, pero espero contar con su promesa de respetar y apoyar mis elecciones personales de atención médica al final de mi vida, según lo enumerado anteriormente.

Espero que usted acepte este documento como una decisión plenamente estudiada, y una expresión de mis puntos de vista profundamente arraigados. Si usted siente que no sería capaz de cumplir con dichas peticiones, por favor hágamelo saber ahora, mientras estoy en condiciones de tomar decisiones sobre la atención basada en el conocimiento.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre en imprenta: _____