



El siguiente documento se puede agregar a cualquier directiva anticipada para proporcionar orientación con respecto al consentimiento o rechazo de ciertas terapias. Una vez completado, firmado y atestiguado, debe mantenerse con la directiva anticipada.

Mis Deseos Particulares Sobre Terapias Que Podrían Sustentar la Vida (Adición a la Directiva Anticipada)

Este documento tiene la intención de informar a mi médico, enfermera u otro proveedor de cuidado médico sobre mi consentimiento o rechazo de ciertas terapias específicas. También guía a mi familia o cualquier otra persona de mi consentimiento para tomar decisiones de cuidado médico por mí si no puedo tomar estas decisiones por mí mismo.

Espero que este documento ayude a aquellos que deben tomar decisiones difíciles a proceder con confianza. Al seguir estas instrucciones, saben que están actuando en mi mejor interés y están consintiendo o rechazando ciertas terapias de la misma manera que yo lo haría si pudiera escuchar, entender y hablar.

DECISIONES MIENTRAS YO SOY CAPAZ

Siempre que pueda entender mi condición, la naturaleza de cualquier terapia propuesta y las consecuencias de aceptar o rechazar la terapia, quiero tomar estas decisiones yo mismo. Consultaré a mi médico, a mi familia, a los que están cerca de mí, a los consejeros espirituales y a otras personas que yo elija.

Pero la decisión final es mía. Si no puedo tomar decisiones solo porque me mantienen sedado, me gustaría que me levanten para poder considerar racionalmente mi situación y decidir aceptar o rechazar una terapia particular.

CUIDADO DE CONFORT

Quiero que todas y cada una de las terapias mantengan mi comodidad y dignidad. Si el seguir las instrucciones de este documento causa síntomas incómodos como dolor o falta de aliento, deseo que se alivien esos síntomas. Deseo un tratamiento vigoroso de mi incomodidad, incluso si el tratamiento causa o avanza involuntariamente el momento de mi muerte.

(favor de leer al reverso)

DECISIONES PARA TERAPIAS ESPECÍFICAS

(Nota: Si no está seguro del propósito de cualquiera de las siguientes terapias médicas, hable con un profesional de salud para una aclaración).

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

| | SI | PERIODO DE PRUEBA* | NO |
|---|----|--------------------|----|
| 1. Antibióticos si desarrollo una infección potencialmente mortal de cualquier tipo. | | | |
| 2. Diálisis si mis riñones dejan de funcionar, ya sea temporal o permanentemente. | | | |
| 3. Ventilación artificial si dejo de respirar. | | | |
| 4. Electroshock si mi corazón deja de latir. | | | |
| 5. Medicamentos que regulan el corazón, incluyendo el reemplazo de electrolitos, si el latido de mi corazón se vuelve irregular. | | | |
| 6. Cortisona u otra terapia con esteroides si la inflamación del tejido amenaza centros vitales en mi cerebro. | | | |
| 7. Estimulantes, diuréticos o cualquier otro tratamiento para la insuficiencia cardíaca si la fuerza y función de mi corazón se ve afectada. | | | |
| 8. Sangre, plasma o líquidos de reemplazo si sangro o pierdo líquido circulando por mi cuerpo. | | | |
| 9. Nutrición artificial. | | | |
| 10. Hidratación artificial. | | | |

* Los médicos pueden ver si la terapia revierte rápidamente mi condición. Si no lo hace, deseo que se suspenda.

Firma

Fecha

Firma de testigo

Fecha