

*Etiquette de Paciente /Patient Sticker*

INSTRUCCIONES: ADULTOS COMPETENTES Y MENORES EMANCIPADOS PUEDEN DAR INSTRUCCIONES POR MEDIO DE ESTE FORMULARIO U OTRO FORMULARIO DE SU PROPIO ELECCION. SE EXIGE QUE TAL DOCUMENTO SEA LLENADO Y FIRMADO Y ADEMAS QUE FIRMADO O POR TESTIGOS O NOTARIZADO PARA TENER VALIDEZ LEGAL.

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de este documento doy estas instrucciones adelantadas en como quiero que me atienden los médicos y otros proveedores de salud cuando no sería capaz de hacer tales decisiones por me propia cuenta.

---

### **Calidad de Vida**

Quiero que mis médicos me ayuden a mantener la calidad de vida aceptable incluyendo manejo adecuado del dolor. Una calidad de vida que es inaceptable para mí incluye cuando tengo cualquiera de las siguientes condiciones (usted puede indicar con chequeo todos los que desean):

- Condición Inconsciente Permanente:** Me vuelvo completamente inconsciente de la gente o el entorno con pocas posibilidades de despertarme del coma.
  - Confusión Permanente:** Me vuelvo incapaz de recordar, entender o tomar decisiones. No reconozco a los seres queridos o no puedo tener una conversación clara con ellos.
  - Dependiente en todas las actividades de la vida diaria:** Ya no soy capaz de hablar claramente o moverse por mí mismo. Dependo de los demás para alimentar, bañarme, vestirme y caminar. La rehabilitación o cualquier otro tratamiento restaurador no ayudará.
  - Enfermedad Terminal:** Tengo una enfermedad que ha llegado a su etapa final a pesar del tratamiento completo. Ejemplos: Cáncer generalizado que ya no responde al tratamiento; corazón y pulmones crónicos y/o dañados, donde se necesita oxígeno la mayor parte del tiempo y las actividades son limitadas debido a la sensación de asfixia.
-

**Tratamiento:**

Si mi calidad de vida se vuelve inaceptable para mí y mi condición es irreversible (es decir, no mejorará), dirijo que se proporcione un tratamiento médicamente apropiado de la siguiente manera. **Comprobar (por chequeo) "sí" significa que QUIERO el tratamiento. Comprobar "no" significa que NO QUIERO el tratamiento.**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>RCP (Reanimación Cardiopulmonar):</b> Hacer que el corazón lata de nuevo y restaurar la respiración después de que se haya detenido. Por lo general, esto implica una descarga eléctrica, compresiones torácicas y asistencia respiratoria.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Soporte vital/ Otro Soporte Artificial:</b> El uso continuo de respiradores, líquidos intravenosos, medicamentos y otros equipos que ayudan a los pulmones, el corazón, los riñones y otros órganos siguen funcionando.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Tratamiento de una Nueva Condición:</b> Uso de cirugía, transfusiones de sangre o antibióticos que lidiarán con una nueva afección pero no ayudarán a la enfermedad principal.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Alimentación por tubo/ Fluidos Intravenosos:</b> El uso de tubos para suministrar alimentos y agua al estómago del paciente o el uso de líquidos intravenosos en una vena que incluiría nutrición e hidratación suministradas artificialmente.

**Otras Instrucciones:** Por ejemplo, tales como Instrucciones sobre arreglos funerarios, cuidado de hospicio, etc. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Puede agregar páginas adicionales si es necesario.)

**Donación de órganos (opcional):** Si es apropiado, deseo ser donante de órganos.  Sí  No

**Firma:** Su firma debe ser presenciada por dos adultos competentes o notariada. Si es testigo, ninguno de los testigos puede ser la persona que usted nombró como su agente, y al menos uno de los testigos no puede ser alguien que esté relacionado con usted o tenga derecho a ninguna parte de su patrimonio.

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

**Testigos:**

1. Soy un adulto competente que no es el agente mencionado anteriormente. Fui testigo de la firma del paciente.

Testigo de Firma 1 \_\_\_\_\_

2. Soy un adulto competente que no es el agente mencionado anteriormente. No estoy relacionado con el paciente por sangre, matrimonio o adopción y a la muerte del paciente, no

tendría derecho a ninguna parte del patrimonio del paciente bajo cualquier voluntad existente, codicil o por el funcionamiento de la ley. Fui testigo de la firma del paciente.

Testigo de Firma 2 \_\_\_\_\_

O bien, este documento puede ser notariado en lugar de presenciado.

\_\_\_\_\_

**Notary:**

STATE OF ARKANSAS

COUNTY OF \_\_\_\_\_

I am a Notary Public in and for the State and County named above. The person who signed this instrument is personally known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person whose name is shown above as the "patient." The patient personally appeared before me and signed above or acknowledged the signature above as his or her own. I declare under penalty of perjury that the patient appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

My Commission Expires:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Notary Public