

Instrucciones Anticipadas para Atención en Salud en Oklahoma

Si soy incapaz de tomar una decisión informada con respecto al cuidado de mi salud, ordeno a mis proveedores de atención en salud que sigan mis instrucciones que indico a continuación.

I. Testamento en vida

Si el médico que me atiende y otro médico determinan que yo ya no puedo tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud, ordeno al médico que me atiende y a otros proveedores de atención en salud, de conformidad con la Ley de Instrucciones Anticipadas para la Atención en Salud de Oklahoma, que sigan mis instrucciones, tal como se indica a continuación:

(1) Si tengo una enfermedad terminal, es decir, una enfermedad incurable e irreversible que, incluso con la administración de tratamiento de soporte vital, en opinión del médico que me atiende y otro médico, lleven a mi fallecimiento dentro de los seis (6) meses siguientes:

(Escriba sus iniciales en una de las opciones solamente).

_____ Yo ordeno que mi vida no se prolongue mediante tratamiento de soporte vital; con excepción de que si no puedo tomar mis alimentos y agua por la boca, deseo recibir administración artificial de nutrición e hidratación.

_____ Yo ordeno que mi vida no se prolongue mediante tratamiento de soporte vital, incluida la administración artificial de nutrición e hidratación.

_____ Yo ordeno que se me proporcione tratamiento de soporte vital y, si no puedo tomar mis alimentos y agua por la boca, deseo recibir administración artificial de nutrición e hidratación.

(Escriba sus iniciales, sólo si procede).

_____ Ver mis instrucciones más específicas en el párrafo (4) más adelante.

(2) Si estoy inconsciente de manera persistente, es decir, tengo una enfermedad irreversible, según lo hayan determinado el médico que me atiende y otro médico, en la que hay ausencia de pensamiento y conciencia de mí mismo y del medio ambiente:

(Escriba sus iniciales en una de las opciones solamente).

_____ Yo ordeno que mi vida no se prolongue mediante tratamiento de soporte vital; con excepción de que si no puedo tomar mis alimentos y agua por la boca, deseo recibir administración artificial de nutrición e hidratación.

_____ Yo ordeno que mi vida no se prolongue mediante tratamiento de soporte vital, incluida la administración artificial de nutrición e hidratación.

_____ Yo ordeno que se me proporcione tratamiento de soporte vital y, si no puedo tomar mis alimentos y agua por la boca, deseo recibir administración artificial de nutrición e hidratación.

(Escriba sus iniciales, sólo si procede).

_____ Ver mis instrucciones más específicas en el párrafo (4) más adelante.

(3) Si tengo una enfermedad en fase terminal, es decir, una enfermedad causada por una lesión, afección o dolencia, que dé lugar a un deterioro grave y permanente indicado por incompetencia y completa dependencia física para lo cual el tratamiento de la enfermedad irreversible es médicamente ineficaz:

(Escriba sus iniciales en una de las opciones solamente).

_____ Yo ordeno que mi vida no se prolongue mediante tratamiento de soporte vital; con excepción de que si no puedo tomar mis alimentos y agua por la boca, deseo recibir administración artificial de nutrición e hidratación.

_____ Yo ordeno que mi vida no se prolongue mediante tratamiento de soporte vital, incluida la administración artificial de nutrición e hidratación.

_____ Yo ordeno que se me proporcione tratamiento de soporte vital y, si no puedo tomar mis alimentos y agua por la boca, deseo recibir administración artificial de nutrición e hidratación.

(Escriba sus iniciales, sólo si procede).

_____ Ver mis instrucciones más específicas en el párrafo (4) más adelante.

(4) OTROS. Aquí usted puede:

(a) describir otras enfermedades en las que usted desearía que le suministren, suspendan o retiren tratamiento de soporte vital o administración artificial de nutrición e hidratación,

(b) dar instrucciones más específicas acerca de sus deseos sobre tratamiento de soporte vital o administración artificial de nutrición e hidratación, si usted tiene una enfermedad terminal, está inconsciente de manera persistente o tiene una enfermedad en fase terminal, o

(c) las dos cosas anteriores:

Iniciales

II. Mi designación de mi representante para atención en salud

Si el médico que me atiende y otro médico determinan que yo ya no puedo tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud, ordeno al médico que me atiende y a otros proveedores de atención en salud, de conformidad con la Ley de Instrucciones Anticipadas para Atención en Salud de Oklahoma, que sigan las instrucciones de _____, a quien he designado como mi representante para atención en salud. Si mi representante para atención en salud no puede o no está dispuesto a servir como tal, designo a _____ como mi representante alterno para atención en salud con la misma autoridad. Mi representante para atención en salud está autorizado para tomar cualquier decisión sobre atención en salud que yo tomaría si pudiera hacerlo, con excepción de que las decisiones sobre tratamiento de soporte vital y administración artificial de nutrición e hidratación las pueda tomar mi representante para atención en salud o representante alterno para atención en salud únicamente de la manera que yo lo he indicado en los apartados anteriores.

Si en este apartado yo no designo a un representante para atención en salud, es porque deliberadamente no deseo designar a un representante para atención en salud.

III. Donaciones anatómicas

De conformidad con las disposiciones de la Ley de Uniformidad para Donaciones Anatómicas, yo ordeno que en el momento de mi muerte, mi cuerpo entero o los órganos indicados o partes indicadas de mi cuerpo sean donados a los efectos de:

(Escriba sus iniciales en todos los casos correspondientes).

_____ terapia de trasplante.

_____ avance de la ciencia médica, investigación o educación.

_____ avance de la ciencia dental, investigación o educación.

Muerte significa el cese irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias o el cese irreversible de todas las funciones del cerebro en su conjunto, incluido el tronco cerebral. Si en las siguientes líneas aparecen mis iniciales; quiere decir que dono específicamente:

_____ Todo mi cuerpo.

o bien

_____ Los siguientes órganos o partes de mi cuerpo:

_____ pulmones

_____ hígado

_____ páncreas

_____ corazón

_____ riñones

_____ cerebro

_____ piel

_____ huesos/médula

_____ sangre/fluidos

_____ tejido

_____ arterias

_____ ojos/córnea/cristalino

IV. Disposiciones generales

- a. Entiendo que debo tener dieciocho (18) años de edad o más para ejecutar este formulario.
- b. Entiendo que mis testigos deben tener dieciocho (18) años de edad o más y que no deben tener parentesco conmigo ni heredar de mí.
- c. Entiendo que si me han diagnosticado embarazo y el médico que me atiende conoce este diagnóstico, se me proporcionará tratamiento de soporte vital y administración artificial de nutrición e hidratación, a menos que yo, con mis propias palabras, haya autorizado específicamente que durante el embarazo, se me suspenda o retire el tratamiento de soporte vital y/o la administración artificial de nutrición e/o hidratación.
- d. En el caso que yo no tenga capacidad para dar instrucciones sobre el uso de procedimientos de soporte vital, mi intención es que estas instrucciones anticipadas para atención en salud sean respetadas por mis familiares y médicos como la expresión final de mi derecho legítimo a elegir o rechazar un tratamiento médico o quirúrgico, incluida pero no limitada a, la administración de procedimientos de soporte vital; acepto las consecuencias de esta elección o rechazo.
- e. Estas instrucciones anticipadas para atención en salud estarán vigentes hasta que sean revocadas.
- f. Entiendo que puedo revocar estas instrucciones anticipadas para atención en salud en cualquier momento.
- g. Entiendo y acepto que si tengo previas instrucciones anticipadas para atención en salud y que si firmo estas instrucciones anticipadas para atención en salud, mis previas instrucciones serán revocadas.
- h. Entiendo la gran importancia de estas instrucciones anticipadas para atención en salud y estoy en pleno uso de mis facultades mentales para hacer estas instrucciones anticipadas para atención en salud.
- i. Entiendo que mi médico o médicos tomarán todas las decisiones con base en su mejor juicio, aplicando con cuidado y diligencia habituales los conocimientos y habilidades que poseen y utilizan los miembros de la profesión médica que cumplen todas las formalidades y que participan en el mismo campo de práctica en ese momento, medidos con los estándares nacionales.

Firmado hoy a los _____ días del mes de _____ de 20_____.

Firma

Ciudad

Condado, Oklahoma

Fecha de nacimiento (opcional para efectos de identificación).

Estas instrucciones anticipadas para atención en salud se firmaron en mi presencia.

Firma de testigo

Firma de testigo

_____, OK
Residencia

_____, OK
Residencia