

Directiva anticipada: ALASKA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Números de teléfono: (fijo) _____; (celular) _____

Dirección _____

Correo electrónico: _____

Marque al menos **UNA** opción del **Paso 1** y **Paso 2**, y complete el **Paso 3**

Paso 1: Elegir un agente de atención médica.

MARQUE **UNA** O **DOS** OPCIONES

Elijo a _____; Relación _____
(número de teléfono - - o correo electrónico _____) como mi agente de atención médica primario para hablar por mí al tomar decisiones relacionadas con la atención médica en caso de que yo no pueda hablar por mí mismo.

Elijo a _____; Relación _____
(número de teléfono - - o correo electrónico _____) como mi agente de atención médica secundario para que hable por mí al tomar decisiones relacionadas con la atención médica en caso de que yo no pueda hablar por mí mismo y mi agente de atención médica primario no pueda prestar servicio.

Paso 2: Proporcionar orientación a mi agente de atención médica y médicos.

Al trabajar juntos para tomar decisiones relacionadas con el tratamiento y los planes para mi atención médica, tenga en cuenta mis preferencias generales que se describen a continuación:

MARQUE SOLO **UNA** OPCIÓN

- En este momento, no estoy seguro con cuáles de las siguientes afirmaciones estoy más de acuerdo. Confío en que mi agente de atención médica hará lo que sea mejor para mí.
- Quiero seguir viviendo incluso si mi calidad de vida parece ser mala para los demás y no pueda comunicarme con las personas. En general, aceptaría asistencia respiratoria, para el corazón y la función renal mediante máquinas que requieran que esté en un hospital o en una unidad de atención especial.
- La vida es preciosa, pero entiendo que todos morimos alguna vez. Quiero vivir siempre que pueda interactuar con los demás y disfrutar de una cierta calidad de vida. Aceptaría tratamientos intensivos solo si tuviese una posibilidad razonable de mejorar. Rechazaría la asistencia a largo plazo con medicamentos o máquinas intensivas si mi calidad de vida se viera empobrecida y no pudiese comunicarme con las personas.
- Para mí es muy importante evitar el sufrimiento. No quiero tratamientos médicos extraordinarios, como respiradores o reanimación cardiopulmonar (RCP). Si mis funciones corporales naturales fallan, rechazaría los tratamientos y elegiría morir de manera natural.

¿Hay algo que sus médicos deberían saber sobre usted para poder brindarle la mejor atención médica posible?

Paso 3: Completar y firmar el formulario delante de YA SEA 1) dos testigos O BIEN 2) notario público

Firma _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Directiva anticipada: ALASKA

1. Opción 1: DOS testigos

DECLARACIÓN DEL PRIMER TESTIGO

Declaro, bajo pena de perjurio, según las leyes de Alaska, AS 11.56.200, que conozco personalmente al paciente, que el paciente firmó o aceptó este poder notarial duradero para el cuidado de la salud ante mí, que el paciente parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y bajo ninguna coacción, fraude o influencia indebida, y que:

- No soy un proveedor de atención médica empleado por la institución de atención médica o centro de atención médica donde el paciente recibe atención médica.
- No soy empleado de la institución de atención médica o centro de atención médica donde el paciente recibe atención médica.
- No soy la persona designada como agente por este documento.
- No soy pariente consanguíneo, cónyuge ni pariente adoptivo.
- No tengo derecho a una parte del patrimonio del paciente tras su fallecimiento en virtud de un testamento o codicilo.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

DECLARACIÓN DEL SEGUNDO TESTIGO

Juro, bajo pena de perjurio, según las leyes del estado de Alaska, AS 11.56.200, que conozco personalmente al paciente, que el paciente firmó o aceptó este poder notarial duradero para el cuidado de la salud ante mí, que el paciente parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y bajo ninguna coacción, fraude o influencia indebida, y que:

- No soy un proveedor de atención médica empleado por la institución de atención médica o centro de atención médica donde el paciente recibe atención médica.
- No soy un empleado del proveedor de atención médica que brinda atención médica al paciente.
- No soy empleado de la institución de atención médica o centro de atención médica donde el paciente recibe atención médica.
- No soy la persona designada como agente por este documento.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

2. Opción 2: Notario público

State of Alaska

County of _____

I certify that I know or have satisfactory evidence that _____ signed this instrument and acknowledged it to be his or her free and voluntary act for the uses and purposes mentioned in the instrument.

(Notary Seal)

Date: _____

Signature of Notary Public: _____

Title: _____

My appointment expires: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Directiva anticipada: ALASKA

Instrucciones para el Paso 1: Designar a un agente de atención médica.

Designe a alguien en quien confíe para que tome decisiones por usted cuando usted no pueda hacerlo por sus propios medios. Proporcione el nombre y la información de contacto de esta persona, junto con una persona adicional.

Elija a un familiar o amigo que:

- Sea mayor de 18 años y lo conozca muy bien.
- Esté dispuesto a hacer esto por usted.
- Sea capaz de tomar decisiones difíciles basadas en sus deseos.
- Comunique eficazmente la información que usted indique en este paquete tanto los proveedores de salud como a sus familiares.

Su representante no puede ser su médico ni alguien que trabaje en el hospital o clínica donde usted recibe atención médica, a menos que esta persona sea un miembro de su familia.

Su representante de atención médica puede hacer lo siguiente:

- decidir dónde recibirá cuidados médicos
- seleccionar o despedir proveedores de salud
- aceptar/rechazar medicamentos, exámenes, tratamientos
- tomar medidas legales para cumplir con sus deseos

Su representante de atención médica NO PUEDE autorizar lo siguiente:

- psicocirugía
- procedimientos de esterilización
- aborto
- extirpación de órganos

Salvo cuando los procedimientos anteriores sean necesarios para preservar la vida del paciente o para prevenir un deterioro grave de la salud del paciente.

Instrucciones para el Paso 2: Información para mi agente de atención médica y médicos al momento tomar decisiones relacionadas con mi atención médica.

Indique sus deseos acerca de la atención médica.

1. Seleccione una de las opciones para proporcionar orientación sobre tratamientos de soporte vital. A continuación se incluye información sobre algunos tratamientos de soporte vital que pueden o no ser exitosos para ayudarlo a vivir más tiempo.

RCP o reanimación cardiopulmonar: Esto puede implicar (1) oprimir su pecho fuertemente para mantener el flujo de sangre; (2) descargas eléctricas para restablecer el funcionamiento del corazón; (3) medicamentos en sus venas.

Solicite más información a sus proveedores de atención médica, según corresponda.