



*Sistema de Salud Lourdes*

## Las Directivas Previas de Salud

*Hoy tengo vida,  
¿Cuánto tiempo durará?----  
Los días pasan rápidamente.  
Los meses se van pronto.  
No temo mi muerte.  
Pero ¿cómo moriré?  
¿Reconoceré a mis seres queridos cuando me digan adiós?  
Por favor hablemos ahora.  
Hagamos planes realistas.  
Pongámoslos por escrito.  
Para que ustedes sepan lo que pienso.  
Es mi vida ¿saben?  
Y deseo asegurarme  
que si mi última enfermedad es grave,  
y no existe una cura para ella,  
ustedes llevarán a cabo mis deseos y  
su corazón les dirá  
que estaré en paz.  
Y que partiré con dignidad.*

*Ida M. Pyritz  
St. Clair Hospital Auxilian*

# Vivir y Morir Bien ....Opciones Sobre Atención Médica

Artículo redactado por el Reverendo LAWRENCE REILLY

El morir es uno de los momentos más importantes de nuestras vidas. Como todos los momentos importantes merece una preparación minuciosa. Mientras mejor nos preparemos para vivir nuestra experiencia de la muerte, mayor será la posibilidad de que muramos en un entorno de amor y respeto. Nuestra Iglesia tiene una larga tradición de ayudar a bien morir a las personas. Debemos tomar ventaja de ésta ayuda.

Por supuesto, algunos(as) de nosotros tendremos muertes repentinas e inesperadas. Pero para la mayoría de nosotros no será así. Todos(as) nosotros(as) debemos aprender a prepararnos mejor para morir. Aún si nuestras propias muertes fueran a ser repentinas, desearíamos apoyar a familiares y amigos(as) que murieran antes que nosotros.

Cada uno de nosotros es el ejecutor principal de las decisiones acerca de la clase de atención que recibiremos mientras morimos. En otras palabras, usted tiene la principal responsabilidad de tomar decisiones acerca de sus cuidados médicos.

Así como lo hacemos en la mayoría de las decisiones importantes de nuestras vidas, debemos buscar el consejo de otros(as) acerca de cómo vivir mientras morimos y debemos informar a los demás cómo deseamos morir. Es muy importante comunicar nuestros deseos a nuestras familias, amistades y proveedores de cuidados médicos.

Cuando no hacemos esto, corremos el riesgo de que otros(as) tomen decisiones sobre nosotros, decisiones que bien podrían contradecir nuestros deseos y hasta ir en contra de nuestro propio bien.

En los años cincuenta, el Papa Pío XII habló clara y enérgicamente de los medios ordinarios y extraordinarios. Sus preceptos han sido reiterados frecuentemente. La ocasión más reciente fue por el Papa Juan Pablo II. El Papa Pío reveló que todos nosotros tenemos una obligación moral de usar medios comunes para conservar nuestra salud o nuestras vidas. Medios extraordinarios son aquellos que ocasionan una carga grave sobre una persona moribunda o sobre la familia de la persona moribunda. ¿Quién determina si un curso específico de tratamiento o intervención por medios tecnológicos es extraordinario o una carga grave? Usted. Por supuesto es importante que usted hable de su situación con los demás, pero al final de cuentas solamente usted puede decir si algo es una carga grave para usted. Esa es la razón por la que algunas personas (tanto jóvenes como mayores) rechazan la diálisis renal y mueren, mientras que otras la aceptan y viven. Para algunos(as) la diálisis renal es una carga grave, por consiguiente, es parte lo que se considera medios extraordinarios y, por consiguiente, no es obligatoria moralmente. Para otros la diálisis no es una carga grave, por consiguiente, es un medio ordinario y, por consiguiente, es moralmente obligatoria.

Solamente la persona que debe recibir el tratamiento puede decir si éste es una carga grave. Éste principio, de que el ser humano tiene la obligación moral de tomar medidas ordinarias (normales) pero no medidas extraordinarias para salvaguardar la vida es un principio moral universal. Se aplica a todos los tratamientos y tecnologías.

Otro principio importante es el de que debe haber la debida proporción entre el beneficio que se desea lograr y la carga que se lleva para lograrlo.

¿Cuál es el beneficio de ciertos tratamientos y terapias que son formuladas rutinariamente para personas moribundas en los Estados Unidos cuando se tiene poco tiempo para vivir?. ¿Se desea recibir tratamientos intensos o agresivos que tienen poca probabilidad de hacer algo más que alargar su agonía? ¿Cuál es el verdadero beneficio de tales tratamientos y que carga suponen para usted o su familia? Si no existe un beneficio evidente para ciertas terapias o la carga de éstas es muy grande, no existe obligación moral para someterse a esas terapias. Estos dos principios conocidos como medidas extraordinarias y carga y beneficio se pueden aplicar de manera universal.

Algunas de las situaciones a las que se atribuyen son las siguientes: reanimación cardio-pulmonar, soporte cardiaco, terapia respiratoria, nutrición e hidratación artificial, quimioterapias, diálisis, cirugías sin un beneficio evidente etcétera.

Los preceptos Católicos son inequívocos con relación al apoyo de manejo de medicamentos para aliviar el dolor, aún si esto acorta la vida. Al mismo tiempo la Iglesia condena todas aquellas acciones cuyo propósito directo es el de terminar la vida de otra persona. Como las personas moribundas son muy vulnerables, es de vital importancia hacer todo lo posible para aliviar su dolor físico y emocional. Al mismo tiempo, debido a que sentimos respeto por las personas moribundas debemos hacer todo lo posible para impedir que otras personas los(as) inmolen (maten) impunemente.

Las conversaciones francas acerca de la muerte y del fallecimiento en el Estado de Washington son benéficas. Las mismas conversaciones nos desafían a pensar claramente y a unirnos a nuestros seres queridos y amigos(as) para tomar buenas decisiones.

El Padre Reilly es un estudioso de la ciencia de la Ética que labora para el Sistema de Salud de la Providencia (Providence Health Care Network).

## LA DIRECTIVA PREVIA (ADVANCE DIRECTIVE)

El Sistema de Salud Lourdes esta comprometido con los valores fundamentales de respeto a la santidad de la vida y al cuidado compasivo de las personas desahuciadas y vulnerables. El Sistema de Salud Lourdes no participa ni apoya de ninguna manera el suicidio asistido por el médico.

Dentro del derecho que usted tiene a tomar decisiones personales de salud, está el de poder aceptar o rechazar cualquier recomendación de tratamiento médico. Esto es relativamente fácil cuando usted está bien y puede hablar por sí mismo(a). Por desgracia, en una enfermedad grave, usted podría estar inconciente o imposibilitado(a) para comunicar sus deseos- justo en el momento en que se tuvieran que tomar decisiones trascendentales (acerca de su salud).

Una DIRECTIVA PREVIA (ADVANCE DIRECTIVE) manifiesta sus deseos en cuanto a atención médica de tal modo que las decisiones que las personas tomen a nombre suyo reflejen los deseos de usted. Una DIRECTIVA PREVIA (ADVANCE DIRECTIVE) entra en efecto únicamente si usted está inhabilitado(a) (incompetente para tomar decisiones o para expresar sus deseos) y usted la puede cambiar en cualquier momento hasta que llegue ese día.

Los materiales de éste paquete surgieron del precepto de respeto total a la vida humana de cada persona y del compromiso y el deseo de que exista comunicación con los familiares cercanos. El propósito es de ayudarle a tomar decisiones por anticipado en su vida antes de que surja un problema.. Éste paquete es una invitación para que hable con su familia, sus médicos y demás personas con quienes esté íntimamente vinculado para que conozcan y comprendan sus deseos. Al sostener éstas conversaciones, cuando está sano(a), pensando claramente, y en control de su vida, usted puede ayudar a su familia a entender sus sentimientos y a llevar a cabo sus deseos en cuanto a varias inquietudes graves. Éste paquete va a plantear detalles sobre varias de esas inquietudes tales como: reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, nutrición e hidratación artificial. Ésta no pretende ser una lista completa de todos los problemas e inquietudes posibles, más bien una introducción para que sostenga conversaciones abiertas con su familia, su médico y aquellos(as) que estén íntimamente ligados a su atención. El fallecer es uno de los momentos mas privados de la vida y debe ser un momento de dignidad.

Quizás deba ponerse en contacto con aquellos(as) que le puedan ayudar con sus decisiones. Ya que dichas decisiones normalmente reflejan puntos de vista personales filosóficos y religiosos, quizás usted deba de platicar acerca de éstos temas con alguien del clero (capellán, pastor etc.) o con un(a) enfermero(a) además de su médico y de su familia. Existen personas a quienes recurrir para ayudarle con sus dudas sobre éste paquete. Puede hacer una cita para hablar o reunirse con la persona de recursos si usted pregunta por un(a) trabajador(a) social o capellán(a) mientras está en el Sistema de Salud Lourdes (Lourdes Health Network).

Nota: El Sistema de Salud Lourdes esta comprometido con los valores fundamentales de respeto a la santidad de la vida y al cuidado compasivo de las personas desahuciadas y vulnerables. El Sistema de Salud Lourdes no participa ni apoya de ninguna manera el suicidio asistido por el médico.

**LA DIRECTIVA PARA EL MÉDICO  
(DIRECTIVE TO PHYSICIANS)  
(TESTAMENTO EN VIDA)  
(LIVING WILL)**

Los procedimientos uniformes de operación en la mayoría de las instituciones de atención médica suponen que usted desea que se le realicen medios de sustentación de la vida a menos que usted haya indicado otra cosa.

La directiva para los médicos (el testamento vital) trata acerca de la suspensión o la interrupción de los tratamientos médicos. No se permite ninguna medida activa, tal como una inyección letal para terminar deliberadamente con la vida de alguien.

**INFORMACIÓN PARA GUIARLE EN SUS DECISIONES  
EN EL CASO DE MUERTE REPENTINA O PARO CARDIACO**

**Descripción de la Reanimación Cardiopulmonar  
(Cardiopulmonary Resuscitation)**

En el caso de un colapso repentino sin latido cardiaco. La reanimación cardiopulmonar puede ser iniciada por una persona capacitada en ésta técnica. Éste procedimiento implica presión fuerte en el pecho y respiración de boca a boca. Esto continúa hasta que lleguen los paramédicos con el equipo para darle un choque eléctrico al corazón, lo(la) intuben y lo(la) transporten a un hospital donde haya tratamiento adicional disponible.

La reanimación cardiopulmonar (CPR siglas en Ingles) fue ideada para salvar de la muerte a personas sanas. Para que la reanimación cardiopulmonar sea efectiva, esta tiene que iniciarse inmediatamente. Por lo tanto, usted debe hacer saber sus preferencias con anticipación acerca de la reanimación cardiopulmonar.

La siguiente información general acerca de la muerte repentina podría ayudarle a tomar sus decisiones:

1. Muchas muertes en las personas de edad sobrevienen después de un largo deterioro en la salud de esa persona. Ésas muertes no son ni repentinas ni inesperadas y muy rara vez responden a la reanimación cardiopulmonar.
2. La muerte repentina que ocurre por un ataque cardiaco o un paro cardiaco inesperado es indolora y a menudo es el rescate de una invalidez prolongada.

**Datos sobre la Reanimación Cardiopulmonar**

- Entre las complicaciones posibles de la reanimación cardiopulmonar se incluyen costillas rotas, pulmones perforados y otras lesiones por compresión del pecho.
- La reanimación oportuna podría ser seguida de un periodo de tiempo en el que se requiriera soporte vital artificial con pocas esperanzas de una recuperación total.
  1. De las personas reanimadas por paro cardiaco fuera del hospital, aproximadamente 20% son dadas de alta vivas(os) del hospital.
  2. Para personas hospitalizadas mayores de 70 años, la supervivencia será menor del 2%.
  3. Para los(as) ancianos(as) en hogares de ancianos la supervivencia después de la reanimación cardiopulmonar es rara.
- Existe cierta posibilidad de sobrevivir y regresar al nivel previo de salud.

## LLENANDO LOS FORMULARIOS

El paquete de directivas previas (advance directives) consta de varios formularios. El primer formulario es la DIRECTIVA PARA LOS MÉDICOS – (TESTAMENTO EN VIDA) (DIRECTIVE TO PHYSICIANS-LIVING WILL). En el Estado de Washington según el Ley de Muerte Natural (RCW 70.122) (Natural Death Act), Usted puede darle instrucciones a su médico para que suspenda o retire los procedimientos de soporte vital cuando usted está desahuciado(a). LA DIRECTIVA PARA LOS MÉDICOS (TESTAMENTO EN VIDA) debe ser firmada por usted en presencia de dos testigos que no sean sus familiares por matrimonio o por consanguinidad y que no tengan derecho a ninguna parte de su herencia en caso de su muerte. Al mismo tiempo, su doctor(a), un(a) empleado(a) del (la) doctor(a), o un(a) empleado(a) de la institución de atención médica donde se esté atendiendo como paciente no podrá fungir como testigo de la Directiva.

Los siguientes dos formularios son directivas suplementarias, que proporcionan una guía para sus médicos en circunstancias no incluidas en la Ley de Muerte Natural y que son aquellas circunstancias en las que usted no está desahuciado(a). Las directivas suplementarias contienen preguntas acerca de sus deseos sobre donación de órganos y otras decisiones para el final de la vida.

Con el cuarto formulario a usted se le da la oportunidad de asignar a alguien un Poder Notarial (Carta Poder) para atención médica. A ésta persona se le pediría que tomara decisiones de atención medica durante circunstancias en las que usted estuviera incapacitado(a). El Poder Notarial Médico (Carta Poder Médica) (RCW 11.94) debe ser firmado ante la presencia de un notario.

La Ley de Decisión sobre Consentimiento de Atención Médica (CONSENT FOR HEALTH CARE DECISIÓN LAW 7.70.065) establece el siguiente orden de prioridad en orden descendiente para quienes toman decisiones:

1. Él (la) tutor(a) nombrado(a) por él (la) paciente si lo hay;
2. La persona si la hay, a quien él (la) paciente ha otorgado el poder notarial para tomar decisiones de atención médica;
3. Él (la) cónyuge del (la) paciente;
4. Los (las) hijos(as) del (la) paciente. Deben tener por lo menos 18 años de edad.
5. Los padres del (la) paciente.
6. Hermanos y hermanas adultos(as) del (la) paciente.

Como usted puede ver, al crear un Poder Notarial (Carta Poder) (DURABLE POWER OF ATTORNEY) para Atención Médica usted puede elegir a alguien que tome decisiones por usted y puede dar instrucciones a esa persona en cuanto a esas decisiones.

Para concluir, usted tendrá la oportunidad de hacer una declaración personal. Antes de que haga su declaración personal, podría servirle de ayuda el que responda las PREGUNTAS PARA REFLEXIÓN Y DIÁLOGO.

### QUE SE DEBE HACER CON ESOS FORMULARIOS

Usted debe darle a su médico y a alguien de su familia o algún(a) amigo(a) una copia de las DIRECTIVAS PREVIAS (ADVANCE DIRECTIVES) previamente completadas para asegurarse de que ésta estará disponible si es necesaria. Su médico deberá tener una copia en sus registros médicos y debe de ponerle una señal para que cualquiera que esté interviniendo en sus cuidados médicos pueda saber que ésta copia existe.

## DIRECTIVA PARA LOS MÉDICOS, FAMILIA Y OTRAS PERSONAS

Esta directiva fue preparada el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, del 20\_\_.

Yo, \_\_\_\_\_, teniendo buen uso de razón, intencionalmente y voluntariamente doy a conocer las circunstancias manifestadas abajo y declaro por medio de la presente que:

1. \_\_\_\_\_ Yo deseo ser donante de órganos.
2. \_\_\_\_\_ Si estoy en estado de coma que los(as) doctores(as) consideran que es permanente, o si estoy en estado vegetativo persistente, (sin función cognoscitiva), no deseo que se me proporcione o que continúe ningún tratamiento para prolongación de la vida.
3. \_\_\_\_\_ Si yo tuviera una enfermedad que mis doctores(as) razonablemente consideran no puede ser revertida o curada, y/o una condición que hace que mi calidad de vida sea intolerable. No deseo que se me proporcione o continúe ningún tratamiento para prolongar la vida.
4. \_\_\_\_\_ Yo considero que la nutrición o hidratación que es proporcionada artificialmente por medio de un tubo en las venas, nariz o estomago es tratamiento para prolongar la vida. Yo no deseo que me lo proporcionen en las circunstancias anteriores.

Firmado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad, condado, y Estado de residencia

Conozco al (la) declarante personalmente y considero que él o ella tiene buen uso de sus facultades. Yo afirmo que no estoy relacionado con el (la) declarante, que el (la) declarante ha indicado que no estoy nombrado(a) en su testamento, que no tengo nada que reclamar al declarante y que no soy el (la) empleado(a) o el medico personal del (la) declarante o del la institución de salud (si es que la hay) en donde el (la) declarante es un(a) paciente.

Testigo(a): \_\_\_\_\_ Testigo(a): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DIRECTIVA SUPLEMENTARIA PARA MÉDICOS

Esta directiva fue preparada el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, del 20\_\_.

Yo, \_\_\_\_\_, teniendo buen uso de razón, intencionalmente y voluntariamente doy a conocer las circunstancias manifestadas abajo y declaro por medio de la presente que:

(Usted puede elegir marcar con sus iniciales cualesquiera de las siguientes opciones para así proporcionar instrucciones a su médico en caso de que usted no esté desahuciado pero ya no pueda comunicar sus deseos.)

1. \_\_\_\_\_ Yo deseo ser donante de órganos.
2. \_\_\_\_\_ Si estoy en estado de coma que los(as) doctores(as) consideran que es permanente, o si estoy en estado vegetativo persistente, (sin función cognoscitiva), no deseo que se me proporcione o que continúe ningún tratamiento para prolongación de la vida.
3. \_\_\_\_\_ Si yo tuviera una enfermedad que mis doctores(as) razonablemente consideran no puede ser revertida o curada, y/o una condición que hace que mi calidad de vida sea intolerable. No deseo que se me proporcione o continúe ningún tratamiento para prolongar la vida.
4. \_\_\_\_\_ Yo considero que la nutrición o hidratación que es proporcionada artificialmente por medio de un tubo en las venas, nariz o estomago es tratamiento para prolongar la vida. Yo no deseo que me lo proporcionen en las circunstancias anteriores.

Firmado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad, condado, y Estado de residencia

Conozco al (la) declarante personalmente y considero que él o ella tiene buen uso de sus facultades. Yo afirmo que no estoy relacionado con el (la) declarante, que el (la) declarante ha indicado que no estoy nombrado(a) en su testamento, que no tengo nada que reclamar al declarante y que no soy el (la) empleado(a) o el medico personal del (la) declarante o de la institución de salud (si es que la hay) en donde el (la) declarante es un(a) paciente.

Testigo(a): \_\_\_\_\_ Testigo(a): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIRECTIVA SUPLEMENTARIA PARA MÉDICOS Y PERSONAS  
QUE ME ATIENDEN (CUIDADORES)**

Referente a la Muerte Repentina o al Ataque Cardíaco

\_\_\_\_\_ Que se aplique la REANIMACIÓN CARDIOPULMOAR (CPR ) (clave total) Se deberán hacer todos los esfuerzos de reanimación en caso de muerte repentina o de ataque cardíaco.

\_\_\_\_\_ No se aplique Reanimación Cardiopulmonar (CPR) (sin clave)  
No se deberán hacer esfuerzos de reanimación en caso de muerte repentina. Yo aceptaré la muerte repentina como el fin de mi vida normal. Yo solicito que mi médico escriba NO CPR (no se aplique reanimación cardiopulmonar) en mi expediente médico.

**ÉSTA DECISIÓN PUEDE SER CAMBIADA EN CUALQUIER MOMENTO**

Firmado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Condado y Estado de Residencia

Conozco al (la) declarante personalmente y considero que el o ella está en buen uso de sus facultades. Yo afirmo que no estoy relacionado con el (la) declarante, que el (la) declarante ha indicado que no estoy nombrado(a) en su testamento, que no tengo nada que reclamar al declarante y que no soy él (la) empleado(a) o el medico personal del (la) declarante o de la institución de salud (si es que la hay) en donde el (la) declarante es un(a) paciente.

Testigo(a): \_\_\_\_\_ Testigo(a): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## PODER NOTARIAL LIMITADO A MI ATENCIÓN MEDICA

Yo comprendo que mis deseos así como estén expresados aquí podrían no abarcar todos los aspectos posibles de mis cuidados si yo me incapacito. Por lo tanto, podría haber la necesidad de que alguien aceptara o rechazara las intervenciones médicas en mi lugar después de consultar con mis médicos.

Yo, \_\_\_\_\_  
Nombre

Siendo él (la) principal interesado(a), asigno y nombro a la(s) persona(s) registrada(s) abajo como mi(s) representantes(s) legal(es) para tomar decisiones sobre mi atención médica.

1. Referente a la Atención Médica. El (la) representante legal poseerá la misma autoridad para tomar decisiones que tendría un(a) tutor(a) nombrado(a) por el tribunal conforme a las Leyes del Estado de Washington, que incluyen, pero no están limitadas a: la autoridad para, dar un consentimiento consciente para cualquier tratamiento médico. Todas las decisiones concernientes a atención médica, las decisiones con respecto al lugar donde voy a vivir si son necesarias, la contratación de ayuda profesional y consultores(as) y el reembolso de todos los gastos necesarios incurridos en relación con la amplia autoridad conferida en este documento.
2. Referente al derecho de Morir. Si llegara a surgir una situación en la que no hay expectativas razonables para mi recuperación de una incapacidad física o mental. Solicito que se me permita morir y no mantenerme vivo(a) por medios artificiales o por “medidas sobrehumanas”. Él (la) representante legal deberá tener el poder de ordenar y dar su consentimiento para retirar las medidas artificiales para prolongar mi vida terminando las “medidas sobrehumanas”, ordenando que se me administre medicina benignamente para aliviar el sufrimiento aún si esto anticipara el momento de la muerte. Nada de lo que aquí se incluye deberá de ser interpretado para capacitar al representante legal a que autorice una inyección letal para terminar mi vida.

Primera persona nombrada:

Nombre \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_  
Numero de teléfono \_\_\_\_\_  
Numero de seguro social \_\_\_\_\_

Segunda persona nombrada:

Nombre \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_  
Numero de teléfono \_\_\_\_\_  
Numero de seguro social \_\_\_\_\_

También he preparado la:

DIRECTIVA SUPLEMENTARIA PARA LOS MÉDICOS- TESTAMENTO EN VIDA (SUPPLEMENTAL DIRECTIVE TO PHYSICIANS-LIVING WILL)

DIRECTIVA(S) SUPLEMENTARIA PARA EL MÉDICO (SUPPLEMENTAL DIRECTIVE TO PHYSICIAN)

Esto es conocido por mi representante legal.

Al completar éste documento, mi intención es la de crear un PODER NOTARIAL (Carta Poder) para mi atención médica conforme al capítulo 11.94 del Código revisado de Washington. Éste entrará en efecto cuando yo resulte inhabilitado(a) para tomar mis propias decisiones de salud y continuará durante la duración de ésta incapacidad hasta el grado permitido por la ley y hasta que yo lo revoque al llenar una revocación en la oficina del auditor del Condado Franklin de Washington.

Al firmar éste documento, indico que yo comprendo el propósito y el efecto de este PODER NOTARIAL para mi atención medica.

(Usted debe firmar este documento en presencia de un(a) Notario(a) Público(a) para que sea válido.)

Fechado este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Firmado: \_\_\_\_\_

Estado de Washington

Condado: \_\_\_\_\_

Éste día compareció personalmente ante mí:

\_\_\_\_\_  
conocido(a) por mí como la persona descrita aquí mismo y quien tramitó el presente instrumento legal y admitió que él (ella) firmó el mismo obrando y actuando por su propia voluntad y para los propósitos mencionados en este.

Ejecutado de mi puño y letra, y con mi sello oficial en éste día \_\_\_\_\_

Del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

Notario(a) Público(a) dentro y para el Estado de Washington con residencia en \_\_\_\_\_

Mi nombramiento concluye en:

\_\_\_\_\_

*MI DECLARACIÓN PERSONAL*

**PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR Y DIALOGAR:**

1. ¿Que tipo de condición médica, si es que la hay, le crearía una vida tan difícil que usted hallaría indeseables los esfuerzos para prolongar esa vida?

¿Ninguna?

¿Dolor intolerable?

¿Dependencia permanente de otras personas?

¿Daño mental irreversible?

¿Alguna otra condición que usted considerara intolerable?

2. ¿ Que tratamientos desearía usted en cualquier eventualidad?

¿Tratamientos comunes?

¿Tratamientos para su comodidad?

¿Tratamientos que ofrezcan desarrollo de sus funciones físicas?

¿Nutrición e hidratación administrada por medios artificiales?

3. ¿Qué consideraría usted tratamiento agobiante?

¿Reanimación cardiopulmonar- Uso de medicamentos y choques eléctricos para mantener latiendo al corazón; Respiración por medios artificiales?

¿Respiración por medios mecánicos- respiración por medio de una máquina?

¿Diálisis renal- purificar la sangre por medio de una máquina o con líquido que circule por el estómago?

¿Quimioterapia\_ usar medicamentos para combatir el cáncer?

¿Nutrición e hidratación por medios artificiales- suministro de nutrición y líquidos en las venas, nariz o estómago por medio de un tubo?

Usted deberá anotar aquí cualquier cosa que usted considere necesaria para aclarar sus valores personales respecto a los, límites de vida y los objetivos de la intervención médica.

MI DECLARACIÓN PERSONAL:

---

---

---

---

---

Use otra página si le es necesario.