

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (ESTADO DE OREGÓN) ADVANCE DIRECTIVE (STATE OF OREGON)

Para obtener instrucciones sobre cómo completar este formulario, **visite www.ohsu.edu/ADhelp**
(For instructions on how to complete this form, go to **www.ohsu.edu/ADhelp**)

Este formulario puede usarse en Oregón para elegir a una persona para que tome decisiones de atención médica en su nombre si usted está demasiado enfermo para expresarse. Esta persona se denomina “representante para asuntos médicos”. Si usted no ha designado a un representante para asuntos médicos y está demasiado enfermo para expresarse, se le asignará un representante para asuntos médicos según el orden de prioridad establecido en el estatuto 127.635(2) de los ORS. (This form may be used in Oregon to choose a person to make health care decisions for you if you become too sick to speak for yourself. The person is called a health care representative. If you do not have an effective health care representative appointment and become too sick to speak for yourself, a health care representative will be appointed for you in the order of priority set forth in ORS 127.635(2).)

Este formulario también le permite expresar sus valores y creencias sobre las decisiones y sus preferencias de atención médica. (This form also allows you to express your values and beliefs with respect to health care decisions and your preferences for health care.)

- Si usted ya había completado un documento de voluntades anticipadas, este nuevo documento reemplazará cualquier documento anterior sobre sus voluntades. (If you have completed an advance directive in the past, this new advance directive will replace any older directive.)
- Debe firmar este formulario para que entre en vigor. También deben firmarlo dos testigos o un notario. La designación de un representante para asuntos médicos no entrará en vigor hasta que el representante para asuntos médicos acepte la designación. (You must sign this form for it to be effective. You must also have it witnessed by two witnesses or a notary. Your appointment of a health care representative is not effective until the health care representative accepts the appointment.)
- Si su documento de voluntades anticipadas incluye instrucciones sobre quitar la alimentación por sonda o las medidas de soporte vital, usted puede revocar su documento de voluntades anticipadas en cualquier momento y de cualquier manera que exprese su deseo de revocarlo. (If your advance directive includes directions regarding the withdrawal of life support or tube feeding, you may revoke your advance directive at any time and in any manner that expresses your desire to revoke it.)
- En todos los demás casos, puede revocar su documento de voluntades anticipadas en cualquier momento y de cualquier manera, siempre y cuando sea capaz de tomar decisiones médicas. (In all other cases, you may revoke your advance directive at any time and in any manner as long as you are capable of making medical decisions.)



1. Sobre mí (About Me)

Nombre (Name) _____ Fecha de nacimiento (Date of Birth) _____

Números de teléfono (casa) (Telephone (Home)) _____ trabajo (Work) _____

celular (Cell) _____ Dirección (Address) _____

Dirección de correo electrónico (E-mail) _____

2. Mi representante para asuntos médicos (My Health Care Representative)

Elijo a esta persona como mi representante para asuntos médicos para que tome decisiones de atención médica en mi nombre si yo no pudiera expresarme. (I choose the following person as my health care representative to make health care decisions for me if I can't speak for myself.)

Nombre (Name) _____ Relación (Relationship) _____

Números de teléfono (casa) (Telephone (Home)) _____

trabajo (Work) _____ celular (Cell) _____

Dirección (Address) _____

Dirección de correo electrónico (E-mail) _____

Elijo a estas personas como mis representantes alternativos para asuntos médicos por si mi primera elección no estuviera disponible para tomar decisiones de atención médica en mi nombre o por si yo cancelara la primera designación de representante para asuntos médicos. (I choose the following people to be my alternate health care representatives if my first choice is not available to make health care decisions for me or if I cancel the first health care representative's appointment.)

PRIMER REPRESENTANTE ALTERNATIVO PARA ASUNTOS MÉDICOS (FIRST ALTERNATE HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Nombre (Name) _____ Relación (Relationship) _____

Números de teléfono (casa) (Telephone (Home)) _____

trabajo (Work) _____ celular (Cell) _____

Dirección (Address) _____

Dirección de correo electrónico (E-mail) _____

SEGUNDO REPRESENTANTE ALTERNATIVO PARA ASUNTOS MÉDICOS (SECOND ALTERNATE HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Nombre (Name) _____ Relación (Relationship) _____

Números de teléfono (casa) (Telephone (Home)) _____

trabajo (Work) _____ celular (Cell) _____

Dirección (Address) _____

Dirección de correo electrónico (E-mail) _____

3. Instrucciones para mi representante para asuntos médicos (Instructions to my Health Care Representative)

Si quiere darle instrucciones a su representante para asuntos médicos sobre sus decisiones de atención médica, escriba sus iniciales en una de estas tres declaraciones: (If you wish to give instructions to your health care representative about your health care decisions, initial on of the following three statements:)

_____ En la medida en que corresponda, mi representante para asuntos médicos debe seguir mis instrucciones.
(To the extent appropriate, my health care representative must follow my instructions.)

_____ Mis instrucciones son directrices que mi representante para asuntos médicos debe considerar al tomar decisiones sobre mi atención. (My instructions are guidelines for my health care representative to consider when making decisions about my care.)

_____ Otras instrucciones (Other instructions) _____

4. Instrucciones sobre mi atención paliativa terminal (Directions Regarding My End of Life Care)

Al completar estas instrucciones, tenga en cuenta lo que se menciona abajo: (In filling out these directions, keep the following in mind)

- El término “si así lo recomienda mi proveedor de atención médica” significa que usted quiere que su proveedor de atención médica use medidas de soporte vital si él considera que podrían ser útiles y que usted quiere que su proveedor de atención médica interrumpa las medidas de soporte vital si él considera que no son útiles para su condición médica ni para sus síntomas. (The term “as my health care provider recommends” means that you want your health care provider to use life support if your health care provider believes it could be helpful, and that you want your health care provider to discontinue life support if your health care provider believes it is not helping your health condition or symptoms.)
- El término “soporte vital” se refiere a cualquier tratamiento médico que prolongue la vida manteniendo, restableciendo o reemplazando una función vital. (The term “life support” means any medical treatment that maintains life by sustaining, restoring or replacing a vital function.)
- El término “alimentación por sonda” se refiere a la administración artificial de alimentos y agua. (The term “tube feeding” means artificially administered food and water.)
- Si usted rechaza la alimentación por sonda, debe comprender que esto probablemente cause desnutrición, deshidratación y la muerte. (If you refuse tube feeding, you should understand that malnutrition, dehydration and death will probably result.)
- Usted recibirá atención para que esté cómodo y limpio independientemente de las decisiones que tome. (You will receive care for your comfort and cleanliness no matter what choices you make.)

A. Declaración sobre mi atención paliativa terminal. Usted puede poner sus iniciales en la declaración de abajo si está de acuerdo con ella. Si pone sus iniciales en la declaración, puede incluir una o más condiciones en las que no quiere que implementen medidas de soporte vital, pero no tiene la obligación de hacerlo. **(Statement Regarding End of Life Care.** You may initial the statement below if you agree with it. If you initial the statement you may, but you do not have to, list one or more conditions for which you do not want to receive life support.)

_____ No quiero que prolonguen mi vida con medidas de soporte vital. Tampoco quiero recibir alimentación por sonda como medida de soporte vital. Quiero que mi proveedor de atención médica me permita morir de manera natural si este profesional y otros proveedores de atención médica expertos confirman que tengo alguna de las condiciones médicas que se mencionan abajo. (I do not want my life to be prolonged by life support. I also do not want tube feeding as life support. I want my health care provider to allow me to die naturally if my health care provider and another knowledgeable health care provider confirm I am in any of the medical conditions listed below.)

B. Otras instrucciones sobre mi atención paliativa terminal. Estos son mis deseos sobre mi atención médica si mi proveedor de atención médica y otros proveedores de atención médica expertos confirman que tengo alguna de las condiciones médicas que se mencionan abajo: **(Additional Directions Regarding End of Life Care.** Here are my desires about my health care if my health care provider and another knowledgeable health care provider confirm that I am in a medical condition described below)

a. Cerca de la muerte. Si estoy cerca de la muerte y las medidas de soporte vital solo pospondrían el momento de mi muerte: **(Close to Death.** If I am close to death and life support would only postpone that moment of my death)

PONGA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN: (INITIAL ONE)

_____ Quiero recibir alimentación por sonda. (I want to receive tube feeding.)

_____ Quiero recibir alimentación por sonda solo si así lo recomienda mi proveedor de atención médica. (I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda. (I DO NOT WANT tube feeding.)

PONGA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN: (INITIAL ONE)

_____ Quiero recibir las medidas de soporte vital correspondientes. (I want any other life support that may apply.)

_____ Quiero recibir medidas de soporte vital solo si así lo recomienda mi proveedor de atención médica. (I want life support only as my health care provider recommends.)

_____ NO QUIERO recibir medidas de soporte vital. (I DO NOT WANT life support.)

b. Inconsciente de manera permanente. Si estoy inconsciente y es muy poco probable que alguna vez recupere la consciencia: (**Permanently Unconscious.** If I am unconscious and it is very unlikely that I will ever become conscious again)

PONGA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN: (INITIAL ONE)

_____ Quiero recibir alimentación por sonda. (I want to receive tube feeding.)

_____ Quiero recibir alimentación por sonda solo si así lo recomienda mi proveedor de atención médica.
(I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda. (I DO NOT WANT tube feeding.)

PONGA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN: (INITIAL ONE)

_____ Quiero recibir las medidas de soporte vital correspondientes.
(I want any other life support that may apply.)

_____ Quiero recibir medidas de soporte vital solo si así lo recomienda mi proveedor de atención médica.
(I want life support only as my health care provider recommends.)

_____ NO QUIERO recibir medidas de soporte vital. (I DO NOT WANT life support.)

c. Enfermedad progresiva avanzada. Si tengo una enfermedad progresiva que será mortal y que está en una etapa avanzada, y no puedo —de manera constante y permanente— comunicarme de ningún modo, tragar comida y agua de manera segura, cuidarme a mí mismo ni reconocer a mi familia y a otras personas, y es muy poco probable que mi condición mejore de manera considerable: (**Advanced Progressive Illness.** If I have a progressive illness that will be fatal and is in an advanced stage, and I am consistently and permanently unable to communicate by any means, swallow food and water safely, care for myself and recognize my family and other people, and it is very unlikely that my condition will substantially improve)

PONGA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN: (INITIAL ONE)

_____ Quiero recibir alimentación por sonda. (I want to receive tube feeding.)

_____ Quiero recibir alimentación por sonda solo si así lo recomienda mi proveedor de atención médica.
(I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda. (I DO NOT WANT tube feeding.)

PONGA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN: (INITIAL ONE)

_____ Quiero recibir las medidas de soporte vital correspondientes.
(I want any other life support that may apply.)

_____ Quiero recibir medidas de soporte vital solo si así lo recomienda mi proveedor de atención médica.
(I want life support only as my health care provider recommends.)

_____ NO QUIERO recibir medidas de soporte vital. (I DO NOT WANT life support.)

d. Sufrimiento extraordinario. Si las medidas de soporte vital no mejorarán mi condición médica y harán que sienta un dolor intenso y permanente: (**Extraordinary Suffering.** If life support would not help my medical condition and would make me suffer permanent and severe pain)

PONGA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN: (INITIAL ONE)

_____ Quiero recibir alimentación por sonda. (I want to receive tube feeding.)

_____ Quiero recibir alimentación por sonda solo si así lo recomienda mi proveedor de atención médica.
(I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda. (I DO NOT WANT tube feeding.)

PONGA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN: (INITIAL ONE)

_____ Quiero recibir las medidas de soporte vital correspondientes.
(I want any other life support that may apply.)

_____ Quiero recibir medidas de soporte vital solo si así lo recomienda mi proveedor de atención médica.
(I want life support only as my health care provider recommends.)

_____ NO QUIERO recibir medidas de soporte vital. (I DO NOT WANT life support.)

C. Otras instrucciones. Usted puede adjuntar a este documento una declaración escrita o grabada de sus valores y creencias sobre las decisiones de atención médica. Estos documentos adjuntos servirán como directrices para los proveedores de atención médica. Los documentos adjuntos pueden incluir una descripción de lo que quiere que suceda si está cerca de la muerte, si está inconsciente de manera permanente, si tiene una enfermedad progresiva avanzada o si está sufriendo un dolor permanente e intenso. (**Additional Instructions.** You may attach to this document any writing or recording of your values and beliefs related to health care decisions. These attachments will serve as guidelines for health care providers. Attachments may include a description of what you would like to happen if you are close to death, if you are permanently unconscious, if you have an advanced progressive illness or if you are suffering permanent and severe pain.)

5. Mi firma (My Signature)

Mi firma (My signature) _____ Fecha (Date) _____

6. Testigos (Witness)

COMPLETE LA SECCIÓN A O B CUANDO FIRME. (COMPLETE EITHER A OR B WHEN YOU SIGN.)

A. NOTARIO: (NOTARY)

Estado de (State of) _____

Condado de (County of) _____

Firmado o certificado ante mí el (Signed or attested before me on) _____ de 2(2) _____

por (by) _____

NOTARIO PÚBLICO, ESTADO DE OREGÓN (NOTARY PUBLIC - STATE OF OREGON)

B. DECLARACIÓN DE TESTIGOS (WITNESS DECLARATION)

Conozco personalmente a la persona que completa este formulario o me ha mostrado su documento de identidad, ha firmado o reconocido su firma en el documento ante mí, no parece estar bajo presión y parece comprender el propósito y las consecuencias de este formulario. Además, no soy el representante para asuntos médicos ni el representante alternativo para asuntos médicos de la persona, y tampoco soy el proveedor de atención médica a cargo de la persona. (The person completing this form is personally known to me or has provided proof of identity, has signed or acknowledged the person's signature on the document in my presence and appears to be not under duress and to understand the purpose and effect of this form. In addition, I am not the person's health care representative or alternative health care representative, and I am not the person's attending health care provider.)

Nombre del testigo (en letra de imprenta) (Witness Name (print)) _____

Firma (Signature) _____ Fecha (Date) _____

Nombre del testigo (en letra de imprenta) (Witness Name (print)) _____

Firma (Signature) _____ Fecha (Date) _____

7. Aceptación de mi representante para asuntos médicos (Acceptance by my Health Care Representative)

Acepto esta designación y mi función como representante para asuntos médicos.
(I accept this appointment and agree to serve as health care representative.)

REPRESENTANTE PARA ASUNTOS MÉDICOS (HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Nombre en letra de imprenta (Printed name) _____

Firma u otra verificación de aceptación (Signature or other verification of acceptance) _____

Fecha (Date) _____

PRIMER REPRESENTANTE ALTERNATIVO PARA ASUNTOS MÉDICOS (FIRST ALTERNATE HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Nombre en letra de imprenta (Printed name) _____

Firma u otra verificación de aceptación (Signature or other verification of acceptance) _____

Fecha (Date) _____

SEGUNDO REPRESENTANTE ALTERNATIVO PARA ASUNTOS MÉDICOS (SECOND ALTERNATE HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Nombre en letra de imprenta (Printed name) _____

Firma u otra verificación de aceptación (Signature or other verification of acceptance) _____

Fecha (Date) _____