

Seleccionando los Tratamientos para su Salud al Final de la Vida

Si tiene una enfermedad terminal, es posible que al final no pueda comunicar sus deseos sobre el cuidado de su salud a su médico. Algunas personas desean que se haga todo lo posible para mantenerse vivos el mayor tiempo posible; muchas personas no.

Si está consciente y mentalmente competente, podrá decirle al médico qué tratamientos desea o no desea. Sin embargo, si no tiene la capacidad de tomar sus propias decisiones de atención médica, alguien más tomará esas decisiones por usted. Si aún no lo ha hecho, es importante llenar un formulario de poder de atención médica, especificando la persona que tomará esas decisiones por usted. También debe hablar sobre sus objetivos de atención médica y opciones de tratamiento con esa persona, sus seres queridos y sus médicos.

Este formulario se puede usar para ayudar a su agente de atención médica a saber qué opciones de atención médica debe elegir por usted. Será un gran alivio para sus seres queridos conocer sus deseos, en lugar de tener que adivinar lo que usted desea. También le dará paz mental saber que ha hecho todo lo posible para expresar sus preferencias. Además de entregar este formulario y su poder de atención médica a su agente de atención médica, debe darle copias a sus médicos, familiares y amigos cercanos.

A continuación se enumeran varios tratamientos que podrían usarse para extender su vida. Indique cuál de estos tratamientos usted desearía o no, si pierde la capacidad de comunicarse, se espera que muera dentro de seis meses o menos, y tiene muy pocas posibilidades de recuperación. ("Período de prueba" significa que los médicos pueden probar el tratamiento hasta por dos semanas para ver si revierte su condición. Si no es así, quiere que se suspenda).

Ventilador (una máquina que respira por usted o le ayuda a respirar. También se denomina máquina de respiración o respirador)

Sí No Período de prueba

Resucitación Cardiopulmonar (utilizando respiración de rescate y compresiones de pecho para proporcionar oxígeno y mantener el flujo sanguíneo)

Sí No Período de prueba

Desfibrilación (administración de una descarga eléctrica a su corazón para restaurar su ritmo normal)

Sí No Período de prueba

Nutrición e hidratación artificiales proporcionadas por un tubo de alimentación insertado en el estómago (si no puede comer ni beber)

Sí No Período de prueba

Nutrición e hidratación artificiales administradas por vía intravenosa (si no puede comer ni beber)

Sí No Período de prueba

Alimentación manual (si puede comer y beber pero no puede alimentarse)

Sí No Período de prueba

Transfusiones de sangre (para reemplazar los componentes perdidos de su sangre)

Sí No Período de prueba

Antibióticos (para tratar infecciones)

Sí No Período de prueba

Procedimientos quirúrgicos (que no sean los necesarios para mantenerse cómodo)

Sí No Período de prueba

Diálisis (una máquina que filtra su sangre si sus riñones no funcionan correctamente)

Sí No Período de prueba

¿Cuál es su principal prioridad? (Circule una selección)

Vivir el mayor tiempo posible

Mantenerme libre de dolor y malestar, aunque signifique que mantenerme cómodo podría acelerar mi muerte

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____