

# Directiva anticipada: OREGÓN

Advance Directive - OREGON SPANISH



Este formulario se puede usar en Oregón para elegir a una persona que tome las decisiones de atención médica en su nombre si usted se siente demasiado enfermo para hablar por sí mismo. Esta persona se llama «representante de atención médica».

Si aún no ha nombrado a un representante de atención médica y se enferma tan gravemente que no puede hablar por sí mismo, se nombrará a un representante de atención médica para usted en el orden de prioridad establecido en los ORS 127.635 (2).

## **Este formulario también le permite expresar sus valores y creencias con respecto a las decisiones de atención médica y sus preferencias para dicha atención médica.**

- Si ha completado una directiva anticipada anteriormente, esta nueva directiva anticipada reemplazará cualquier directiva anterior.
- Debe firmar este formulario para que entre en vigor. También debe solicitar el testimonio de dos testigos o un notario. El nombramiento de un representante de atención médica no se hará efectivo hasta que el representante de atención médica acepte el nombramiento.
- Si su directiva anticipada incluye instrucciones sobre el retiro del soporte vital o dejar de recibir alimentación por sonda, puede revocar su directiva anticipada en cualquier momento y de cualquier manera que exprese su deseo de revocarla.
- En todos los demás casos, puede revocar su directiva anticipada en cualquier momento y de cualquier manera con tal de que sea capaz de tomar decisiones médicas.

<b>Esta directiva anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
Esta directiva anticipada y la designación de un representante de atención médica cumple con los Estatutos Revisados de Oregón (Oregon Revised Statutes, ORS) 127.531.	
<b>PÁGINA 1</b>	

# Directiva anticipada: OREGÓN

Advance Directive - OREGON SPANISH



## 1. ACERCA DE MÍ

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: (Particular) \_\_\_\_\_ (Laboral) \_\_\_\_\_

(Celular) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## 2. MI REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Elijo a la siguiente persona como mi representante de atención médica para tomar decisiones de atención médica por mí si no puedo hablar por mí mismo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: (Particular) \_\_\_\_\_ (Laboral) \_\_\_\_\_

(Celular) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Elijo a las siguientes personas para que sean mis representantes de atención médica alternativos si mi primera elección no está disponible para tomar decisiones de atención médica por mí o si cancelo el nombramiento del primer representante de atención médica.

### Primer representante de atención médica alternativo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: (Particular) \_\_\_\_\_ (Laboral) \_\_\_\_\_

(Celular) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

--

<b>Esta directiva anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
---	----------------------------

## 2. MI REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA (continuación)

### Segundo representante de atención médica alternativo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: (Particular) \_\_\_\_\_ (Laboral) \_\_\_\_\_

(Celular) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## 3. INSTRUCCIONES PARA MI REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Si desea dar instrucciones a su representante de atención médica sobre sus decisiones de atención médica, coloque sus iniciales en una de las siguientes tres declaraciones:

\_\_\_\_\_ En la medida que sea apropiado, mi representante de atención médica debe seguir mis instrucciones.

\_\_\_\_\_ Mis instrucciones son pautas que mi representante de atención médica debe tener en cuenta al tomar decisiones sobre mi atención.

\_\_\_\_\_ Otras instrucciones:

---

---

---

---

---

---

<b>Esta directiva anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
Esta directiva anticipada y la designación de un representante de atención médica cumple con los Estatutos Revisados de Oregón (Oregon Revised Statutes, ORS) 127.531.	
<b>PÁGINA 3</b>	

## 4. INSTRUCCIONES CON RESPECTO A MI CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA

Al completar estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- El término “como recomienda mi proveedor de atención médica” significa que usted quiere que su proveedor de atención médica utilice soporte vital si este cree que podría ser útil, y que desea que su proveedor de atención médica interrumpa el soporte vital si cree que no está ayudando a su afección médica o sus síntomas.
- El término “soporte vital” significa cualquier tratamiento médico que lo mantenga con vida al respaldar, restaurar o reemplazar una función vital.
- El término “alimentación por sonda” significa comida y agua administradas artificialmente.
- Si rechaza la alimentación por sonda, debe comprender que es probable que su alimentación sea deficiente, se deshidrate o incluso, muera.
- Recibirá atención para su comodidad y limpieza sin importar las decisiones que tome.

**A. Declaración sobre el cuidado al final de la vida.** Puede colocar sus iniciales en la siguiente declaración si está de acuerdo con ella. Si coloca sus iniciales en la declaración puede, pero no tiene que hacerlo, enumerar una o más afecciones para las cuales no desea recibir soporte vital.

\_\_\_\_\_ No quiero que mi vida sea prolongada por el soporte vital. Tampoco quiero recibir alimentación por sonda como soporte vital. Quiero que mi proveedor de atención médica me permita morir naturalmente si este y otro proveedor de atención médica capacitado confirman que tengo alguna de las afecciones médicas que se enumeran a continuación.

---

---

---

---

---

---

---

---

## 4. INSTRUCCIONES SOBRE MI CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA (continuación)

**B. Instrucciones adicionales con respecto al cuidado al final de la vida.** Estos son mis deseos acerca de mi atención médica si mi proveedor de atención médica y otro proveedor capacitado confirman que tengo una de las siguientes afecciones médicas:

**a. Cerca de la muerte.** Si estoy cerca de la muerte y el soporte vital solo pospondría el momento de mi muerte:

**COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:**

- Quiero recibir alimentación por sonda.
- Quiero recibir alimentación por sonda como recomienda mi proveedor de atención médica.
- NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

**COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:**

- Quiero cualquier otro soporte vital que pueda utilizarse.
- Quiero soporte vital como recomienda mi proveedor de atención médica.
- NO QUIERO soporte vital.

**b. Inconsciente de manera permanente.** Si estoy inconsciente y es muy poco probable que recupere el conocimiento:

**COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:**

- Quiero recibir alimentación por sonda.
- Quiero recibir alimentación por sonda como recomienda mi proveedor de atención médica.
- NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

**COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:**

- Quiero cualquier otro soporte vital que pueda utilizarse.
- Quiero soporte vital como recomienda mi proveedor de atención médica.
- NO QUIERO soporte vital.

**c. Enfermedad progresiva avanzada.** Si tengo una enfermedad progresiva que será fatal y se encuentra en una etapa avanzada, y soy constante y permanentemente incapaz de comunicarme por ningún medio, tragar alimentos y agua de manera segura, cuidarme y reconocer a mi familia y otras personas, y es muy poco probable que mi condición mejore sustancialmente:

**COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:**

- Quiero recibir alimentación por sonda.
- Quiero recibir alimentación por sonda como recomienda mi proveedor de atención médica.
- NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

**COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:**

- Quiero cualquier otro soporte vital que pueda utilizarse.
- Quiero soporte vital como recomienda mi proveedor de atención médica.
- NO QUIERO soporte vital.

--

Esta directiva anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)

Fecha de nacimiento

## 4. INSTRUCCIONES SOBRE MI CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA (continuación)

**d. Sufrimiento extraordinario.** Si el soporte vital no ayudará a mi afección médica y me hiciera sufrir un dolor intenso y permanente:

**COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:**

- \_\_\_\_\_ Quiero recibir alimentación por sonda.
- \_\_\_\_\_ Quiero recibir alimentación por sonda como recomienda mi proveedor de atención médica.
- \_\_\_\_\_ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

**COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:**

- \_\_\_\_\_ Quiero cualquier otro soporte vital que pueda utilizarse.
- \_\_\_\_\_ Quiero soporte vital como recomienda mi proveedor de atención médica.
- \_\_\_\_\_ NO QUIERO soporte vital.

**C. Instrucción adicional.** Puede adjuntar a este documento cualquier escrito o registro de sus valores y creencias relacionados con las decisiones de atención médica. Estos adjuntos servirán como pautas para los proveedores de atención médica. Los adjuntos pueden incluir una descripción de lo que le gustaría que sucediera si está cerca de la muerte, si queda permanentemente inconsciente, si tiene una enfermedad progresiva avanzada o si sufre un dolor intenso y permanente.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<b>Esta directiva anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
Esta directiva anticipada y la designación de un representante de atención médica cumple con los Estatutos Revisados de Oregón (Oregon Revised Statutes, ORS) 127.531.	
<b>PÁGINA 6</b>	

# Directiva anticipada: OREGÓN

Advance Directive - OREGON SPANISH



## 5. MI FIRMA

Mi firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## 6. TESTIGO

**COMPLETE A  B CUANDO FIRME.**

### A. NOTARIO:

#### State of OREGON

County of \_\_\_\_\_

Signed (or attested) before me on (date) \_\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,

by (name(s) of individual(s)) \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notary Public - State of Oregon

### B. DECLARACIÓN DEL TESTIGO:

Conozco personalmente a la persona que completa este formulario o me ha proporcionado una prueba de identidad, ha firmado o reconocido la firma de la persona en el documento en mi presencia y parece no estar bajo coacción y comprender el propósito y el efecto de este formulario.

Además, no soy el representante de atención médica de la persona ni un representante de atención médica alternativo, y no soy el proveedor de atención médica que atiende a la persona.

Nombre del testigo (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

--

<b>Esta directiva anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
---	----------------------------

## 7. ACEPTACIÓN DE MI REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Acepto este nombramiento y acepto servir como representante de atención médica.

### Representante de atención médica:

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma u otra verificación de aceptación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Primer representante de atención médica alternativo:

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma u otra verificación de aceptación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Segundo representante de atención médica alternativo:

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma u otra verificación de aceptación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

--

<b>Esta directiva anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
---	----------------------------



# Directiva anticipada: OREGÓN

Advance Directive - OREGON SPANISH



## Entregue una copia completada de su directiva anticipada.

Una vez que haya firmado su directiva anticipada y haya sido atestiguada, conserve el original y haga copias de las páginas 1 a 8 para entregárselas a las siguientes personas:

- Representante de atención médica
- Familiares
- Amigos
- Proveedores médicos
- Hospital

### Opciones para entregar su directiva anticipada completada:

1. Durante su próxima visita, entregue una **COPIA** al hospital o a su médico de preferencia del Providence St. Joseph Health.
2. Envíe una **COPIA** usando el sobre con el domicilio preimpreso (si está disponible).
3. Envíe por fax a su hospital de Providence St. Joseph Health:

Providence Hood River Memorial Hospital  
Providence Medford Medical Center  
Providence Milwaukie Hospital  
Providence Newberg Medical Center  
Providence Portland Medical Center  
Providence Seaside Hospital  
Providence St. Vincent Medical Center  
Providence Willamette Falls Medical Center  
**Fax: 503-215-7494**

*Para los hospitales que no están en la lista, llame al hospital para obtener el número de fax indicado.*

Si tiene alguna pregunta relacionada con completar o entregar su directiva anticipada, contáctenos:

**Providence.org/InstituteForHumanCaring**  
**424-212-5444**

<b>Esta directiva anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
Esta directiva anticipada y la designación de un representante de atención médica cumple con los Estatutos Revisados de Oregón (Oregon Revised Statutes, ORS) 127.531.	
<b>PÁGINA 9</b>	