

Treatment Preferences (Goals of Care)

(This section is optional, but recommended)

Preferencias de tratamiento (metas de la atención)

(Esta sección es opcional, pero se recomienda)

Print Name (*Nombre en letra de molde*): _____

Date of Birth (*Fecha de nacimiento*): _____

Specific Instructions to my Patient Advocate

Instrucciones específicas para mi Representante del Paciente

When I am not able to decide or speak for myself, the following are my specific preferences and values concerning my health care:

En caso de que yo no pueda tomar decisiones o hablar por mí mismo, las siguientes son mis preferencias específicas y mis valores con respecto a mi atención médica:

Instructions:

Instrucciones:

- *Put your initials next to the choice you prefer for each situation below.*
- *Anote sus iniciales junto a la opción que prefiera en cada una de las siguientes situaciones.*
- *Cross out the choices you do not want.*
- *Tache las opciones que no desee en su caso.*

TREATMENTS TO PROLONG MY LIFE TRATAMIENTOS PARA PROLONGAR MI VIDA

If I reach a point where there is reasonable medical certainty that I will not recover my ability to know who I am, where I am, and I am unable to meaningfully interact with others:

Si llego a un punto en el que exista certeza médica razonable de que no recuperaré mi capacidad para saber quién soy y dónde estoy, y no puedo interaccionar con los demás de forma significativa:

_____ I want all possible efforts to prolong life made on my behalf, even if it means I may remain on life-sustaining equipment, such as a breathing machine or kidney dialysis, for the rest of my life.

Deseo que se hagan todos los esfuerzos posibles para prolongar mi vida, incluso si eso significa que permaneceré conectado a equipo de soporte vital por el resto de mi vida, como respirador artificial o diálisis renal.

OR
O

_____ I want my health care providers to try treatments to prolong my life for a period of time. However, I want to stop these treatments if they do not help, or if they cause me pain and suffering.

Deseo que mis proveedores de atención médica intenten tratamientos para prolongar mi vida por un período. Sin embargo, deseo suspender estos tratamientos si no me ayudan o si me causan dolor y sufrimiento.

OR
O

_____ I want to stop or withhold all treatments to prolong my life.

Deseo suspender o negar todos los tratamientos para prolongar mi vida.

In all situations, I want to receive treatment and care to keep me comfortable.

En todas las situaciones, deseo recibir tratamiento y cuidados para mantenerme cómodo.

_____ **I choose not to complete this section**

Elijo no completar esta sección

Instructions:

Instrucciones:

- Put your initials next to the choice you prefer for each situation below.
- Anote sus iniciales junto a la opción que prefiera en cada una de las siguientes situaciones.
- Cross out the choices you do not want.
- Tache las opciones que no desee en su caso.

**CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR)
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)**

If my heart or breathing stops:

Si mi corazón deja de latir o deajo de respirar:

_____ I **want** CPR in all cases.
Quiero RCP en todos los casos.

OR
O

_____ I **want** CPR unless my health care providers determine that I have any of the following:

Quiero RCP a menos que mis proveedores de atención médica determinen que tengo alguna de las siguientes:

- An injury or illness that cannot be cured and I am dying.
- *Alguna lesión o enfermedad que no tiene cura y estoy muriendo.*
- No reasonable chance of surviving if my heart or breathing stops.
- *Ninguna posibilidad razonable de sobrevivir si mi corazón deja de latir o deajo de respirar.*
- Little chance of surviving long term if my heart or breathing stops and it would be hard and painful for me to recover from CPR.
- *Pocas posibilidades de sobrevivir a largo plazo si mi corazón deja de latir o deajo de respirar y si me resultaría difícil y doloroso recuperarme después de la RCP.*

OR
O

_____ I **do not want** CPR but instead want to allow natural death.
No quiero RCP. En vez de esto, quiero que se me permita morir por causas naturales.

I choose not to complete this section

Elijo no completar esta sección

Additional Specific Instructions
Instrucciones específicas adicionales

I want my Patient Advocate to follow these specific instructions, which may limit the authority previously described in General Instructions to My Patient Advocate.

Quiero que mi Representante del Paciente siga estas instrucciones específicas, las cuales pueden limitar la autoridad previamente descrita en las instrucciones generales para mi Representante del Paciente.

I choose not to complete this section
Elijo no completar esta sección

Treatment Preferences (Goals of Care)

Signature Page

Preferencias de tratamiento (metas de la atención)

Página de firmas

(If you are satisfied with your choice of Patient Advocate and with the Treatment Preferences guidance you have provided in this Section, you need to sign and date the statement below.)

(Si usted está satisfecho con la persona que eligió como su Representante del Paciente y con las preferencias de tratamiento que usted ha indicado en esta Sección, debe firmar y fechar la siguiente declaración).

I am providing these instructions of my own free will. I have not been required to give them in order to receive care or have care withheld or withdrawn. I am at least eighteen (18) years old and of sound mind. These are my preferences and goals expressed and affirmed on the date below:

Proporciono estas instrucciones por mi propia voluntad. No se me ha obligado a proporcionar estas instrucciones como condición para recibir atención médica, ni para que se niegue o retire dicha atención. Tengo al menos 18 años de edad y gozo de plenas facultades mentales. Estas son mis preferencias y metas expresadas y afirmadas en esta fecha:

Signature (*Firma*): _____ Date (*Fecha*): _____