

Treatment Preferences (Goals of Care)

Preferencias de tratamiento (metas de la atención)

(This section is optional, but recommended)

(Esta sección es opcional, pero se recomienda)

Print Name (*Nombre en imprenta*): _____

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

Specific Instructions to my Patient Advocate - *Instrucciones específicas a 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:

Cuando no pueda decidir ni hablar por mí mismo, las siguientes son mis preferencias y valores específicos respecto a mi atención médica:

Instructions:

Instrucciones:

- *Put your initials (or "X") next to the choice you prefer for each situation below.*
- *Anote sus iniciales (o "X") junto a la opción que prefiera en cada una de las siguientes situaciones.*

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.

___ *Quiero que cesen o se suspendan 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.

___ ***Opto por no completar esta sección.***

(continues on next page)

(continúa en la siguiente página)

Instructions:

Instrucciones:

- Put your initials (or "X") next to the choice you prefer for each situation below.
- Anote sus iniciales (o "X") junto a la opción que prefiera en cada una de las siguientes situaciones.
- NOTE: This is NOT a "Do Not Resuscitate" (DNR) Order, which is a separate legal document. Talk with your personal healthcare provider if you would like a DNR Order.
- NOTA: Esta NO es una "orden de no reanimar" ("Do Not Resuscitate", DNR, por sus siglas en ingles), la cual es un documento legal aparte. Si desea una orden DNR, hable con su proveedor de atención médica personal.

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, salvo que mis proveedores de atención médica determinen que tengo algo de lo siguiente:

- An injury or illness that cannot be cured and I am dying.
- *Alguna lesión o enfermedad incurable y estoy muriendo.*

- No reasonable chance of surviving.
- *Ninguna probabilidad razonable de sobrevivir.*

- Little chance of surviving long term, and it would be hard and painful for me to recover from CPR.
- *Pocas probabilidades de sobrevivir a largo plazo, y será difícil y doloroso recuperarme de una RCP.*

OR
O

_____ I do not want CPR but instead want to allow natural death.
No quiero RCP, sino que deseo que se permita una muerte natural.

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.

Deseo que mi Representante del Paciente siga estas instrucciones específicas, que podrían limitar la autoridad anteriormente descrita en las Instrucciones generales a mi Representante del Paciente.

_____ **I choose not to complete this section.**
Opto por no completar esta sección.

Signature

Firma

(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 está satisfecho con el Representante del Paciente elegido y las pautas de Preferencia de tratamiento que dispuso en esta sección, debe firmar y fechar la declaración que aparece a continuación).

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:

Estoy dando estas instrucciones por voluntad propia. No me han exigido darlas como condición para recibir atención ni me han retenido ni retirado la atención. Tengo al menos 18 años de edad y gozo de plenas facultades mentales. Estas son mis preferencias y objetivos expresados y afirmados en la fecha incluida a continuación:

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