

**INSTRUCCIÓN ANTICIPADA PARA LA PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN
DE SALUD DE OKLAHOMA**

Si yo, _____, quedara incapacitado para tomar una decisión informada en relación con la atención de mi salud, dispongo que mis proveedores de servicios de salud sigan mis instrucciones según se detallan a continuación:

I. Instrucciones para la atención de salud

Si mi médico tratante y otro médico determinan que ya no puedo tomar decisiones en relación con mi tratamiento médico, dispongo que mi médico tratante y otros proveedores de servicios de salud, en virtud de la Ley de Instrucciones Anticipadas de Oklahoma, sigan mis instrucciones tal como se establece a continuación:

Enfermedad terminal

Si tuviera una enfermedad terminal, es decir, una enfermedad incurable e irreversible que, incluso con la administración de tratamiento de sustentación de la vida, me ocasionará la muerte en el término de seis (6) meses, según la opinión del médico tratante y de otro médico:

(Ponga sus iniciales bajo **UNA SOLA** opción en esta Sección)

<i>Resumen de las opciones</i>		
<i>TODAS:</i> <i>Sí al apoyo vital, a la reanimación cardiopulmonar (RCP), a la alimentación y a la hidratación por sonda</i>	<i>ALGUNAS:</i> <i>No a la RCP y al apoyo vital, pero sí a la alimentación y a la hidratación por sonda</i>	<i>NINGUNA:</i> <i>No a la RCP, al apoyo vital, a la alimentación y a la hidratación por sonda</i>
Dispongo que se me administre tratamiento de sustentación de la vida, incluida reanimación cardiopulmonar (RCP); y, en caso de que no pueda ingerir alimentos y agua por boca, deseo que se me administren de manera artificial.	Dispongo que no se me administre tratamiento de sustentación de la vida, incluida RCP, pero, en caso de que no pueda ingerir alimentos y agua por boca, deseo que se me administren de manera artificial.	Dispongo que no se prolongue mi vida mediante tratamiento de sustentación de la vida, incluidas RCP y alimentación e hidratación artificial.
_____ PONGA SUS INICIALES ARRIBA	_____ PONGA SUS INICIALES ARRIBA	_____ PONGA SUS INICIALES ARRIBA

Instrucciones o comentarios adicionales (opcional): _____

(Ponga sus iniciales abajo si ha escrito instrucciones/comentarios adicionales arriba)

Inconsciencia permanente

Si quedara permanentemente inconsciente, es decir, tuviera una enfermedad permanente o irreversible, según lo determinen el médico tratante y otro médico, en la cual no existen el pensamiento y la consciencia de uno mismo y del entorno:

(Ponga sus iniciales bajo **UNA SOLA** opción en esta Sección)

<i>Resumen de las opciones</i>		
TODAS: <i>Sí al apoyo vital, a la reanimación cardiopulmonar (RCP), a la alimentación y la hidratación por sonda</i>	ALGUNAS: <i>No a la RCP y al apoyo vital, pero sí a la alimentación y a la hidratación por sonda</i>	NINGUNA: <i>No a la RCP, al apoyo vital, a la alimentación y a la hidratación por sonda</i>
Dispongo que se me administre tratamiento de sustentación de la vida, incluida reanimación cardiopulmonar (RCP); y, en caso de que no pueda ingerir alimentos y agua por boca, deseo que se me administren de manera artificial.	Dispongo que no se me administre tratamiento de sustentación de la vida, incluida RCP, pero, en caso de que no pueda ingerir alimentos y agua por boca, deseo que se me administren de manera artificial.	Dispongo que no se prolongue mi vida mediante tratamiento de sustentación de la vida, incluidas RCP y alimentación e hidratación artificial.
_____ PONGA SUS INICIALES ARRIBA	_____ PONGA SUS INICIALES ARRIBA	_____ PONGA SUS INICIALES ARRIBA

Instrucciones o comentarios adicionales (opcional): _____

(Ponga sus iniciales abajo si ha escrito instrucciones/comentarios adicionales aquí arriba)

Enfermedad en etapa terminal

Si tuviera una enfermedad en etapa terminal, es decir, una enfermedad causada por lesiones o enfermedades, cuyo resultado sea el deterioro grave y permanente que se manifieste por incapacidad y dependencia física total, para las cuales el tratamiento de la enfermedad irreversible y permanente sería ineficaz desde el punto de vista médico:

(Ponga sus iniciales bajo **UNA SOLA** opción en esta Sección)

<i>Resumen de las opciones</i>		
TODAS: <i>Sí al apoyo vital, a la reanimación cardiopulmonar (RCP), a la alimentación y a la hidratación por sonda</i>	ALGUNAS: <i>No a la RCP y al apoyo vital, pero sí a la alimentación y a la hidratación por sonda</i>	NINGUNA: <i>No a la RCP, al apoyo vital, a la alimentación y a la hidratación por sonda</i>
Dispongo que se me administre tratamiento de sustentación de la vida, incluida reanimación cardiopulmonar (RCP); y, en caso de que no pueda ingerir alimentos y agua por boca, deseo que se me administren de manera artificial.	Dispongo que no se me administre tratamiento de sustentación de la vida, incluida RCP, pero, en caso de que no pueda ingerir alimentos y agua por boca, deseo que se me administren de manera artificial.	Dispongo que no se prolongue mi vida mediante tratamiento de sustentación de la vida, incluidas RCP y alimentación e hidratación artificial.
_____ PONGA SUS INICIALES ARRIBA	_____ PONGA SUS INICIALES ARRIBA	_____ PONGA SUS INICIALES ARRIBA

Instrucciones o comentarios adicionales (opcional): _____

(Ponga sus iniciales abajo si ha escrito instrucciones/comentarios adicionales aquí arriba)

II. Designación de mi apoderado para la atención de salud

Si mi médico tratante y otro médico determinan que ya no puedo tomar decisiones en relación con mi tratamiento médico, dispongo que mi médico tratante y otros proveedores de servicios de salud, en virtud de la Ley de Instrucciones Anticipadas de Oklahoma, sigan las instrucciones de la persona que se nombra a continuación, a quien designo como mi apoderado para la atención de salud:

Nombre: _____

Si mi apoderado para la atención de salud no puede o no desea actuar, designo a la persona que se nombra a continuación como mi apoderado alternativo para la atención de salud con la misma autoridad.

Nombre: _____

Mi apoderado para la atención de salud está autorizado a tomar todas las decisiones en cuanto al tratamiento médico que yo tomaría si fuese capaz, excepto para lo relacionado con el tratamiento de sustentación de la vida y la alimentación y la hidratación artificial, para lo que mi apoderado para la atención de salud o el apoderado alternativo para la atención de salud deben tomar decisiones **SOLAMENTE** como lo he indicado en las secciones anteriores.

Si no designo a un apoderado para la atención de salud en esta sección, renuncio deliberadamente a designar uno.

III. Donación de órganos y tejido (donaciones de órganos)

Conforme a las disposiciones de la Ley de Uniformidad en la Donación de Órganos, dispongo que, en el momento de mi muerte, la totalidad de mi cuerpo, o los órganos, o las partes del cuerpo, o los tejidos que se especifican se donen de la siguiente forma:

Si pongo mis iniciales en una o más de las columnas que indican una respuesta AFIRMATIVA a continuación, significa que dono lo que se especifica a continuación:

	Ponga sus iniciales para indicar una respuesta AFIRMATIVA
Todo mi cuerpo	
O SOLO LOS SIGUIENTES ÓRGANOS/PARTES DEL CUERPO	Ponga sus iniciales en una o más de las opciones a continuación para indicar una respuesta AFIRMATIVA
Pulmones	
Hígado	
Arterias	
Páncreas	
Corazón	
Glándulas	
Riñones	
Cerebro	
Tejido	
Piel	
Huesos/médula ósea	
Ojos/córneas/cristalinos	
Sangre/líquidos	
Otro	
LA DONACIÓN ES PARA LOS SIGUIENTES FINES:	Ponga sus iniciales a continuación
Tratamiento de trasplante	
O	Ponga sus iniciales en una o más de las siguientes opciones
El avance de las investigaciones de la ciencia o educación médica	
El avance de la ciencia , la investigación o la educación dental	

Nota: La muerte significa el cese irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias, o el cese irreversible de todas las funciones del cerebro completo, incluido el tronco encefálico.

IV. Disposiciones generales

- a. Entiendo que debo tener dieciocho (18) años de edad o más para firmar este formulario.
- b. Entiendo que todos mis testigos tienen dieciocho (18) años de edad o más y no tienen ningún tipo de relación conmigo y no heredarán de mí.
- c. Entiendo que, si se ha diagnosticado que estoy embarazada y mi médico tratante conoce ese diagnóstico, recibiré tratamiento de sustentación de la vida, incluidas RCP, hidratación o alimentación artificial, A MENOS QUE, con mis propias palabras, haya autorizado específicamente [consultar la anterior Sección I.4(d)] que, durante el curso de un embarazo, se limite o suspenda el tratamiento de sustentación de la vida, incluidas la RCP y la hidratación o la alimentación artificial.
- d. Ante mi incapacidad para dar indicaciones respecto del uso de procedimientos de sustentación de la vida, es mi intención que mis familiares y mis médicos respeten esta Instrucción Anticipada para la Planificación de la Atención de Salud como la expresión final de mi derecho legal a elegir o rechazar el tratamiento médico o quirúrgico, incluida, pero limitado a, la administración de procedimientos de sustentación de la vida, y asumo las consecuencias de tal elección o rechazo.
- e. Esta Instrucción Anticipada para la Planificación de la Atención de Salud tendrá vigencia hasta mi muerte o hasta que yo la revoque.
- f. Entiendo que puedo revocar esta Instrucción Anticipada para la Planificación de la Atención de salud en cualquier momento.
- g. Entiendo que, si he firmado una directiva anticipada anterior para la planificación de la atención de salud, esa directiva quedará sin validez al firmar yo este documento.
- h. Entiendo la importancia plena de esta Instrucción Anticipada para la Planificación de la Atención de Salud y estoy emocional y mentalmente capacitado para firmarla.
- i. Entiendo que mis médicos tomarán todas las decisiones en función de su mejor criterio y aplicarán con la diligencia y el cuidado razonables los conocimientos y las aptitudes que los miembros de la profesión médica poseen y utilizan de pleno derecho, y en conformidad con su área de especialización en ese momento, de acuerdo con los estándares nacionales.

El presente documento se firmó el día _____ de _____ de 20_____ .

(Firma)

Ciudad: _____

Condado y estado: _____

Fecha de nacimiento: _____

(Opcional para fines de identificación)

Esta Instrucción Anticipada para la Atención de Salud de Oklahoma se firmó en mi presencia:

Fecha

Testigo

_____, Oklahoma
Residencia

Fecha

Testigo

_____, Oklahoma
Residencia