

**DIRECTIVA ANTICIPADA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD \***

(Tennessee)

**Instrucciones: Partes 1 y 2 se pueden usar juntos o de forma independiente. Por favor, marcar / anular la parte no utilizada (s). Parte 5, Bloque A o Bloque B debe completarse para todos los usos.**

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio doy estas instrucciones anticipadas sobre como quiero ser tratado por mis médicos y otros proveedores de atención médica cuando ya no puede tomar esas decisiones de tratamiento de mí mismo.

**Parte 1 Agente:** Quiero que la siguiente persona para que tome decisiones de atención médica por mí. Esto incluye cualquier decisión de atención de la salud que podría haber hecho por mí mismo, si puede, excepto que mi agente debe seguir mis instrucciones a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

**Agente alterno:** Si la persona arriba mencionada no puede o no tomar decisiones de atención médica por mí, designo como alternar la siguiente persona para que tome decisiones de atención médica por mí. Esto incluye cualquier decisión de atención de la salud que pude haber hecho por mí mismo, si puede, excepto que mi agente debe seguir mis instrucciones a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

Mi agente es también mi representante personal para los propósitos de las leyes de privacidad federales y estatales, incluyendo HIPAA.

**Cuando Efectiva (marque uno):**  Doy mi permiso agente para tomar decisiones de atención médica por mí en cualquier momento, incluso si tener la capacidad de tomar decisiones por mí mismo.  Yo no doy ese permiso (esta forma se aplica sólo cuando ya no tener la capacidad).

**Parte 2 Indique sus deseos para la Calidad de Vida:** Marcando condiciones "sí" a continuación, que he indicado que estaría dispuesto a vivir con si se les da la atención adecuada comodidad y el manejo del dolor. Al marcar "no" a continuación, he indicado que las condiciones no estaría dispuesto a vivir con (que me crearía una calidad de vida **inaceptable**).

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí No	<p><b>Permanente Condición inconsciente:</b> me vuelvo totalmente inconsciente de la gente o entornos con poca ocasión nunca de despertar del coma.</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí No	<p><b>Confusión permanente:</b> no soy capaz de recordar, comprender o tomar decisiones. No reconozco seres queridos o no puede tener una conversación clara con ellos.</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí No	<p><b>Dependiente en todas las actividades de la vida diaria:</b> Ya no soy capaz de hablar o comunicarse con claridad o moverse por mí mismo. Yo dependo de otros para alimentarse, bañarse, vestirse y caminar. Rehabilitación o cualquier otra tratamiento restaurador no le ayudará.</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí No	<p><b>Etapas Finales Enfermedades:</b> Tengo una enfermedad que ha llegado a su fase final, a pesar de un tratamiento completo. Ejemplos: cáncer generalizado que ya no responde a los tratamientos; cardíaca crónica y / o dañado y pulmones, donde el oxígeno es necesario la mayor parte del tiempo y las actividades son limitadas debido a la sensación de asfixia.</p>

**Indique sus deseos para el Tratamiento** Si mi calidad de vida se convierte en inaceptable para mí (como se indica por una o más de las condiciones marcadas "no" más arriba) y mi condición es irreversible (es decir, que no va a mejorar), ordeno que tratamiento médicamente adecuada se proporcionará de la siguiente manera. Al marcar "sí" a continuación, he indicado el tratamiento que quiero. Al marcar "no" el tratamiento más adelante, he indicado **no quiero**.

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí No	<p><b>CPR (Resucitación Cardiopulmonar):</b> Para hacer que el corazón lata de nuevo y restaurar la respiración después de tener detenido. Por lo general, se trata de una descarga eléctrica, las compresiones de pecho y respiración asistida.</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí No	<p><b>Soporte Vital / Otros Soporte Artificial:</b> El uso continuo de la máquina de respiración, fluidos intravenosos, medicamentos, y el otro equipo que ayuda a los pulmones, el corazón, los riñones y otros órganos para seguir trabajando.</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí No	<p><b>Tratamiento de las Nuevas Condiciones:</b> El uso de la cirugía, transfusiones de sangre, o antibióticos que se ocuparán de una nueva condición, pero no ayudará a la enfermedad principal.</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí No	<p><b>Fluidos La alimentación por sonda / IV:</b> El uso de tubos para entregar alimentos y agua para el estómago de un paciente o el uso de líquidos intravenosos en una vena, que incluiría artificialmente entregó la nutrición y la hidratación.</p>

PLEASE SIGN ON PAGE 2

**Parte 3** Otras instrucciones, tales como el cuidado de hospicio, arreglos funerarios, etc: \_\_\_\_\_

(Adjunte páginas adicionales si es necesario)

**Parte 4** La donación de órganos: Después de mi muerte, me gustaría hacer la siguiente donación anatómica con fines de trasplante, la investigación, y / o la educación (marque uno):

Cualquier órgano / tejido       Mi cuerpo entero       Sólo los siguientes órganos / tejidos: \_\_\_\_\_

No la donación de órganos / tejidos

**SIGNATURE**

**Parte 5** Su firma **o bien** debe ser presenciado por dos adultos competentes ("Bloque A") **o** por un notario público ("Bloque B").

Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente)

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

**Bloque A** Neither witness may be the person you appointed as your agent or alternate, and at least one of the witnesses must be someone who is not related to you or entitled to any part of your estate.

Testigos:

1. Soy un adulto competente que no es nombrado como el agente. Yo \_\_\_\_\_  
testigo de la firma del paciente en este formulario.      Firma del testigo número 1

2. Soy un adulto competente que no es nombrado como el agente.  
Yo no soy relacionados con el paciente por sangre, matrimonio  
o adopción y que lo haría no tendrá derecho a ninguna parte de los  
bienes del paciente sobre su o su muerte bajo cualquier testamento o  
codicilo existente o por ministerio de la ley. Fui testigo de la firma  
del paciente en este formulario      Firma del testigo número 2

**Bloque B** Usted puede optar por tener su firma en presencia de un notario público en lugar de los testigos que se describen en el Bloque A.

ESTADO DE TENNESSEE  
CONDADO DE \_\_\_\_\_

Soy un Notario Público en y para el Estado y el Condado nombrado arriba. La persona que firmó este instrumento es conocido personalmente a me (o demostré a mí sobre la base de evidencia satisfactoria) para ser la persona que firmó como el "paciente." El paciente personalmente apareció ante mí y firmada por encima o reconocido la firma anterior como su propio. Declaro bajo pena de perjurio que el paciente parece estar en su sano juicio y bajo ninguna presión, fraude o influencia indebida

Mi comisión vence: \_\_\_\_\_  
Firma del Notario Público

**QUÉ HACER CON LA PRESENTE DIRECTIVA ANTICIPADA:** (1) proporcionar una copia a su médico (s); (2) mantener una copia en sus archivos personales en las que es accesible a los demás; (3) decirle a sus familiares y amigos más cercanos lo que está en el documento; (4) proporcionar una copia a la persona (s) que usted nombró como su agente de atención médica.

\* Este formulario reemplaza a las viejas formas de poder notarial duradero para el cuidado de la salud, la voluntad de estar, nombramiento de agente, y avanzar plan de cuidado, y elimina la necesidad de que cualquiera de esos documentos.

**PLEASE SIGN ON PAGE 2**