

MEDICAL INTERVENTIONS D/B/A URBAN HEALTH

265 W. Hwy. 50, Clermont, Florida 34711

p (352) 394-5535 ♦ f (352) 394-5810

Jaime C. Gonzalez, M.D.

CERTIFICACIÓN DE DESEOS ANTICIPADOS

En el evento de que usted no pueda notificar a su médico o familia sobre cómo usted desea se le dé tratamiento médico, las leyes federales y estatales proveen maneras para que usted de a conocer sus deseos. El acta federal de Determinación Personal del Paciente indica que cada adulto competente tiene el derecho a preparar "instrucciones adelantadas" en relación a sus decisiones de cuidado de salud. Estas instrucciones por adelantado son típicamente expresadas en una, o más, de tres maneras básicas; un testamento en vida, un poder legal para cuidado de salud, o una designación de un sustituto para cuidado médico o un representante que tome decisiones de cuidado médico por usted, el paciente, en caso de que usted sea incapaz de tomar estas decisiones.

El testamento en vida le permite expresar sus deseos relacionados a su cuidado médico, procedimientos relacionados a la prolongación de vida y las circunstancias bajo las cuales usted desea que estos procedimientos sean anulados o detenidos. Usted podría, además, designar a un sustituto para llevar a cabo sus deseos.

A través de un poder legal usted puede nombrar a una persona que comunique sus deseos relacionados a cuestiones de salud, legales o financieras en caso de que usted se vuelva incapacitado. Este podrá incluir autorización relacionada a su tratamiento médico y administración de medicamentos.

La designación de un sustituto para cuidado médico le permite nombrar a una persona quien tomará decisiones por usted sobre su tratamiento médico en caso de que usted se incapacite. Sustitutos de salud deben ser nombrados antes de que usted se incapacite, sin embargo, este sustituto no asume responsabilidad solo hasta después que usted se incapacite y no pueda tomar decisiones sobre su cuidado médico.

Sus instrucciones adelantadas le pueden ayudar a proteger su derecho a tomar decisiones médicas que afecten su vida. Además, en un momento difícil, éstas directrices liberan la responsabilidad de sus familiares de tratar de decidir cuáles hubieran sido sus deseos, reduciendo considerablemente el estrés que esto le podría causar a su familia. Su familia y su médico tendrán instrucciones claras en cuanto a sus deseos relacionados con su cuidado y tratamiento médico.

Yo, _____ entiendo lo arriba indicado y afirmo que:
(Favor de imprimir su nombre)

[] Tengo preparado lo siguiente:

___ Testamento en vida ___ Poder legal para cuidado de salud ___ Designación de sustituto para cuidado de salud

[] Le he suministrado una copia a Medical Interventions (DBA Urban Health). Entiendo que la información en la misma podrá ser modificada o cambiada en cualquier momento y que debo proveer una nueva copia en caso de que hayan cambios o modificaciones a la misma.

[] No he suministrado copia a mi médico en este momento. Entiendo es mi responsabilidad de proveerle a mi médico copia de mis deseos anticipados.

[] No he preparado ninguno de los documentos arriba mencionados.

Firma del Paciente (o guardián)

Fecha

Nombre impreso del paciente (o guardian)

Firma del Testigo