



A. Directiva para Tratamiento Médico

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Yo, _____, formulo esta Directiva de Tratamiento Médico para ejercer mi derecho a decidir qué atención médica deseo y dar prueba indiscutible de mi decisión de tratamientos cuando yo no tenga la capacidad de comunicar mis decisiones o de realizarlas.

Si mi médico considera que un procedimiento para alargar la vida u otro tratamiento podría darme confort, aliviar el dolor o producir una mejoría significativa, yo instruyo a mi médico a intentar el tratamiento durante un período razonable de tiempo. Sin embargo, si el tratamiento no es efectivo, yo instruyo que el tratamiento sea retirado, aunque ello pudiera acortar mi vida.

- 1) Yo instruyo que se me dé tratamiento médico para aliviar el dolor o para brindar confort, incluso si dicho tratamiento pudiera acortar mi vida, suprimir mi apetito o mi respiración o generar un hábito.

- 2) Yo instruyo que todos los procedimientos para alargar la vida sean retirados o interrumpidos si no hay esperanza real de recuperación significativa, y si yo tengo las siguientes condiciones:
 - una enfermedad terminal, o
 - una enfermedad, dolencia o lesión sin esperanza de recuperación significativa y sin expectativa razonable de que yo recobre una calidad de vida aceptable, o
 - una lesión cerebral o enfermedad cerebral de importancia que no pueda ser revertida significativamente, u
 - otra _____

- 3) Cuando exista la situación anterior, yo elijo que se interrumpan o retiren los siguientes procedimientos para alargar la vida:
 - operación reanimación cardiopulmonar (CPR)
 - antibióticos ventilación mecánica (respirador)
 - diálisis alimentación por sonda (alimentos y agua a través de un tubo en la vena, nariz o estómago)
 - otra _____

- 4) ¿Desea usted definir ahora la donación de uno de sus órganos? Sí No
 - a) Por favor indique qué órgano(s) desea donar:

 - b) Por favor indique qué usos de su(s) órgano(s) son inaceptables para usted:

- 5) Yo doy otras instrucciones, que son: _____

Firmado el día _____ de _____ de _____
(mes) (año)

Firmado: _____
firma ciudad, condado y estado de residencia

Conozco al declarante, persona mayor de 18 años, quien está en su sano juicio y ha firmado voluntariamente este documento.

Testigo _____ Dirección _____

Testigo _____ Dirección _____



B. Poder No caducable para decisiones de atención médica Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Yo, _____, designo a _____
declarante nombre del representante
de _____, número de teléfono _____,
dirección del representante teléfono del representante

como mi representante para tomar las decisiones de atención médica si yo no puedo tomar tales decisiones debido a incapacidad. Esto da a mi representante la potestad de autorizar que a mí se me brinde, retire, o interrumpa cualquier atención médica, servicio, tratamiento o procedimiento diagnóstico. Al ejercer tal autoridad, mi representante debe respetar mis deseos expresados en la Directiva Anticipada para Tratamiento Médico (si he formulado una) o actuar según su conocimiento. ESTE ES UN PODER NO CADUCABLE Y LA AUTORIDAD DE MI ABOGADO DE HECHO NO TERMINARÁ SI ESTOY DISCAPACITADO O SOY INCAPAZ O EN EL EVENTO DE INCERTIDUMBRE MÁS TARDE CON RESPECTO A SI ESTOY VIVO O MUERTO. Si la persona designada como representante no está disponible o no puede actuar como tal, entonces yo designo a:

_____ de _____,
nombre de representante alternativo dirección
con número de teléfono _____, con similar autoridad para actuar en lugar de mi representante.

Firmado el día _____ de _____ de _____
(mes) (año)

Firma _____
ciudad, condado y estado de residencia

Conozco al declarante, quien es mayor de 18 años, está en su sano juicio y ha firmado voluntariamente este documento. Yo no soy la persona designada como representante en este documento.

Testigo _____ Dirección _____

Testigo _____ Dirección _____

PARA SER COMPLETADO POR UN NOTARIO PÚBLICO

ESTADO DE MISSOURI

CONDADO DE _____

Ante mí, el profesional abajo firmante, el día _____ de _____

personalmente comparecieron el declarante, _____, y

_____, _____, respectivamente, que firman el documento que antecede, y quienes conjuntamente presenciaron la firma del Poder No Caducable para Atención Médica a pedido del declarante, quien al otorgarlo era mayor de 18 años y estaba en su sano juicio.

Notario Público

Mi comisión caduca _____