

## MI PLANIFICADOR DE CUIDADOS ANTICIPADOS

Usted es importante, y  
sus deseos también



El planificador de cuidados anticipados le ayuda a compartir lo que significa para usted la calidad de vida y las opciones a tener en cuenta si se enfermara gravemente y no pudiera hablar.

Puede orientar a sus seres queridos que tengan que tomar decisiones médicas difíciles por usted.

Este planificador puede ayudarles a usted, a su familia y a sus proveedores médicos a entender sus preferencias. Después de completar el planificador, puede completar el formulario de Instrucciones anticipadas de Oregon. El formulario le permite identificar a quien usted quiere que tome sus decisiones de atención médica y a anotar los objetivos y deseos que tiene para su atención médica.

Pasos recomendados para completar sus Instrucciones anticipadas de atención médica de Oregon:

1. Lea el manual explicativo.
2. Lea y complete Mi Planificador de cuidados anticipados.
3. Complete el formulario de Instrucciones anticipadas de atención médica de Oregon.

Si tiene preguntas o necesita más asistencia, puede hablar con su profesional médico o comunicarse con la oficina de Cuidado Espiritual de Salem Health al 503-561-5562.

- **Este planificador NO es su instrucción anticipada; tampoco es un documento legal.**
- Debe completar las Instrucciones anticipadas de Oregon (incluidas en este paquete), que es el formulario *legal* para el estado de Oregon.
- El planificador abarca detalladamente distintas partes de las Instrucciones anticipadas de Oregon. El planificador se puede completar como adición o sustitución de las secciones 3b a 4b del formulario de Instrucciones anticipadas **ÚNICAMENTE SI** adjunta el planificador completo a su formulario de Instrucciones anticipadas.
- El planificador se puede anexar a esas secciones o puede sustituirlas. Adjunte este planificador a su formulario de Instrucciones anticipadas y menciónelo en la parte C de la sección 4: “otros”.

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Mi Planificador de cuidados anticipados

Revise o complete las opciones que se incluyen a continuación que coincidan con sus objetivos y valores. No hay respuestas equivocadas.

Esperamos que las declaraciones que se encuentran a continuación le ayuden a entender las realidades específicas que podría enfrentar si estuviera muy enfermo, si no pudiera hablar y si fuera poco probable que se recuperase. Piense en lo que es más importante para usted en la vida. Estas afirmaciones ayudarán a su representante de atención médica y a su equipo médico a proporcionarle la mejor atención para USTED.

## Definición de calidad de vida

Si los profesionales involucrados en mi atención creyeran que es muy improbable que mi estado de salud mejore, ¿querría que mi vida se prolongue en las siguientes situaciones?...

### **A. COMUNICACIÓN**

**Si no puedo razonar lo suficientemente bien como para tomar las decisiones cotidianas.**

Prolongar     No prolongar     No estoy seguro

**Si no puedo comunicarme en voz alta.**

Prolongar     No prolongar     No estoy seguro

**Si no puedo comunicarme por escrito con los demás.**

Prolongar     No prolongar     No estoy seguro

**Si no puedo tener conversaciones significativas.**

Prolongar     No prolongar     No estoy seguro

**Si no puedo reconocer a mi familia y amigos.**

Prolongar     No prolongar     No estoy seguro

Si los profesionales involucrados en mi atención creyeran que es muy improbable que mi estado de salud mejore, ¿querría que mi vida se prolongue en las siguientes situaciones?...

## **B. ACTIVIDADES COTIDIANAS**

**Si no puedo caminar por mis propios medios.**

Prolongar     No prolongar     No estoy seguro

**Si no puedo levantarme por mis propios medios. (Acostarme y levantarme de la cama, pasar de una silla al inodoro, etc.).**

Prolongar     No prolongar     No estoy seguro

**Si no puedo alimentarme solo.**

Prolongar     No prolongar     No estoy seguro

**Si no puedo vestirme solo.**

Prolongar     No prolongar     No estoy seguro

**Si no puedo bañarme solo.**

Prolongar     No prolongar     No estoy seguro

**Si no puedo ir al baño por mis propios medios.**

Prolongar     No prolongar     No estoy seguro

**Si no puedo limpiar mis partes íntimas.**

Prolongar     No prolongar     No estoy seguro

**NO quiero que mi vida se prolongue si no puedo hacer las siguientes actividades:**

---

---

---

---

---

Si los profesionales involucrados en mi atención creyeran que es muy improbable que mi estado de salud mejore, ¿querría que mi vida se prolongue en las siguientes situaciones?...

### **C. VIVIENDA**

**Si paso más tiempo en el hospital que en casa.**

Prolongar     No prolongar     No estoy seguro

**Si no puedo vivir solo y necesito vivir en un centro de cuidados.**

Prolongar     No prolongar     No estoy seguro

**Estaría de acuerdo en vivir en un centro de cuidados durante:**

Días     Semanas     Meses

Más de 6 meses     Años     El resto de mi vida

---

## **Religión/espiritualidad/fe**

La tradición religiosa o comunidad espiritual con la que me identifico es (denominación, práctica espiritual, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Información de contacto para una comunidad específica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuando cuiden de mí, es importante que conozcan mis prácticas religiosas, espirituales o de fe, que son: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Los valores y creencias que guían mis decisiones son: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Cultura

Culturalmente me identifico como: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuando cuiden de mí, es importante que conozcan mis prácticas o creencias culturales, que son: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Deseos para el final de la vida

Al final de mi vida, antes de morir, quiero...

**Que las personas importantes para mí estén junto a mi cama.**

Sí       No       No estoy seguro

**Si la respuesta es sí, me gustaría que estas personas estén junto a mi cama:** \_\_\_\_\_

**Que pongan música.**

Sí       No       No estoy seguro

**Mi música favorita es:** \_\_\_\_\_

**Mis cosas favoritas, que son:** \_\_\_\_\_

**Priorizar mi comodidad antes que la prolongación de la vida O priorizar la prolongación de la vida antes que mi comodidad. Marque una:**

- Priorizar mi comodidad antes que la prolongación de la vida
- Priorizar la prolongación de la vida antes que mi comodidad

**Si puedo elegir, acepto recibir mi atención para el final de la vida (marque todas las opciones que correspondan):**

En mi hogar       En un centro de cuidados       En un hospital

Otro: \_\_\_\_\_

# Después de morir

Después de que muera, quiero...

Que me entierren.

Sí       No       No estoy seguro

Dónde: \_\_\_\_\_

Que me cremen.

Sí       No       No estoy seguro

Qué me gustaría que hagan con mis cenizas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mi funeraria elegida es: \_\_\_\_\_

Información de contacto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





Después de que muera, quiero...

### **DONACIÓN DE ÓRGANOS**

Que mis órganos, ojos o tejidos sean donados con el fin de salvar vidas y mejorar la salud de otras personas.

Sí       No       No estoy seguro

Si le interesa donar sus órganos cuando muera, puede declarar su condición de donante cuando obtenga o renueve la licencia de conducir e inscribiéndose en el registro de donantes que se encuentra en Donate Life Northwest (**donatelifenw.org**).

### **DONACIÓN DEL CUERPO**

Que mi cuerpo se done a la ciencia.

Sí       No       No estoy seguro

Si le interesa donar su cuerpo a la ciencia cuando muera, puede informarse mejor en:

**Programa de donación de cuerpos de OHSU**

[ohsu.edu/body-donation](http://ohsu.edu/body-donation)

**Programa de donación de cuerpos para la ciencia de la Facultad de Ciencias de la Salud de Western University**

[westernu.edu/body-donation-program](http://westernu.edu/body-donation-program)

**Donación de cuerpos para la educación**

[educationalbodydonation.org](http://educationalbodydonation.org)

### **FIRMA**

Completé este planificador compartiendo mis deseos finales sobre mi atención médica y quiero que mis representantes de atención médica tengan en cuenta estos deseos al tomar mis decisiones médicas.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha en que se completó: \_\_\_\_\_

