

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

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

westernu.edu/body-donation-program

Donación de cuerpos para la educación

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: _____

