

Directiva Anticipada - NUEVO MÉXICO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Números de teléfono: (fijo) _____; (celular) _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Marque al menos **UNA** opción del **Paso 1** y **Paso 2**, y complete el **Paso 3**

Paso 1: Elegir un agente de atención médica.

MARQUE **UNA** O **DOS** OPCIONES

Elijo a _____ Relación _____
(número de teléfono - - o correo electrónico _____) como mi agente de atención médica primario
para que hable por mí al tomar decisiones relacionadas con la atención médica en caso de que yo no pueda hablar por mí mismo.

Elijo a _____; Relación _____
(número de teléfono - - o correo electrónico _____) como mi agente de atención médica secundario
para que hable por mí al tomar decisiones relacionadas con la atención médica en caso de que yo no pueda hablar por mí mismo y mi agente de atención médica primario no pueda prestar servicio.

Paso 2: Proporcionar orientación a mi agente de atención médica y médicos.

Al trabajar juntos para tomar decisiones relacionadas con el tratamiento y los planes para mi atención médica, tenga en cuenta mis preferencias generales que se describen a continuación:

MARQUE SOLO **UNA** OPCIÓN

- En este momento, no estoy seguro con cuáles de las siguientes afirmaciones estoy más de acuerdo. Confío en que mi agente de atención médica hará lo que sea mejor para mí.
- Quiero seguir viviendo incluso si mi calidad de vida parece ser mala para los demás y no pueda comunicarme con las personas. En general, aceptaría asistencia respiratoria, para el corazón y la función renal mediante máquinas que requieran que esté en un hospital o en una unidad de atención especial.
- La vida es preciosa, pero entiendo que todos morimos alguna vez. Quiero vivir siempre que pueda interactuar con los demás y disfrutar de una cierta calidad de vida. Aceptaría tratamientos intensivos solo si tuviese una posibilidad razonable de mejorar. Rechazaría la asistencia a largo plazo con medicamentos o máquinas intensivas si mi calidad de vida se viera empobrecida y no pudiese comunicarme con las personas.
- Para mí es muy importante evitar el sufrimiento. No quiero tratamientos médicos extraordinarios, como respiradores o reanimación cardiopulmonar (RCP). Si mis funciones corporales naturales fallan, rechazaría los tratamientos y elegiría morir de manera natural.

¿Hay algo que sus médicos deberían saber sobre usted para poder brindarle la mejor atención médica posible?

Paso 3: Completar y firmar el formulario con DOS testigos recomendados.

Firma _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Directiva Anticipada - NUEVO MÉXICO

1. Opción 1: DOS Testigos recomendados

Declaro, bajo pena de perjurio, según las leyes de Nuevo México, que:

- Conozco personalmente a la persona que completa este formulario.
- La persona que completa este formulario ha firmado o aceptado la firma de la persona que figura en el documento ante mí y parece no estar bajo coacción, y comprende el objetivo y efecto de este formulario.
- No soy el proveedor de atención médica de la persona ni un empleado del proveedor de atención médica.
- No soy el representante de atención médica de la persona ni el representante de atención médica alternativo.

Firma _____

Firma _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Directiva Anticipada - NUEVO MÉXICO

Instrucciones para el Paso 1: Designar a un agente de atención médica.

Designe a alguien en quien confíe para que tome decisiones por usted cuando usted no pueda hacerlo por sus propios medios. Proporcione el nombre y la información de contacto de esta persona, junto con una persona adicional.

Elija a un familiar o amigo que:

- Sea mayor de 18 años y lo conozca muy bien.
- Esté dispuesto a hacer esto por usted.
- Sea capaz de tomar decisiones difíciles basadas en sus deseos.
- Comunique eficazmente la información que usted indique en este paquete tanto los proveedores de salud como a sus familiares.
- Está de acuerdo con aceptar la designación.

Su representante no puede ser su médico ni alguien que trabaje en el hospital o clínica donde usted recibe atención médica, a menos que esta persona sea un miembro de su familia.

Su representante de atención médica puede hacer lo siguiente:

- decidir dónde recibirá cuidados médicos
- seleccionar o despedir proveedores de salud
- aceptar/rechazar medicamentos, exámenes, tratamientos
- tomar medidas legales para cumplir con sus deseos

Su representante de atención médica **NO PUEDE** autorizar lo siguiente:

- admisiones a centros de salud mental, salvo con una autorización expresa.

Instrucciones para el Paso 2: Información para mi agente de atención médica y médicos al momento tomar decisiones relacionadas con mi atención médica.

Indique sus deseos acerca de la atención médica.

1. Seleccione una de las opciones para proporcionar orientación sobre tratamientos de soporte vital. A continuación se incluye información sobre algunos tratamientos de soporte vital que pueden o no ser exitosos para ayudarlo a vivir más tiempo.

RCP o reanimación cardiopulmonar: Esto puede implicar (1) oprimir su pecho fuertemente para mantener el flujo de sangre; (2) descargas eléctricas para restablecer el funcionamiento del corazón; (3) medicamentos en sus venas.

Solicite más información a sus proveedores de atención médica, según corresponda.