

# ULTIMA VOLUNTAD Y DESIGNACION DE UN SUSTITUTO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD FORMULARIO E INSTRUCCIONES

Living Will & Designation Of Health Care  
Surrogate Instructions

La **Designación de un Sustituto para el Cuidado de la Salud y Ultima Voluntad** (Instrucciones por Adelantado) son documentos legales que usted puede completar para contribuir a asegurarle que sus deseos sean cumplidos cuando usted no pueda decidir por usted mismo. **Es muy importante que los deseos expresados en estos documentos sean discutidos con su médico y familiares / u otros.**

**Usted debe tener 18 años o más y gozar de plenas facultades mentales cuando complete estos formularios. Estos documentos deben ser firmados por usted en presencia de dos testigos adultos. Solamente uno de los testigos puede ser su cónyuge o familiar. La persona designada por usted como Sustituto del Cuidado de la Salud no puede firmar como testigo.** Estos documentos no necesitan ser notariados.

Estos documentos son válidos hasta que usted no los rescinda, los declare nulos, o tengan una fecha de expiración. Estos documentos serán anulados en el momento de su muerte. Si usted decide en cualquier momento revocar cualquier parte de estos documentos, notifique **inmediatamente** al médico que lo atiende o lo trata. Asimismo, obtenga y destruya todas las copias que haya entregado a otros y suscriba un nuevo documento(s).

**Guarde el documento original y entregue copias a:**

- La persona designada como su Sustituto para el Cuidado de la Salud
- Familiares o amigos según sea apropiado
- Su(s) médico(s) o médico de cabecera
- El hospital cada vez que sea ingresado
- Centro de cuidados, o al establecimiento que coopera con su cuidado, si alguno de ellos es donde usted reside.
- Clérigo, Pastor y/o abogado (opcional)

La Designación del Sustituto para el Cuidado de la Salud, Ultima Voluntad y estas instrucciones están basadas en la ley de la Florida y su intención es servir de guía general solamente. Si son necesarias guías adicionales o surgen preguntas en relación con estos documentos, debe contactar a su médico, clérigo pastor o abogado.

El documento **Designación de un Sustituto para el Cuidado de la Salud** le permite a usted nombrar a otra persona para que tome decisiones en su nombre cuando usted no pueda hacerlo. Se recomienda que nombre a un adulto que conozca sus deseos y los lleve a cabo. Se sugiere que nombre a una persona que haya demostrado interés especial por usted, que haya mantenido contacto regular y esté familiarizado con sus creencias personales, religiosas, morales y culturales.

El documento **Ultima Voluntad** permite a su(s) médico(s) y a otros, conocer sus deseos en relación con la utilización de procedimientos para prolongarle la vida si usted no puede tomar decisiones por usted mismo. Su médico y el Sustituto para el Cuidado de la Salud deben seguir las instrucciones de su Ultima Voluntad. Su médico deberá realizar un esfuerzo razonable para transferir su cuidado a otro médico en

caso de que no pueda o no desee cumplir con los deseos especificados en su Ultima Voluntad.

Nota: El documento de Ultima Voluntad no significa que No Habrá Código / Que No Se Resucitará (DNR). Hable con su médico en caso de que usted desee que no se le aplique el Código ni la Resucitación (DNR).

## **Definición de Términos en el Testamento Vital:**

**Terminal** se refiere a una condición causada por una herida o enfermedad de la cual no hay probabilidad de recuperación y la cual sin tratamiento puede causar la muerte.

**Condición de Estado Terminal** se refiere a una condición causada por una herida o enfermedad que ha resultado en el deterioro severo y permanente indicada por la incapacidad y completa dependencia física, y por la cual a un grado razonable de certeza médica, un tratamiento para revertir la condición sería ineficaz.

**Estado Vegetativo Persistente** se refiere a una condición de inconsciencia permanente e irreversible en la cual esta ausente la voluntad de acción o comportamiento cognitivo de cualquier tipo e inhabilidad para comunicarse con el medio ambiente.

## **RESUMEN DE LA LINEA DE CONDUCTA DEL FLORIDA HOSPITAL**

Como paciente del Florida Hospital, usted tiene el derecho de formular estas Instrucciones Anticipadas y de tomar decisiones relacionadas con su cuidado médico, incluyendo el derecho de aceptar o rechazar tratamiento médico o quirúrgico. El Florida Hospital está comprometido a ayudar a que se cumplan los deseos expresados por usted, en relación con el cuidado de su salud. El Florida Hospital cumplirá con sus

Instrucciones Anticipadas, dentro de los límites de la ley, de la filosofía de la misión del Florida Hospital y de sus posibilidades. Usted recibirá el mismo tratamiento médico del Florida Hospital, haya completado y firmado o no las Instrucciones Anticipadas.

Cuando es admitido como paciente en una unidad de cuidados se le preguntará en la Historia Clínica Personal si usted ha completado un formulario de Instrucciones Anticipadas. Si ya lo ha hecho pero no lo tiene con usted, se le solicitará que complete otro, a no ser que exista una copia en su record médico personal del Florida Hospital, dentro del último año.

Si usted es un paciente en el Florida Hospital puede recibir información adicional, en relación con las Instrucciones Anticipadas, por medio del canal educacional de TV del hospital. Si deseara más información, por favor pida a su enfermera que contacte a su médico, clérigo o Encargado del Caso. (Capellan del Hospital o Trabajador Social asignado a su caso.)

**Si se encuentra en el hospital y está completando este formulario pida a su enfermera que haga una copia para su hoja clínica.**