La iniciativa del REGALO
de alive hospice

Conversaciones sobre los cuidados al final de la vida

Kit para preparar un documento de directivas médicas anticipadas

Regale la paz interior. **Infórmese**. **Llene** los documentos. **Hable** con sus seres queridos.

El regalo de conversar

El regalo de planear y conversar es importante. Puede que usted piense que las directivas anticipadas para la atención médica tratan sobre la muerte y morir, pero en realidad tratan sobre cómo usted quiere vivir durante el tiempo que le queda. Las discusiones sobre valores, preferencias personales y la atención médica al final de la vida pueden brindar un entendimiento común sobre lo que más importa.

Estudios demuestran que planear y conversar sobre este tema aumenta la probabilidad de morir en paz y de que sus familiares sufran menos de depresión y deulos prolongados.

Nadie sabe qué depara el futuro y no podemos controlar ni predecir nuestra salud. Podemos planear de antemano, compartir lo que realmente importa con nuestros seres queridos y —cuando llegue el momento— hacer más fácil la toma de decisiones.

ESTE KIT...

- ayuda a tener conversaciones **sencillas y libre de estrés** sobre el final de la vida
- ayuda a **definir y comunicar** sus valores y preferencias
- contiene **documentos legales** para ayudarle a usted y a sus seres queridos
- brinda **tranquilidad**

Al preguntarles, la mayoría de las personas expresan el deseo de pasar sus últimos días en su hogar, libres de dolor, con comodidades y con el mayor control e independencia posible, ser tratados con dignidad, compasión y respeto, y estar con sus seres queridos. ***Sin planeación previa, no es probable que esto ocurra.***

NOTA: Este kit brinda información general y no está diseñado para reemplazar asesoría médica o legal concreta. Ninguna directiva para la atención médica anticipada y ninguna conversación en particylar, puede incluir todas las situaciones que usted y su familia podría enfrentar. *El propósito de la Iniciativa del Regalo ("The Gift Initiative") es hacer que sus experiencias al final de su vida sean las mejores posibles, para usted y para sus seres queridos.*

ATENCIÓN: *Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al* ***1-615-346-8610****.*

Copyright (c) 2017 de Alive Hospice. Todos los derechos reservados. Estos materiales podrán ser distribuidos libremente con fines educativos, siempre y cuando se distribuyan en su totalidad. Ninguna parte de estos materiales deberá ser reproducida por ningún medio sin la autorización previa expresa y por escrito del editor. Para más información, contacte a Alive Hospice mediante *info@alivehospice.org* o 615-327-1085.

Qué Contiene

Regale sus seres queridos la paz interior que conlleva la directiva anticipada de atención médica (DAAM) **1**

- ¿Qué es un la directiva anticipada de atención médica?
- ¿Por qué es importante?
- ¿Quién debería tener uno?
- ¿Quién puede ser su portavoz?

Infórmese, decida lo que es importante para usted **3**

Sus valores y deseos sobre la atención médica al final de la vida
- Lo que es importante para usted
- Lo que usted quiere

Llene estos documentos **9**

Incluya sus valores y voluntad dentro de un DAAM *(en este kit)*
- Infórmese sobre sus opciones
- Tome decisiones

Hable con sus seres queridos **14**

Tengo un Documento de voluntades anticipadas debido a mis pacientes. Su fortaleza y valentía son inspiradoras. Quiero tener voz durante mis experiencias al final de mi vida, al igual que ellos.

Zan Phillips, RN, enfermera registrada y coordinadora asistencial para Alive Hospice, esposa y madre

Murfreesboro, TN

regale *a sus seres queridos la paz interior que conlleva las directivas anticipadas para la atención médica*

Pensamos que nuestros seres queridos saben lo que deseamos. Sin embargo, los estudios demuestran que cuando no les ***entregamos*** una la directiva anticipada para la atención médica, no solo frecuentemente no se cumple nuestra voluntad, sino que les causamos estrés y confusión a nuestros seres queridos según intentan adivinar nuestros valores y deseos.

¿QUÉ ES UN DOCUMENTO LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA?

La directiva anticipada para la atención médica es un documento que contiene, basado en sus valores y preferencias personales, el tipo de atención que usted desea recibir en caso de no poder expresar su propia voluntad.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

Estudios demuestran que la directiva anticipada para la atención médica:

- Mejoran la calidad de la atención recibida al final de la vida
- Probablemente reducirán las hospitalizaciones innecesarias, las estadías en cuidado intensivo y las visitas a la sala de emergencias al final de la vida
- Mejoran las experiencias al final de la vida para las personas y sus seres queridos al enfocarse en las metas de atención médica, los valores y las emociones, en vez de en tratamientos específicos
- Aumentan la probabilidad de morir en su propio hogar o en una ubicación seleccionada por usted
- Tiene mejores probabilidades de prevenir tratamientos al final de la vida que no son beneficiosos y que van en contra de los deseos de la persona, lo cual podría convertir sus últimas semanas y meses en una experiencia agotadora
- Disminuyen el estrés y los desacuerdos durante las crisis médicas, y ayudan a eliminar los malentendidos y las percepciones erróneas
- Alientan a tener discusiones claras en las cuales no se omite nada importante, lo cual evita los arrepentimientos y las angustias que pueden surgir cuando no se han tenido esas conversaciones
- Aumentan la probabilidad de que sus seres queridos puedan afrontar mejor su duelo

Los médicos, cuando son pacientes, rara vez desean medidas Heróicas. Aunque he compartido mi voluntad con mi esposo, tener un Documento de voluntades previas le ha quitado un peso de encima de antemano.

Dra. Sasha Smith Bowers,
Médico de Alive Hospice y esposa, *Nashville, TN*

¿QUIÉN DEBE TENER UN LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA?

Toda persona mayor de 18 años, sin importar su estado de salud actual

- Las crisis médicas pueden suceder en cualquier momento. Pueden ser perturbadoras y estresantes, y es posible que usted o sus seres queridos tengan que responder a preguntas difíciles.
- Si ya se ha determinado y discutido su voluntad, nadie tiene que adivinar.
- Las directivas anticipadas para la atención médica previas están diseñadas para toda persona que desea preocuparse menos por su futuro y que quiera ayudar a sus seres queridos durante una etapa difícil.

¿QUIÉN PUEDE SER SU PORTAVOZ?

¿Si se enferma tanto que no puede hablar por sí mismo/a, a quién elegiría para hablar en su nombre? ¿Conocen ellos lo que es importante para usted o la atención médica que desea?

Deberían:

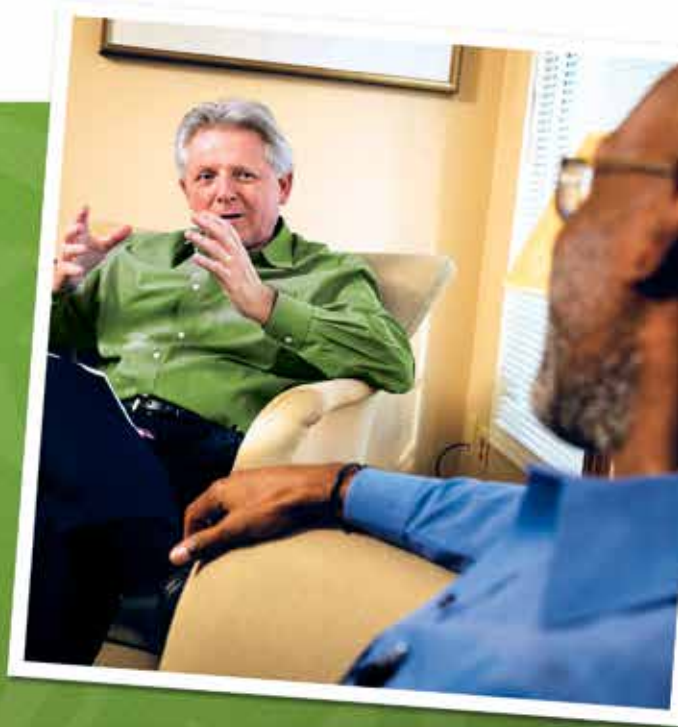
1. conocer y entender sus valores, voluntades y temores;
2. estar dispuestos a manejar situaciones estresantes;
3. ser capaces de comunicarle a los médicos el tipo de atención que usted prefiere al igual que lo que no desea.

Cuando a los familiares se les encarga tomar decisiones difíciles a nombre de pacientes moribundos, con frecuencia expresan estrés, sentimientos de culpa y remordimiento si no están seguros de lo que querría su ser querido.

David Wendler y Annette Rid, "Repaso sistemático: El efecto que tomar decisiones de tratamiento a nombre de otras personas tiene en los representantes", Annals of Internal Medicine 154, núm. 5 (2011): 344, doi: 10.7326/0003-4819-154-5-201103010-00008.

"Además de ser lo correcto, durante mis años en el campo de la terapia de duelo he visto demasiadas personas cuyo dolor ha sido complicado por el remordimiento de tener que haber tomado decisiones sin conocer la voluntad de su ser querido. También he visto el gran consuelo que puede brindar el saber que cumplieron la voluntad que su ser querido puso por escrito".

David Neese, LCSW,
Esposo y ex director del programa de Acompañamiento o apoyo en situaciones de Duelo, *Nashville, TN*



infórmese *a sí mismo/a, decida lo que es importante*

PIENSE ACERCA DE *sus valores, sus experiencias, su voluntad sobre la atención médica al final de la vida*

- ¿Qué es importante tener consigo al final de su vida?
- ¿Qué le da propósito a su vida cada día?
- ¿Qué es importante para usted en sus relaciones personales?
- ¿Cómo le guían sus creencias?
- ¿Ha aceptado que su salud podría cambiar en un futuro?
- ¿Cuán involucrado/a quiere estar en estas decisiones?
- ¿Valora la privacidad o el estar rodeado por sus seres queridos?

Angélica Deaton,
Voluntario de Alive Hospice
Lebanon, TN

Como abogada, esposa y madre considero que siempre es importante dejar en claro lo que nos gustaría que pasara en situaciones inesperadas. No sólo por nosotros mismos sino también por nuestras familias.

Libro de trabajo *para Documentos de voluntades anticipadas*

PIÉNSELO Y COMIENCE: *Escriba en estas páginas lo que piensa para ayudar a sus seres queridos a entender el tipo de atención que desea.*

SUS VALORES

Objetivo: ¿Qué le da significado a su vida a diario? ¿Qué tendrá mayor importancia al final de su vida? ¿Podría enumerar las tres cosas más importantes?

1. _____

2. _____

3. _____

Relaciones personales: Cada día es importante:

Compartir con mis seres queridos haciendo _____

Cuidar a los demás mediante _____

Compartir con mis amigos, como por ejemplo _____

Estilo de vida: Por qué es importante para mí:

Pasatiempos o intereses como _____

Comidas favoritas como _____

Ayudar a los demás mediante _____

Pasar el tiempo haciendo _____

Me gustaría tener cerca _____

Otros _____

Creencias que rigen su vida: ¿Por qué es importante?

Mi ritual diario de _____

Que otras personas hagan _____

Algunas creencias que me dan fuerza y me ayudan a enfrentar dificultades son:

_____

_____

_____

Por último, durante la última fase de mi vida, quiero que mis seres queridos sepan que:

_____

_____

_____

SUS EXPERIENCIAS

¿Existen algunas experiencias que le gustaría compartir con sus seres queridos antes de morir?

_____

_____

_____

¿Existen algunas experiencias que le gustaría evitar discutir al final de su vida?

_____

_____

_____

SUS DESEOS – *Físicos, mentales, emocionales*

En estas escalas, indique su forma de sentir para ayudar a que sus seres queridos entiendan la atención médica que desea.

Privacidad: Cuando llegue el momento, quiero

Estar solo/a; los demás no necesitan saberlo todo.	---+---+---+---+---+---	Estar rodeado/a de seres queridos, quienes pueden saberlo todo.

Información: Si padezco de una enfermedad que ponga en peligro mi vida, quiero

Desconocer los detalles. Conocer los conceptos básicos es suficiente.	---+---+---+---+---+---	Saber exactamente cuánto tiempo mis doctores estiman que me queda de vida.

Control: Prefiero

Confiar en las decisiones médicas de mis médicos.	---+---+---+---+---+---	Participar en todas las decisiones de tratamiento.

Participación: Prefiero

Que mis seres queridos hagan exactamente lo que yo prefiero, aún si no están de acuerdo.	---+---+---+---+---+---	Confiar en que mis seres queridos tomen las mejores decisiones que puedan.

Ubicación: Prefiero estar

En mi propio hogar, o en un ámbito hogareño.	---+---+---+---+---+---	En una institución médica.

Tratamiento: Prefiero

Menos tratamiento. Prefiero calidad en vez de cantidad.	---+---+---+---+---+---	Todo lo posible para ganar tiempo, no importa lo incómodo que sea.

SU CUIDADO

¿Cuán importante son estos factores para mí? **Favor de priorizar del 1 al 10:** 1 = nada importante, 10 = muy importante. Esto ayudará a que sus seres queridos entiendan la atención médica que desea.

Aspectos físicos: Aceptar ayuda o mantener su independencia.

_____ Poder hablar

_____ Poder oír

_____ Poder cuidarme de mí mismo/a: comer, bañarme, vestirme

_____ Caminar y moverme por mí mismo/a

Aspectos mentales: Estar totalmente consciente o tranquilo/a sin estar consciente.

_____ Tomar mis propias decisiones

_____ Estar consciente de quien soy y donde estoy

Aspectos emocionales:

_____ Que cada día de mi vida sea significativo

_____ Sentir el amor de otras personas, compartir con ellos

_____ Dar amor o apoyo a otras personas

Calidad o cantidad:

_____ Tener la mejor ***calidad*** de vida posible

_____ Tener la mayor ***cantidad*** de vida posible

SU VOZ

Elija a una persona en la que confía (denominada su "representante" en los formularios de los Documentos de directivas anticipadas para la atención méidca que establece un poder judicial) para manifestar su voluntad y tomar decisiones médicas en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo/a. Se le solicitará además que elija un representante alterno.

¿A quién elije para que sea su portavoz? *(Nombre)*

☐ Mi esposo/a o pareja _____

☐ Mi hijo/a o hijos/as _____

☐ Mi madre o padre _____

☐ Mi hermana o hermano _____

☐ Mi médico _____

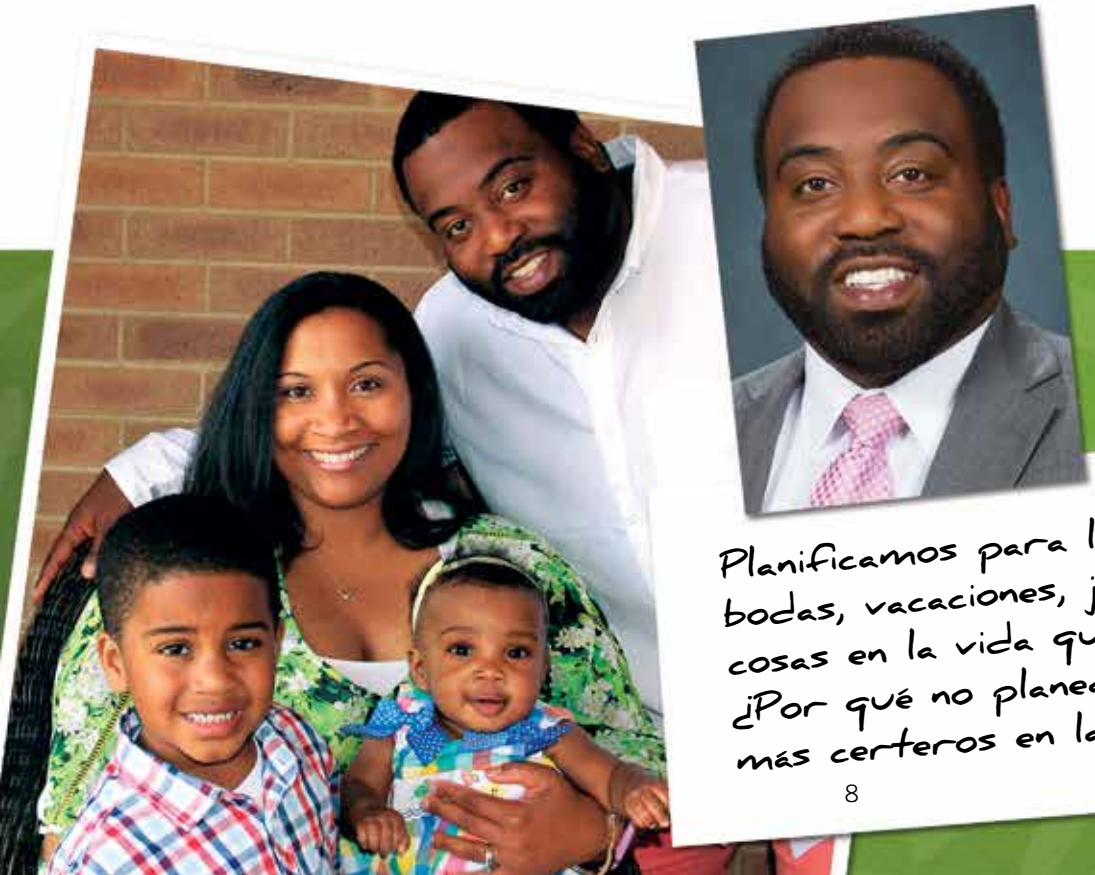
☐ Mi cuidador _____

☐ Mi amigo/a _____

☐ Una persona que comparte mis creencias _____

☐ Otro _____

La página 17 de este kit tiene un formulario con un espacio para añadir los nombres de aquellas personas a las que usted le ha hablado sobre la voluntad expresada en su Plan anticipado de atención médica, inclusive su información de contacto.



Keith King, egresado de la Universidad de Tennessee en Chattanooga, esposo y padre, *Antioch, TN*

Planificamos para los bailes de graduación, bodas, vacaciones, jubilaciones y tantas otras cosas en la vida que puede o no que ocurran. ¿Por qué no planear para unos de los eventos más certeros en la vida?

llene estos documentos

INCLUYA SUS VALORES Y VOLUNTADES DENTRO DEL DVA

Ya ha comenzado el proceso al plantearse y documentar sus valores y preferencias.

Además de conversar sobre ello con sus seres queridos, favor de revisar y rellenar los dos formularios adjuntos (ver páginas perforadas en este kit), rellenarlos en línea o descargar e imprimir los formularios en blanco disponibles en *TheGiftInitiative.org/Plan.*

1. Documento de voluntades anticipadas o DAAM *(Tennessee)*
2. Defina de un representante médico ("Health Care Agent") mediante un poder judicial para la persona y el suplente que ha elegido

NOTA: Ambos formularios deben ser o bien atestiguados *(por dos adultos competentes)* o notarizado.

RECUERDE

Ningún formulario, kit o conversación en particular puede incluir todas las decisiones que usted y sus seres queridos podrían enfrentar.

Las decisiones de tratamiento deben tomarse después de entender sus preferencias y luego de informarse de los riesgos, beneficios y resultados esperados.

- Los tratamientos pueden ser útiles si ofrecen una cura, alivian el sufrimiento, restablecen funcionamiento o mejoran la calidad de vida.
- Los tratamientos pueden ser dañinos si causan dolor o posponen la muerte sin ofrecer algún beneficio.

Estas son decisiones personales. *Siempre es apropiado suspender un tratamiento que ya no funciona y solo prolonga el proceso de muerte. Recuerde, es la enfermedad o padecimiento existente que causa la muerte, no la suspensión de tratamiento.*

INFÓRMESE SOBRE TEMAS Y OPCIONES RELACIONADOS CON EL FINAL DE LA VIDA:

Para recibir ayuda al rellenar los formularios del Documento de voluntades anticipadas, revisar las preguntas frecuentes y aprender sobre otras opciones de tratamiento, visite:

TheGiftInitiative.org/learn

Departamento de Salud de Tennessee
División de Acreditación y Reglamentación Sanitaria
Oficina de Instituciones Médicas
227 French Landing, Suite 501
Heritage Place Metrocenter
Nashville, TN 37243
Teléfono (615) 741-7221
Fax (615) 253-8798
www.tn.gov/health

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

(Tennessee)

Por la presente, yo,_____, imparto estas directrices anticipadas sobre cómo quiero ser tratado/a por mis médicos y otros proveedores de servicios de salud cuando no pueda tomar decisiones de tratamiento por mí mismo/a.

Representante: Quiero que la siguiente persona tome decisiones médicas en mi nombre. Esto incluye cualquier decisión médica que pude haber tomado de ser capaz, excepto que mi representante deberá seguir las instrucciones detalladas a continuación:

Nombre: _____ Número de teléfono: (_____)_____ Parentesco: _____
Dirección: _____

Suplente del representante: Si la persona nombrada con anterioridad es incapaz de, o no está dispuesta a, tomar decisiones médicas en mi nombre, nombro como suplente a la siguiente persona para que tome decisiones médicas en mi nombre. Esto incluye cualquier decisión médica que pude haber tomado de ser capaz, excepto que mi representante deberá seguir las instrucciones detalladas a continuación:

Nombre: _____ Número de teléfono: (_____)_____ Parentesco: _____
Dirección: _____

Mi representante también será mi representante personal a efectos de las leyes federales y estatales que protegen la intimidad, inclusive la Ley de responsabilidad y transferibilidad de los seguros médicos (HIPAA).

Fecha de entrada en vigor (elija una opción):

☐ Autorizo a mi representante a tomar decisiones médicas en mi nombre en cualquier momento, aún si tengo a capacidad de tomar decisiones por mí mismo/a.
☐ No concedo dicha autorización (este formulario aplica solo cuando no tenga la capacidad de tomar decisiones por mí mismo/a).

Calidad de vida: Al marcar la casilla de «sí» a continuación, indico las condiciones en las cuales estaría dispuesto/a a vivir si se me prestan cuidados paliativos y tratamiento de dolor. Al marcar la casilla de «**no**» a continuación, indico las condiciones en las cuales no estaría dispuesto/a a vivir (las cuales, a mi juicio, producirían una calidad de vida inaceptable).

☐ Sí	☐ No	**Permanentemente inconsciente:** Me vuelo totalmente incapaz de percatar personas o entornos, y tengo poca probabilidad de alguna vez despertar del coma.
☐ Sí	☐ No	**Confusión permanente:** Me vuelvo incapaz de recordar, entender o tomar decisiones. No reconozco a mis seres queridos o no puedo tener una conversación coherente con ellos.
☐ Sí	☐ No	**Dependiente para desempeñar todas las tareas de la vida cotidiana:** Ya no soy capaz de hablar, comunicarme con claridad o moverme por mí mismo/a. Dependo de otras personas para comer, bañarme, vestirme y caminar. Ni la rehabilitación ni ningún otro tratamiento reconstituyente me ayudaría.
☐ Sí	☐ No	**Enfermedades terminales:** Tengo una enfermedad terminal que ha alcanzado su etapa final a pesar de haber completado todo tratamiento. Ejemplos: cáncer generalizado que ya no responde a tratamiento; daño crónico al corazón o a los pulmones que requiere oxígeno la mayor parte del tiempo y limita las actividades que puede realizar debido a sentirse asfixiado/a.

Tratamiento: Si mi calidad de vida se vuelve inaceptable para mí (según indicado por una o más de las condiciones marcadas «no» previamente) y mi condición es irreversible (es decir, no mejorará), instruyo que se me preste tratamiento apropiado según descrito a continuación. Al marcar «sí» a continuación, indico cual tratamiento deseo. Al marcar «**no**» a continuación, indico cual tratamiento no deseo.

☐ Sí	☐ No	**CPR (resucitación cardiopulmonar):** Para lograr que el corazón vuelva a latir y restablecer la respiración después de que haya cesado. Por lo general esto conlleva desfibrilación, masaje cardíaco y asistencia respiratoria.
☐ Sí	☐ No	**Soporte Vital / Otro soporte artificial:** Uso continuo de respiradores, soluciones intravenosas, medicamentos y otros equipos que ayudan a los pulmones, el corazón, los riñones y otros órganos a continuar su funcionamiento.
☐ Sí	☐ No	**Tratamiento de nuevas enfermedades:** Uso de cirugía, transfusiones de sangre o antibióticos que ayudan a manejar el nuevo padecimiento, pero no ayudan a combatir la enfermedad principal.
☐ Sí	☐ No	**Alimentación por sonda / soluciones intravenosas:** Uso de tubos para suministrar comida y agua al estómago del paciente o uso de soluciones intravenosas, las cuales podrían administrar nutrición e hidratación de manera artificial.

Favor de firmar en la página 2

Otras instrucciones, tal como arreglos para el entierro, cuidados paliativos, etc.: _____
_____
_____
_____
(Adjunte páginas adicionales de ser necesario)

Donación de órganos: Cuando muera, quiero donar los siguientes órganos (marcar uno):

☐ Cualquier órgano o tejido ☐ Mi cuerpo completo ☐ Solo los siguientes órganos o tejidos: _____
_____

☐ No donar órganos o tejidos

FIRMA

Su firma debe ser **o bien** atestiguada por dos adultos competentes o notariada. De ser atestiguada, ninguno de los testigos puede ser la persona que ha nombrado como su representante o representante suplente, y al menos uno de los testigos debe ser alguien que ni esté emparentado con usted, ni tenga derecho a heredar ninguna parte de sus bienes.

Firma: _____ FECHA: _____
(Paciente)

Testigos:

1. Soy un adulto competente que no ha sido nombrado/a como representante. He presenciado la firma de este formulario por parte del paciente.

   _____
   Firma del primer testigo

2. Soy un adulto competente que no ha sido nombrado/a como el representante. No estoy emparentado/a con el paciente por sangre, matrimonio o adopción, y no tengo derecho a heredar ninguna porción de los bienes del paciente cuando muera de acuerdo con testamentos o codicilos existentes o por ministerio de ley. He presenciado la firma de este formulario por parte del paciente.

   _____
   Firma del segundo testigo

Este documento puede ser notariado en vez de atestiguado.

ESTADO DE TENNESSEE

Nombre del condado: _____

Soy notario en, y para, el estado y condado antedichos. Sé que la persona que firmó este documento es (o me demostró ser, basado en evidencia satisfactoria) la persona que firmó como el/la «paciente». El/la paciente compareció personalmente ante mí y firmó este documento o confirmó que la firma suscrita es suya. Declaro, bajo pena de perjurio, que el/la paciente parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no bajo ninguna coacción, fraude o influencia indebida.

Notario: _____
Firma

Mi nombramiento caduca: _____

QUÉ HACER CON ESTA DIRECTIVA ANTICIPADA

- Entregue una copia a su/s médico/s
- Mantenga una copia en sus archivos personales en un lugar que sea accesible a otras personas
- Informe a sus parientes cercanos y amigos sobre el contenido del documento
- Entregue una copia a la/s persona/s que nombró como representante/s médico/s

NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE MÉDICO PARA _____
(TENNESSEE)

(Escriba a mano o a máquina el nombre del paciente)

Si me vuelvo incapaz de tomar o comunicar decisiones por mí mismo/a, es la responsabilidad de mi representante médico comunicar mi voluntad y asegurarse de que mis derechos legales sean protegidos. Aunque puede haber otras personas que quieran estar involucradas en mi cuidado, quiero que mi representante tenga la última palabra sobre toda decisión médica, inclusive:

- Decisiones sobre aceptar o rechazar cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar mi enfermedad;
- Decisiones para brindar, negar o retirar tratamientos de soporte vital, inclusive administrar nutrición e hidratación de manera artificial.
- Decisiones sobre donaciones de órganos, arreglos para el entierro, la cremación y la autopsia.

Le recuerdo a mi representante que tiene la responsabilidad de honrar otras directrices y voluntades anticipadas y a seguir instrucciones adicionales que yo haya indicado. Si mi representante primario no está disponible o dispuesto/a a cumplir con esta responsabilidad, es mi voluntad que el representante alterno nombrado a continuación tome estas decisiones médicas en mi nombre. (Nota: No tiene que nombrar un representante alterno.)

NOTA: Si existen algunas decisiones que **no** quiere que el representante médico tome por usted, o si tiene instrucciones adicionales para su representante médico, favor de enumerarlas en el reverso de este formulario.

☐ Marque aquí sí ha añadido instrucciones adicionales.

Representante primario:

_____
Nombre (en letra de molde)

_____
Dirección

_____
Ciudad Estado Código postal

(_____) _____
Código de área Teléfono de casa

(_____) _____
Código de área Teléfono de trabajo/celular

_____ _____/_____
Nombre del paciente (escriba a mano o a máquina) **Fecha**

Representante alterno (opcional):

_____
Nombre (en letra de molde)

_____
Dirección

_____
Ciudad Estado Código postal

(_____) _____
Código de área Teléfono de casa

(_____) _____
Código de área Teléfono de trabajo/celular

_____ _____/_____
Firma del paciente *(debe tener al menos 18 años o ser un menor emancipado)* **Fecha**

Para que sea legalmente válido, debe completar o Bloque A o Bloque B a continuación

---

Bloque A Testigos (requiere DOS testigos)

1. Soy un adulto competente que no ha sido nombrado/a como representante. He presenciado la firma de este formulario por parte del paciente. Firma del primer testigo Fecha

2. Soy un adulto competente que no ha sido nombrado/a como. No estoy emparentado/a con el paciente por sangre, matrimonio o adopción, y tengo derecho a heredar ninguna porción de los bienes del paciente cuando muera. He presenciado la firma de este formulario por parte del paciente Firma del segundo testigo Fecha

---

Bloque B Certificación notarial

ESTADO DE TENNESSEE CONDADO DE _____

Soy notario en, y para, el estado y condado antedichos. Sé que el nombre de la persona que firmó este documento es (o me demostró ser, basado en evidencia satisfactoria) es el nombre del/de la «paciente» indicado en este formulario. El/la paciente compareció personalmente ante mí y firmó este documento o confirmó que la firma suscrita es suya. Declaro, bajo pena de perjurio, que el/la paciente parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no bajo ninguna coacción, fraude o influencia indebida.

Mi nombramiento caduca: _____ Firma del Notario _____

hable con sus seres queridos

CÓMO PREPARARSE PARA LA CONVERSACIÓN

Quién: Escoja con quien quiere hablar, incluido su "representante", la persona que usted desea sea su portavoz. La conversación podría incluir sus padres, hijos, esposo/a o pareja, hermanos/as, amigos, personas que compartan sus creencias, vecinos o cuidadores.

Dónde: Escoja el entorno donde ustedes se sentirán más cómodos. Podría ser su hogar, un restaurante, un parque o cualquier lugar que le parezca mejor.

Cuándo: Escoja un momento apropiado. Por ejemplo, podría ser:

- Cuando surja el tema en un libro, una película o un programa de televisión
- La próxima vez que se reúnan
- Cuando usted todavía se sienta bien
- Antes o después de un hito o vacación familiar
- Durante la planificación patrimonial

Cómo: Si es difícil comenzar, podría escribir una carta. Quizá sea útil compartir una historia que le ayude a explicar por qué esto es importante para usted.

Qué: Enumeramos algunos temas que sería bueno tratar en la página 3 y a lo largo del libro de trabajo. *(Infórmese, decida qué es importante para usted, piense acerca de sus valores, sus experiencias, sus voluntades sobre la atención médica al final de la vida.)*

¿Qué le inspira a tener un directivas anticipadas para la atención médica?

OTRAS FORMAS DE COMENZAR

- "Quiero estar preparado/a para el futuro y necesito tu ayuda. ¿Podríamos hablar de ello?"
- "He estado pensando sobre la última etapa de mi vida, y me gustaría compartir mis deseos contigo. ¿Qué te parece?"

Si está comenzando una conversación con un ser querido o persona con la esperanza de aprender lo que desean para sus últimos días, podría ayudarle hablar con claridad:

- "Si alguna vez te enfermases de gravedad, ¿qué tipo de cuidados querrías o no querrías?"
- "Me preocupa que nunca hemos hablado de ello. Me sentiría mejor si lo platicáramos."
- "Si pudieras escoger, ¿cómo te gustaría pasar el tiempo al final de tu vida?"
- "¿Qué considerarías una buena muerte?"

Permanezca calmado/a, vaya despacio, mantenga la mente abierta, tenga paciencia y escuche. No hay necesidad de controlar la conversación. Puede que transcurra de una forma muy diferente a la que usted espera.

- Tenga paciencia, dele tiempo para que pueda entender, y tome el tiempo necesario para apreciar sus comentarios, preguntas y opiniones. Algunas personas necesitarán más tiempo que otras.
- Intente no juzgar. Se pueden tener puntos de vista muy diferentes en cuanto al final de la vida.
- Es valioso hacer tan solo el intento de conversar sobre ello, aún si no consigue su objetivo. Se hará más fácil la próxima vez.

CONVERSE CON ELLOS

- Compartir sus deseos puede acercarle a sus seres amados.
- La conversación podría revelar que usted y sus seres queridos no están de acuerdo, pero esto no importa. Es mejor saberlo y hablar de ello ahora, en vez de tener que hacerlo durante una crisis médica.
- Conversar no es algo que solo se puede hacer una vez; esta podría ser la primera de varias conversaciones.
- Luego estará mejor preparado para tener discusiones francas con su médico.
- ¿Qué quiere que sus seres queridos sepan acerca de lo que es importante para usted?
- Las conversaciones y la planificación brindan una oportunidad para abordar temores universales sobre la muerte:
  - » Temor al dolor y al sufrimiento físico;
  - » Temor a estar o morir solo/a;
  - » Temor a lo que le pasará a sus seres queridos;
  - » Temor a ser una carga para otros;
  - » Temor a no tener paz interior;
  - » Temor a la pérdida de control;
  - » Temor a lo desconocido, donde la muerte es más fundamental que existe.

DESPUÉS DE LA CONVERSACIÓN

Cuando haya conversado con esta/s persona/s y completado los formularios:

- Entréguele ambas copias a su doctor
- Mantenga copias de ambos formularios donde sean fácilmente accesibles a otras personas, y déjeles saber dónde pueden encontrarlas.
- Entréguele una copia de los formularios a la persona que ha escogido como su portavoz y a su alterno.
- Repase el contenido de los formularios Documento de voluntades anticipadas con sus seres queridos *(quizá también con sus amigos o vecinos más cercanos)* para que los entiendan y estén familiarizados con ellos. Es común que durante emergencias médicas ellos tengan que responder basados en lo que recuerden del DAAM, aunque usted les haya entregado copias a sus representantes y a su médico.
- Intente mantener actualizados los números de teléfonos en el kit de su DAAM y su tarjeta de billetera *(los cuales se encuentran en la página 18 de este kit)*
- Cuando cambien sus preferencias, dígaselo a todos, inclusive a su doctor

REVISE SU PLAN REGULARMENTE

Cámbielo según sea necesario y tenga nuevas discusiones al respecto.

- Después de completar los pasos en este kit, repáselos hasta que se sienta cómodo/a con ellos y esté preparado/a para hablar con sus seres queridos.
- No existen respuestas correctas o incorrectas. La información puede cambiar, los sentimientos pueden cambiar, las personas Involucradas pueden cambiar. Podrá cambiar de parecer y podrá cambiar su DAAM.
- Sus metas pueden haber cambiado desde la última vez que completó su Testamento en vida o directivas anticipadas para la atención médica. Desarrolle un documento nuevo.
- Después de estas conversaciones, entréguele una copia de su o directivas anticipadas para la atención médica a sus seres queridos y a su doctor. El DVA es válido en cualquier lugar y no solo en un Estado en particular.
- Discutirlo es tan importante como escribirlo para que estén preparados a tomar decisiones por usted en caso de emergencia.
- También deberá revisar su plan en caso de cambios en su estado de salud, hospitalizaciones y otros acontecimientos que puedan transformar su vida.

RECUERDE

- Compartir sus valores y deseos con sus seres queridos puede unirlos más.
- No importa si no están de acuerdo; es mejor que lo descubran ahora que durante una emergencia médica.
- Puede ser más de una conversación; es posible que usted quiera tener muchas.
- Además de hablar con sus seres queridos, se preparará para tener conversaciones francas con su médico.

LUEGO: REVISE SU DAAM

Cámbielo según sea necesario y tenga nuevas discusiones al respecto.

¡Felicitaciones!

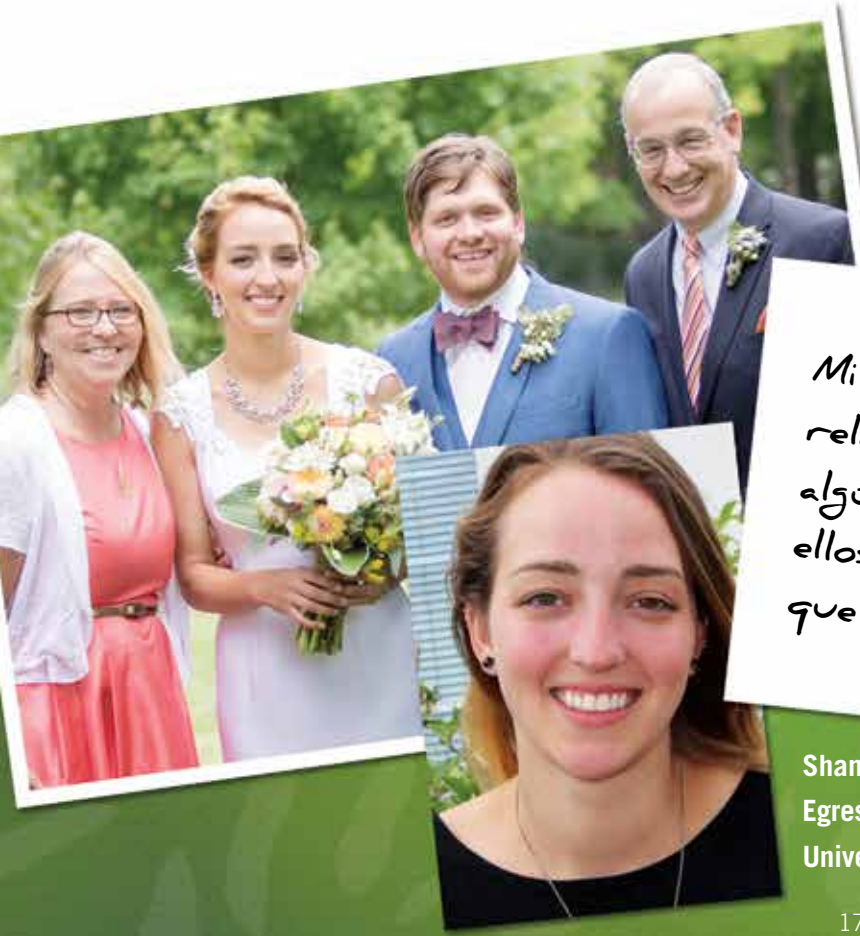
*Usted ha dado el **REGALO** de las directivas médicas anticipadas.*

Nos está ayudando a convertirnos en una sociedad en la cual se respeta la voluntad de todos en la etapa final de sus vidas.

Esperamos que comparta la Iniciativa del Regalo con sus familiares y amigos.
Para recibir más información o enviar sus comentarios, favor de contactar a *info@thegiftinitiative.org*

He compartido mis deseos mediante mi Documento de voluntades anticipadas con:

NOMBRE	PARENTESCO	NÚMERO DE TELÉFONO	NÚM. DE TELÉFONO ALTERNO	FECHA DE LA CONVERSACIÓN



Mi esposo y mis padres tienen una relación muy buena. Si me pasa algo algún día, me gustaría que a todos ellos les queden claros mis deseos y que se sientan confiados.

Shannon Ripani, LCSW,
Egresada de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Loyola, esposa y madre, *Antioch, TN*

para más información

RECURSOS EDUCATIVOS GRATUITOS

Para más información sobre los cuidados paliativos, favor visitar:
alivehospice.org/resources

Nuestros recursos educativos incluyen:

- 10 Cosas sobre los cuidados paliativos que podrían sorprenderle
  Incluye la diferencia entre diferentes tipos de cuidados paliativos (denominados en inglés "palliative care" y "hospice care")
- ¿Cuándo ha llegado el momento de considerar cuidados paliativos?
- ¿Existe tal cosa como una buena muerte?
- Cómo escoger un proveedor de cuidados paliativos

La **Iniciativa del Regalo** es una campaña educativa comunitaria de colaboración liderada por el Instituto Alive *(el Centro para la Educación, Difusión, Innovación e Incidencia de Alive Hospice)* con colaboradores de la **Universidad Vanderbilt**, la organización **Saint Thomas Health**, el **Instituto de Investigación Sarah Cannon** y otras entidades que reconocen la necesidad de mejorar la educación sobre los beneficios de planear con anticipación para las enfermedades terminales y los cuidados de final de la vida.

La Iniciativa del Regalo ha desarrollado programas educativos para grupos pequeños. Los líderes del programa incluyen eticistas médicos, doctores en medicina, trabajadores sociales, capellanes y líderes laicos que viven y trabajan en nuestra comunidad y que han donado su tiempo para ayudar a abordar, mediante la enseñanza, la necesidad vital de cambiar cómo la sociedad americana maneja (o no) temas relacionados con el final de la vida.

Para más información, visite *TheGiftInitiative.org* o llame al 615.346.8418.

EN CASO DE EMERGENCIA

Mi Nombre: _____

Contacto de emergencia: _____

Teléfono del contacto: _____

Mi dirección: _____

Médico/Teléfono: _____
He completado un Documento de voluntades anticipadas y entregado una copia a mi médico.

EN CASO DE EMERGENCIA

Mi Nombre: _____

Contacto de emergencia: _____

Teléfono del contacto: _____

Mi dirección: _____

Médico/Teléfono: _____
He completado un Documento de voluntades anticipadas y entregado una copia a mi médico.

EN CASO DE EMERGENCIA

Mi Nombre: _____

Contacto de emergencia: _____

Teléfono del contacto: _____

Mi dirección: _____

Médico/Teléfono: _____
He completado el Documento de voluntades anticipadas y entregado una copia a mi médico.

He compartido mis deseos en mi Documento de voluntades anticipadas con:

Nombre: _____

Parentesco/núm. de teléfono: _____

Nombre: _____

Parentesco/núm. de teléfono: _____

the GIFT initiative
of alive hospice

He compartido mis deseos en mi Documento de voluntades anticipadas con:

Nombre: _____

Parentesco/núm. de teléfono: _____

Nombre: _____

Parentesco/núm. de teléfono: _____

the GIFT initiative
of alive hospice

He compartido mis deseos en mi Documento de voluntades anticipadas con:

Nombre: _____

Parentesco/núm. de teléfono: _____

Nombre: _____

Parentesco/núm. de teléfono: _____

the GIFT initiative
of alive hospice

NOTAS IMPORTANTES

El mejor regalo que le puedo ofrecer a mi hija Sophia y mi familia es eliminar cualquier sufrimiento adicional relacionado con "decidir" lo que creen es mejor para mí médicamente al final de mi vida. Tomar esta decisión de antemano es uno de los más grandes regalos de amor.

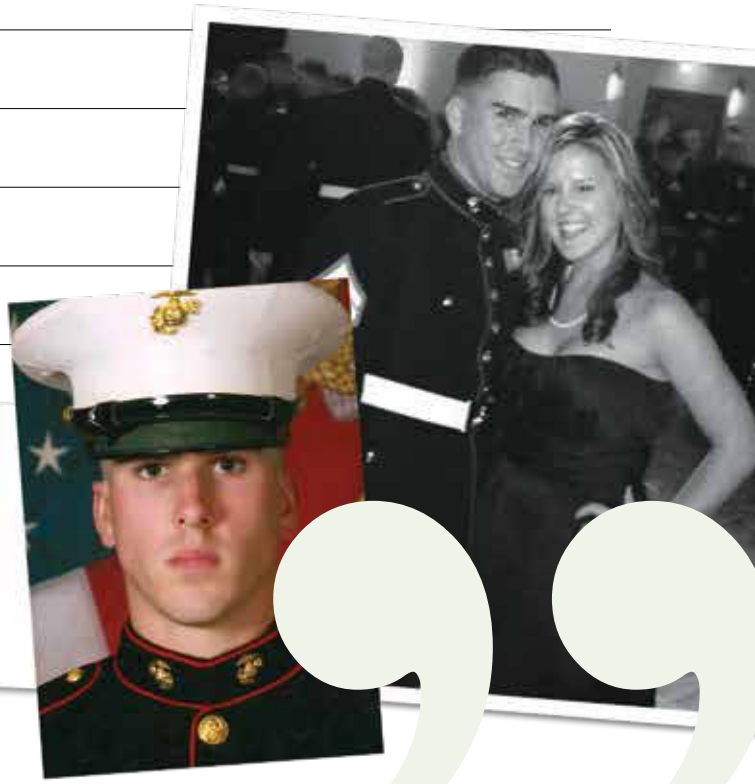
Dra. Anh Meadows,
Médico de Alive Hospice y madre
Nashville, TN

notas

notas

notas

Tener un Documento de voluntades anticipadas significa que mi familia estará libre de estrés durante lo que ya sería un período difícil.



Taylor Thurston (Sgt/USMC), esposo, hijo, y motociclista entusiasta, *Bell Buckle, TN*

póngase en contacto

Oficinas de Alive Hospice

OFICINA PRINCIPAL: 1718 Patterson St., Nashville, TN 37203 | **Teléfono principal (24/7):** 615.327.1085

OFICINA DE MURFREESBORO: 1629 Williams Drive, Murfreesboro, TN 37129

OFICINA DE HENDERSONVILLE: 230 New Shackle Island Road, Suite 150, Hendersonville, TN 37075

OFICINA DE LEBANON: 205 West High Street, Suite 102, Lebanon, TN 37087

Instalaciones especializadas de Alive Hospice

Residencia de Nashville *(30 camas)*
1710 Patterson St., Nashville, TN 37203 | 615.963.4800

TriStar Skyline Madison *(15 camas)*
500 Hospital Dr., 2nd Fl, Madison, TN 37115 | 615.860.6407

Residencia de Murfreesboro *(10 camas)*
1629 Williams Drive, Murfreesboro, TN 37129 | 615.890.6158

NOTA: Más de 90% del cuidado que brinda Alive Hospice se ofrece en casas particulares.

Apoyo a personas en duelo ("Grief Support") de Alive Hospice

Línea de apoyo para personas en duelo ("Griefline") de Alive Hospice: 615.963.4732

Ofrecemos servicios de terapia y apoyo para personas en duelo en nuestras oficinas de Nashville, Murfreesboro, Hendersonville y Lebanon.

Organizamos campamentos de apoyo para jóvenes en duelo en White Bluff, Murfreesboro y La Vergne.

Síguenos

facebook.com/alivehospice
twitter.com/AliveHospice
linkedin.com/company/alive-hospice
youtube.com/alivehospice

Alive Hospice

AliveHospice.org | TheGiftInitiative.org

Ofrecemos cuidado afectuoso a personas que padecen de enfermedades potencialmente mortales, apoyo a sus familias y servicios a la comunidad con el ánimo de enriquecer vidas.

Alive Hospice es una organización caritativa sin fines de lucro según la Sección 501(c)(3) del Código de Rentas Internas de EE. UU.