



INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE _____

Para cualquier médico que está tratando a mí, este documento contiene lo siguiente:

1. Mi nombramiento de un representante de atención de salud
2. Mi testamento vital o Instrucciones para el cuidado de la Salud
3. Mi Documento de Anatomical Gift
4. La Denominación de Mi tutor de la persona para mi futuro Incapac

Como mi médico, puede confiar en estas instrucciones de cuidado de la salud y las decisiones tomadas por mi representante de atención médica o curador de mi persona, si soy incapaz de tomar una decisión por mí mismo.

Opto por no nombrar a un representante de atención médica, por favor vaya a la página siguiente.
____ (Iniciales aquí)

DESIGNACIÓN DE representante de atención médica

Puedo nombrar a _____ a ser mi representante de atención médica. Si mi médico tratante determine que soy incapaz de comprender y apreciar la naturaleza y las consecuencias de las decisiones de cuidado de la salud e incapaz de alcanzar y comunicar una decisión informada con respecto al tratamiento, mi representante de atención médica está autorizado a hacer cualquier y toda atención médica decisiones por mí, incluyendo la decisión de aceptar o rechazar cualquier tratamiento, servicio o procedimiento utilizado para diagnosticar o tratar mi condición física o mental y la decisión de proporcionar, retener o retirar los sistemas de soporte de vida, salvo las excepciones establecidas por la ley que excluye, por ejemplo, la psicocirugía o terapia de choque.

Dirijo mi representante de atención médica para tomar decisiones en mi nombre, de acuerdo con mis deseos, como se indica en este documento o de otra manera conocida para mi representante de atención médica. En el caso de mis deseos no son claras o de surgir una situación que no anticipé, mi representante de cuidado de la salud puede tomar una decisión en mis mejores intereses, en base a lo que se conoce de mis deseos.

Si _____ está dispuesto o es incapaz de servir como mi representante de atención médica, designo a _____ ser mi representante de atención de la salud alternativa.

Doy instrucciones, además, que como lo requiere la ley que mi médico que atiende a conocer a mi representante de cuidado de la salud protegida información de salud con respecto a mi capacidad de comprender y apreciar la naturaleza y las consecuencias de las decisiones de cuidado de la salud y

para alcanzar y comunicar una decisión informada sobre el tratamiento a petición del representante de hecho en cualquier momento después de firmar este formulario.

Opto por no proporcionar instrucciones sobre atención médica, por favor vaya a la página siguiente.
_____ (Iniciales aqui)

LIVING instrucciones le o la asistencia médica

Si llega el momento en que estoy incapacitado hasta el punto en que ya no pueden participar activamente en las decisiones de mi propia vida, y soy incapaz de dirigir mi médico en cuanto a mi propia atención médica, deseo esta declaración a presentarse como una declaración de mis deseos.

Yo, _____, el autor de este documento, solicito que, si mi condición se considera terminal o si estoy decidido a ser permanentemente inconsciente, que se permita a morir y no ser mantenido con vida a través de los sistemas de soporte vital.

Por condición terminal, quiero decir que tengo una condición médica incurable o irreversible que, sin la administración de los sistemas de soporte de vida, será, en opinión de mi médico de cabecera, causar la muerte dentro de un tiempo relativamente corto. Por permanentemente inconsciente quiero decir que estoy en un estado de coma permanente o estado vegetativo persistente, que es una condición irreversible en la que estoy en ningún momento consciente de mí mismo o el medio ambiente y no muestran respuesta de comportamiento con el medio ambiente.

Las instrucciones específicas

A continuación se enumeran mis instrucciones con respecto a determinados tipos de sistemas de soporte vital. Esta lista no es exhaustiva. Mi declaración general que no mantengan con vida a través de sistemas de soporte de vida previstos para mí sólo está limitado donde he indicado que deseo un tratamiento particular que debe proporcionarse.

Reanimación cardiopulmonary	<u>Proporcionar</u>	<u>Retener</u>
La respiración artificial (incluyendo un respirador)	_____	_____
medios artificiales de proporcionar nutrición e hidratación	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Otras peticiones específicas:

Yo quiero suficientes analgésicos para mantener mi comodidad física. No es mi intención alguna obtención directa de mi vida, sino sólo que mi muerte no sea prolongado injustificadamente.

DOCUMENTO DE Anatomical Gift

No hago ningún regalo anatómico en este momento. _____ (Iniciales aqui)
A continuación hago este regalo anatómico, si es médicamente aceptable, _____ (iniciales)

Surtirán efecto a partir de mi muerte

Doy: (marque uno) _____ (1) cualquier órgano o parte
_____ (2) sólo los siguientes órganos o partes:

Para ser donados

para: (marque uno)

___ (1) Cualquiera de las finalidades indicadas en el inciso (a) de la sección 19a-279F de los estatutos generales ___ (2) _____ estos propósitos limitados.

DESIGNACIÓN DE UN conservador de la persona

Opto por no designar a una persona para ser nombrado como mi tutor. _____ (Iniciales aqui)

Si es necesario que sea nombrado un curador de mi persona, designo _____, Para ocupar mi tutor.

Si esta persona no está dispuesto o es incapaz de servir como mi curador de mi persona, designo _____ ser nombrado mi tutor. No se requerirá ningún vínculo de cualquiera de ellos en cualquier jurisdicción.

Estas solicitudes, citas y designaciones se realizan después de una cuidadosa reflexión, mientras yo esté en condiciones mentales. Cualquier parte que reciba una copia debidamente ejecutado o de fax de este documento puede confiar en ella a menos que dicha parte haya recibido notificación real de mi revocación de la misma.

x _____ L.S. Fecha _____, 20____

Declaraciones de testigos

Este documento fue firmado en nuestra presencia por _____ el autor de este documento, que parecía tener dieciocho años de edad o más, de sus facultades mentales y es capaz de comprender la naturaleza y las consecuencias de las decisiones de atención de salud en el momento de la firma del presente documento. El autor parecía estar bajo ninguna influencia indebida. Hemos suscrito este documento en presencia del autor y, a petición del autor y en presencia de la otra.

X _____
(Testigo)

x _____
(Testigo)

x _____
(Número y Calle)

(Número y calle)

x _____
(Ciudad, estado y código postal)

x _____
(ciudad, estado y código postal)

FORMA OPCIONAL

DECLARACIONES JURADAS Testigos

ESTADO DE CONNECTICUT)
)
(Pueblo)
CONDADO DE _____)

: ss . _____)

Nosotros, los testigos que suscriben, debidamente juramentados, decimos que hemos sido testigos de la ejecución de estas instrucciones de cuidado de la salud, la designación de un representante de atención de la salud, la designación de un curador de incapacidad futura y un documento de donación anatómica por el autor de este documento ; que el autor suscrito, publicado y declaró lo mismo ser instrucciones, citas y designación en nuestra presencia de la autora; que a partir de entonces suscribimos el documento como testigos en presencia del autor, a petición del autor y en la presencia de uno al otro; que en el momento de la ejecución de dicho documento, el autor nos ha parecido ser mayor de dieciocho años de edad o más, de sus facultades mentales, capaces de comprender la naturaleza y las consecuencias de dicho documento, y bajo ninguna influencia indebida, y hacemos esta declaración jurada a petición del autor de este día _____ de _____, 20____.

X _____

(Testigo)

X _____

(Número y Calle)

X _____

(Ciudad, estado y código postal)

X _____

(Testigo)

X _____

(Número y calle)

X _____

(ciudad, estado y código postal)

Suscrito y jurado ante mí por _____ and _____, los testigos firmantes a la declaración jurada anterior este día _____ de _____, 20____.

Comisionado de la Corte Superior
Notario público

Mi comisión expira: _____