
INSTRUCCIONES

Para Decisiones Medicas Anticipadas

Decisiones medicas anticipadas es un documento escrito, el cual instruye a su médico a impedir o detener los procesos médicos necesarios para mantenerlo con vida si es que usted contrae una condición terminal, la cual le impida expresar sus deseos en el momento en que se deba tomar una decisión con respecto al tipo de procedimiento a seguir.

En Rhode Island la ley sugiere un formato de decisiones medicas anticipadas, pero no requiere su uso exclusivo. Si usted decide firmar este documento que contienen sus decisiones medicas anticipadas, entonces puede utilizar el formato que se proporciona con estas instrucciones o bien puede redactar sus propias decisiones medicas anticipadas. Si utiliza el formato que se le proporciona, por favor lea y siga cuidadosamente las siguientes indicaciones:

1. Escriba su nombre en letra de molde en la primera línea del formulario.
2. Marque el tercer párrafo para indicar si desea o no que se le dé o se le suspenda la alimentación e hidratación artificial (comida y agua), así como también cualquier otro tratamiento para mantenerle con vida. Recuerde, si no quiere que se le administre nutrición e hidratación artificiales, debe indicarlo en sus decisiones medicas anticipadas.
3. Complete al final del formulario el día, mes y año en que lo firma.
4. Firme su nombre en la línea de la firma (o si no lo puede hacer, pídale a alguien que lo haga en su nombre) delante de dos (2) testigos que sepan quién es usted y que tengan por lo menos 18 años de edad.
5. Escriba su dirección en letra de molde en la línea indicada para ello.
6. Pídale a los dos (2) testigos que firmen y escriban sus direcciones en donde se les indica debajo de sus firmas. Los testigos no pueden ser sus parientes de sangre o parientes políticos.
7. Entregue a su médico una copia firmada de las decisiones medicas anticipadas para que éste(a) las coloque en su expediente.

Recuerde, usted puede revocar estas decisiones medicas anticipadas cuando así lo desee. Solamente debe indicarle a su médico que ya no desea que las obedezca.

NOTA: esta información se le proporciona para que sepa de la existencia de la ley en Rhode Island con respecto a las directrices anticipadas y no constituye ningún tipo de asesoría legal para su situación particular. Consulte con un abogado para obtener asesoría legal sobre directrices anticipadas o sobre sus derechos de cuidados de salud.

ESTADO DE RHODE ISLAND

CAPÍTULO 23-4.11

Una declaración puede redactarse de la siguiente forma, aunque no necesariamente.

LEY PERTINENTE A LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS DESHAUCIADOS.

DECLARACIÓN

Yo, _____, encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y de manera voluntaria, por medio de la presente expreso mi deseo de que el proceso de muerte no sea artificialmente prolongado bajo las circunstancias que describo a continuación:

Si padeciera de una enfermedad incurable o una condición irreversible que pudiera causar mi muerte y no fuera capaz de tomar una decisión con respecto a mi tratamiento médico, por medio de la presente instruyo al médico que me atiende a que impida o detenga los procedimientos que solamente prolonguen el proceso de muerte y los cuales no sean necesarios para mi comodidad o para aliviarme el dolor.

Esta autorización incluye
no incluye

que se impida o detenga la alimentación artificial (*marque solamente una de las casillas anteriores*).

Firmado este _____ día de _____, _____.

Firma del declarante

Dirección

Conozco al declarante de manera personal quien, voluntariamente, firmó en mi presencia. No soy ni pariente consanguíneo ni pariente político del declarante.

Testigo

Testigo

Dirección

Dirección