

# MI PRIMERA OPCIÓN PARA EL CUIDADO DE MI SALUD



***DÉ VOZ A SUS OPCIONES***

**VOLUNTAD ANTICIPADA**

# CUADERNO

\*\*\*El completar este cuaderno es el primer paso que puede tomar para proteger el derecho a que se respeten sus preferencias cuando no pueda comunicarlas.

NO ES UN DOCUMENTO LEGAL \*\*\*



Connecticut Legal Rights Project, Inc.  
Abril, 2014

## **Cuaderno de Mi primera opción para el Cuidado de mi Salud**

---

### **LA DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA LE DA VOZ A SUS OPCIONES**

Este cuaderno fue creado por el Connecticut Legal Rights Project (Proyecto de Derechos Legales de Connecticut) para ayudarle a preparar un documento legal conocido como declaración de voluntad anticipada. La declaración de voluntad anticipada le permite influenciar la atención médica cuando no pueda hacerlo.

**Los jueces, funcionarios que presidan audiencias y curadores deberán considerar sus opciones y respetar las preferencias expresadas en su voluntad anticipada al tomar decisiones acerca de su atención médica.**

CLRP cuenta con tres folletos sobre este tema que pueden ser de utilidad:

Conceptos básicos sobre la voluntad anticipada para el cuidado de salud

La selección de un apoderado para el cuidado de salud

Cómo ser un apoderado efectivo para el cuidado de salud

Este cuaderno NO es un documento legal, sino una compilación de la información que será utilizada por los abogados del CLRP al preparar su voluntad anticipada.

Si tiene preguntas acerca del cuaderno o de la declaración de voluntad anticipada, llame al CLRP al 1-877-402-2299 o visite la página Web del CLRP, [www.clrp.org](http://www.clrp.org).

**¿POR QUÉ TOMARSE EL TIEMPO PARA CREAR UNA DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA?**



**La declaración de voluntad anticipada ha ayudado a otros...Podría ayudarle a Ud.**



*“Estaba cansada de que mi familia siempre tuviera control de mi vida. Quería tener opciones y que mi opinión sobre mi vida fuera tomada en cuenta. La declaración de voluntad anticipada es una herramienta de gran utilidad. Creo que la gente debería tomarse el tiempo y hacerla porque nunca sabemos las sorpresas que nos depara la vida.”*

*Leslie E.*



*“Le permite a los seres queridos no tener que tomar decisiones al afrontar las emociones de cuando una vida llega a su final.”*

*Charles E.*

## Cuaderno de Mi primera opción para el Cuidado de mi Salud

---

### **Mi Cuaderno:**

▣ **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Números de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la persona (si alguna) que le ayudó a completar este cuaderno:**

\_\_\_\_\_

**Fecha en que se completó:** \_\_\_\_\_

**Fecha en que se llamó al CLRP @ 877-402-2299:** \_\_\_\_\_

**Ofrecemos asistencia para ayudarle a entender y preparar la declaración de voluntad anticipada. Comuníquese con el Connecticut Legal Rights Project para que un abogado o asistente legal conteste sus preguntas. Una declaración de voluntad anticipada es un documento legal y le exhortamos obtener asesoramiento legal al completar, actualizar o revocar la misma.**

# MIS OPCIONES PARA EL CUIDADO DE MI SALUD

Las secciones de este cuaderno cubren una gama de temas relacionados al cuidado de salud. **No necesita completar cada sección; la decisión es suya.**

<b>1. REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA.....</b>	<b>Pág 1</b>
<b>2. A QUIÉN QUIERO.....</b>	<b>7</b>
Nombramiento de un apoderado para el cuidado de salud	
Contacto de emergencia	
Nombramiento de un curador	
<b>3. LO QUÉ QUIERO.....</b>	<b>9</b>
Hospitales o programas/entidades donde prefiero o no prefiero ser tratado	
Médico(s) que prefiero o no prefiero me dé(n) tratamiento si soy ingresado	
Medicamentos que quiero o no quiero	
Tratamiento electroconvulsivo	
Lo que me ayuda cuando tengo dificultades	
Personas a quienes quiero notificar si soy ingresado	
Contacto físico por parte del personal	
Cosas que dificultan más la situación si ya estoy alterado	
Preferencias si se utilizan tratamientos de emergencia involuntarios	
Consentimiento para enseñanza de estudiantes; estudios para tratamiento o ensayos clínicos	
Dónde quiero o no quiero recibir tratamiento ambulatorio	
Preferencias adicionales con respecto a mi cuidado de salud	
<b>4. OPCIONES FINALES/TESTAMENTO VITAL.....</b>	<b>17</b>
Mis deseos con respecto al soporte vital	
Declaración sobre donaciones de órganos	
Otras peticiones específicas	
<b>5. RELEVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>6. OTRA INFORMACION IMPORTANTE.....</b>	<b>21</b>
Si soy ingresado, tengo las siguientes obligaciones (hijos, mascotas, apartamento, etc.)	
Cumplimiento	
Ubicación de este documento	
<b>7. DISPOSICIONES OPCIONALES.....</b>	<b>23</b>
Declaración para el defensor del paciente, representante del hospital, o persona autorizada si mi cónyuge es mi apoderado para el cuidado de salud	
<b>8. TARJETA DE BOLSILLO.....</b>	<b>24</b>
<b>9. PREGUNTAS PARA EL ABOGADO.....</b>	<b>27</b>

***Si usted ha completado previamente una voluntad anticipada y desea cambiar la totalidad o parte de ella, por favor complete la sección de abajo***

---

# **1. REVOCACIÓN DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA**

**¿Tiene actualmente una voluntad anticipada?**

**Sí**       **No**

Quiero hacer los siguientes cambios:

\_\_\_\_\_ Quiero revocar el nombramiento de:

\_\_\_\_\_

como Apoderado para el Cuidado de Salud en mi declaración de voluntad anticipada con fecha de: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ También quiero revocar el nombramiento de: \_\_\_\_\_

como Apoderado Suplente para el Cuidado de Salud en mi declaración de voluntad anticipada con fecha de \_\_\_\_\_.

Tal vez quiera además:

\_\_\_\_\_ Revocar mis instrucciones para atención médica o

\_\_\_\_\_ Mantener mis instrucciones para atención médica. Quiero que mis instrucciones para atención médica sigan siendo testimonio legal de mi voluntad.

Es buena idea comunicarse con el apoderado o apoderado suplente para el cuidado de salud que haya sido nombrado anteriormente e informar acerca de su decisión de revocar la autoridad conferida en la nueva declaración de voluntad anticipada.
--

**NOTA: Si la persona no tiene una copia de la voluntad anticipada previa y CLRP no lo tiene en el archivo, se debe completar un nuevo conjunto de instrucciones para el cuidado de la salud.**

## **2. NOMBRAMIENTO DE LAS PERSONAS A CARGO DE LAS DECISIONES:**

**Yo, \_\_\_\_\_, nombro a los siguientes:**

### **▣ NOMBRAMIENTO DEL APODERADO PARA EL CUIDADO DE SALUD:**

Si el médico responsable determinara que no estoy en condición de entender y apreciar la naturaleza y consecuencias de las decisiones de salud y que no soy capaz de comunicar ni de llegar a una decisión informada en cuanto a tratamiento, autorizo que mi apoderado para el cuidado de salud haga lo siguiente:

Tomar por mí todas y cada una de las decisiones para el cuidado de salud, incluso la decisión de aceptar o rechazar cualquier tratamiento, servicio o procedimiento destinado a diagnosticar o tratar mi condición física, a menos que la ley disponga lo contrario, incluyendo, pero sin limitarse a, psicocirugía o terapia electro convulsiva, así como la decisión de retener o retirar los sistemas de apoyo vital. Mis instrucciones a mi apoderado para el cuidado de salud es que tome decisiones por mí de conformidad a mis deseos, tal y como lo dispone este documento o conforme a su conocimiento de mi voluntad para el cuidado de mi salud. En caso de que mi voluntad no sea clara o que surja una situación que no haya anticipado, mi apoderado para el cuidado de mi salud podrá tomar una decisión en mis mejores intereses con base a lo que conoce como mi voluntad.

**Nombro a \_\_\_\_\_ como apoderado para el cuidado de salud.**

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### **▣ NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE SUPLENTE PARA EL CUIDADO DE SALUD:**

**Nombro a \_\_\_\_\_ como representante suplente para el cuidado de salud.**

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## Cuaderno de Mi primera opción para el Cuidado de mi Salud

### **▣ NO ELIJO DESIGNAR UN APODERADO PARA EL CUIDADO DE SALUD A ESTA TIEMPO:**

No tengo un Apoderado para el Cuidado de Salud pero quiero que esta documento sirva como un testamento legal de mis deseos.

Mi contacto de emergencia es: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### **▣ NOMBRAMIENTO DEL CURADOR DE LA PERSONA, DE SER NECESARIO:**

Si fuera necesario nombrar a un curador de la persona, nombro a

\_\_\_\_\_ para que sea mi curador.

Si mi primera preferencia no estuviera dispuesta o no pudiera servir como curador de la persona, designo a \_\_\_\_\_ para que sea nombrado como mi curador.

### **▣ DESIGNACIÓN DE CURADOR DEL PATRIMONIO, DE SER NECESARIO:**

Si fuera necesario nombrar a un curador del patrimonio, designo a

\_\_\_\_\_ para que sea nombrado como mi curador.

Si mi primera preferencia no estuviera dispuesta o no pudiera servir como curador del patrimonio, designo a \_\_\_\_\_ para que sea nombrado como mi curador.

***No se exigirá depósito de fianza a ninguno de los curadores propuestos en ninguna jurisdicción.***



### 3. INSTRUCCIONES PARA EL CUIDADO DE SALUD:

**▣ HOSPITALES O PROGRAMAS/ENTIDADES DONDE PREFIERO INGRESAR:**

Nombre de la entidad: \_\_\_\_\_

Razón (opcional): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la entidad: \_\_\_\_\_

Razón (opcional): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la entidad: \_\_\_\_\_

Razón (opcional): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**▣ HOSPITALES O PROGRAMAS/ENTIDADES DONDE PREFIERO NO INGRESAR:**

Nombre de la entidad: \_\_\_\_\_

Razón (opcional): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la entidad: \_\_\_\_\_

Razón (opcional): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la entidad: \_\_\_\_\_

Razón (opcional): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Cuaderno de Mi primera opción para el Cuidado de mi Salud

### ▣ MÉDICO(S) QUE PREFIERO ME TRATEN SI SOY INGRESADO:

Dr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de práctica: \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de práctica: \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de práctica: \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de práctica: \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de práctica: \_\_\_\_\_

### ▣ MÉDICO(S) QUE PREFIERO NO ME TRATE(N):

Dr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Razón (opcional) \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Razón (opcional) \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Razón (opcional) \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Razón (opcional) \_\_\_\_\_

## Cuaderno de Mi primera opción para el Cuidado de mi Salud

### ▣ **MEDICAMENTOS QUE PREFIERO PARA TRATAMIENTO MÉDICO:**

Enumere aquí sus preferencias para medicamentos o incluya un listado impreso de su proveedor médico.

Medicamento preferido	Nivel de dosificación preferido
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

▣ **MEDICAMENTOS QUE NO QUIERO:** Yo no quiero, ni deseo que mi apoderado para el cuidado de salud consienta a la administración de los siguientes medicamentos o sus respectivos equivalentes de marca o genéricos:

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_  
Razón (opcional) \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_  
Razón (opcional) \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_  
Razón (opcional) \_\_\_\_\_

### ▣ **OTROS COMENTARIOS ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS:**

---

---

---

## Cuaderno de Mi primera opción para el Cuidado de mi Salud

### ▣ TRATAMIENTO DE CHOQUES ELÉCTRICOS: (terapia electroconvulsiva o ECT):

En Connecticut, la persona que no pueda dar un consentimiento informado podrá recibir terapia ECT (terapia electroconvulsiva o de choques eléctricos) mediante orden judicial del Tribunal Sucesorio y de Familia. Es mi voluntad que el Tribunal Sucesorio y de Familia tome en consideración mis preferencias tal y como se han documentado en mi Declaración de Voluntad Anticipada.

Mi preferencia con respecto a la administración de la terapia ECT es:

\_\_\_\_\_ Si así se recomendara, no tengo objeción a la administración de choques eléctricos del siguiente tipo:

\_\_\_\_\_ Si así se recomendara, prefiero que el número de tratamientos sea (el primero) \_\_\_\_\_ determinado por el médico responsable.

\_\_\_\_\_ aprobados por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de la siguiente manera: \_\_\_\_\_

Razón : (opcional) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *No quiero que* se me administre la terapia ECT (terapia electroconvulsiva o de choques eléctricos).

Razón : (opcional) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No tengo preferencia.

### ▣ MEDIDAS ÚTILES PARA CUANDO TENGA DIFICULTADES:

Si estoy pasando por dificultades, las medidas a continuación resultan útiles (sí o no):

\_\_\_\_\_ Tiempo en mi habitación

\_\_\_\_\_ Escuchar música

\_\_\_\_\_ Manualidades

\_\_\_\_\_ Leer

\_\_\_\_\_ Darme una ducha

\_\_\_\_\_ Ver TV

\_\_\_\_\_ Hablar con un compañero

\_\_\_\_\_ Caminar por los pasillos

\_\_\_\_\_ Sostenerme la mano

\_\_\_\_\_ Llamar a un amigo(a)

\_\_\_\_\_ Ir a dar una caminata

\_\_\_\_\_ Llamar a mi terapeuta

\_\_\_\_\_ Pegarle a la almohada

\_\_\_\_\_ Meditación

\_\_\_\_\_ Escribir en mi diario

\_\_\_\_\_ Acostarme

\_\_\_\_\_ Ejercicios de respiración profunda

\_\_\_\_\_ Sentarme junto al personal

\_\_\_\_\_ Hablar con el personal

\_\_\_\_\_ Hacer ejercicio

\_\_\_\_\_ Ofrecer sustituto de nicotina

\_\_\_\_\_ Se me ofrezcan medicamentos

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

## Cuaderno de Mi primera opción para el Cuidado de mi Salud

### ▣ PERSONAS A LAS QUE QUIERO NOTIFICAR SI SE ME INGRESA:

Favor de ayudarme a contactar las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Esta persona me ayuda cuando me altero: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Quiero que la persona me visite: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Esta persona me ayuda cuando estoy alterado: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Quiero que la persona me visite: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Esta persona me ayuda cuando estoy alterado: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Quiero que la persona me visite: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Esta persona me ayuda cuando estoy alterado: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Quiero que la persona me visite: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

### ▣ CONTACTO FÍSICO DE PARTE DEL PERSONAL:

¿Es aceptable que me toque el personal? \_\_\_\_\_ (sí o no)

Comentario: (p. ej., el tipo de contacto que resulta útil (sostener la mano, tocar el hombro, etc., o por qué no quiere se le toque.)

## Cuaderno de Mi primera opción para el Cuidado de mi Salud

### ▣ COSAS QUE DIFICULTAN MÁS LA SITUACION SI YA ESTOY

#### ALTERADO:

(sí o no)

- Que se me toque
- Estar aislado
- Tener abierta la puerta del dormitorio
- Personas vestidas de uniforme
- Época del año \_\_\_\_\_
- Hora del día \_\_\_\_\_
- Gritos
- Ruidos fuertes
- No tener control/opinión acerca de \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

### ▣ TRATAMIENTO DE EMERGENCIA INVOLUNTARIO:

Los medicamentos a continuación son opciones únicamente en caso de emergencia. (Identificar con 1 la primera opción, 2 la segunda opción, etc., hasta que todas las preferencias tengan número.)

- Encierro
- Inmovilización física
- Medicamentos por inyección : \_\_\_\_\_
- Medicamentos en forma de píldora: \_\_\_\_\_
- Medicamentos líquidos: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

### ▣ PREFERENCIAS EN CUANTO AL USO DE INMOVILIZACIÓN Y ENCIERRO:

En otras ocasiones en que se me ha inmovilizado físicamente lo que ha resultado de utilidad es:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nunca se me ha inmovilizado físicamente.

## Cuaderno de Mi primera opción para el Cuidado de mi Salud

### **▣ DURANTE EL ENCIERRO Y/O INMOVILIZACIÓN, PREFIERO QUE ME ATIENDA EL:**

\_\_\_\_\_ Personal femenino

\_\_\_\_\_ Personal masculino

Razón para la opción (opcional) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No tengo preferencia.

### **▣ CONSENTIMIENTO A LA ENSEÑANZA DE ESTUDIANTES, ESTUDIOS O ENSAYOS CLÍNICOS:**

\_\_\_\_\_ Autorizo que mi Apoderado para el Cuidado de Salud dé su consentimiento para mi participación en:

\_\_\_\_\_ Enseñanza de estudiantes

\_\_\_\_\_ Estudios para tratamiento

\_\_\_\_\_ Ensayos con medicamentos

Mi Apoderado para el Cuidado de Salud ha de consultar con mi médico responsable y cualquier otra persona que mi apoderado estime adecuado, determine que los posibles beneficios sean mayores que el posible riesgo de participar y que otras intervenciones no experimentales no tengan probabilidades de proveer un tratamiento efectivo. Este consentimiento no tiene como propósito sustituir cualquier otro consentimiento que se requiera por ley.

\_\_\_\_\_ No quiero tomar parte en la enseñanza de estudiantes, estudios de tratamiento o ensayos clínicos.

\_\_\_\_\_ No tengo preferencia.

### **▣ DÓNDE PREFIERO RECIBIR TRATAMIENTO AMBULATORIO DESPUÉS DEL ALTA:**

Proveedor: \_\_\_\_\_

Razón: (opcional) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Proveedor: \_\_\_\_\_

Razón: (opcional) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## 4. TESTAMENTO VITAL

### DECISIONES (FINAL DE LA VIDA):

#### ▣ MIS DESEOS CON RESPECTO A SOPORTE VITAL SON:

Si llegara el momento en que esté incapacitado al punto en que ya no pueda tomar parte activa en las decisiones para mi propia vida y no pueda ya dirigir a mi médico en cuanto a mi propia atención médica, quiero que esta declaración sirva como testimonio de mi voluntad.

\_\_\_\_\_ **No quiero tomar una decisión en este momento** en cuanto a poner fin al soporte vital y entiendo que se podrán tomar medidas extremas para mantenerme vivo.

\_\_\_\_\_ Quiero que se tomen todas las medidas para mantenerme vivo.

\_\_\_\_\_ He tomado decisiones en cuanto a poner fin al soporte vital en un Testamento vital que se encuentra en: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Pido que si mi condición fuera considerada terminal o se determinara que estaré inconsciente de forma permanente, se me permita morir y no mantenerme vivo mediante sistemas de apoyo vital.** Por condición terminal me refiero a que sufra de una condición incurable o irreversible que, de acuerdo a la opinión de mi médico, pueda provocar mi muerte dentro de un tiempo relativamente corto de no ser por la administración de los sistemas de apoyo vital. Por estar inconsciente de forma permanente me refiero a que me encuentra en un estado de coma permanente o en un estado vegetativo persistente que sea una condición irreversible en la cual en ningún momento tenga conciencia de mi persona o del entorno y no tenga ninguna respuesta conductual al entorno. No es mi intención privarme directamente de mi vida sino que mi muerte no deberá prolongarse sin justificación. Pido esto después de una cuidadosa reflexión estando en pleno uso de mis facultades mentales.

Los sistemas de apoyo vital **que no deseo** incluyen, pero no se limitan a:

\_\_\_\_\_ Respiración artificial (p. ej., oxígeno, máquina para respirar)

\_\_\_\_\_ Resucitación cardiopulmonar (p. ej., RCP, reanimar el corazón)

\_\_\_\_\_ Medios artificiales para proveer nutrición e hidratación (p. ej., sonda intravenosa o de alimentación)

**NOTA: Esto no es lo mismo que una orden De No Reanimar (DNR). Favor de hablar con su proveedor médico en cuanto a este asunto.**

# Cuaderno de Mi primera opción para el Cuidado de mi Salud

## ▣ DECLARACIÓN SOBRE DONACIONES DE ÓRGANOS:

Por la presente hago las siguientes donaciones de órganos con efectividad en el momento de mi muerte si fuera médicamente aceptable.

Quiero dar:

Cualquier órgano o partes necesarias.

Sólo los siguientes órganos o partes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Y donarlo para:

Cualquiera de los propósitos dispuestos en la subsección (a) de la sección 19a-279f de las leyes generales, incluyendo enseñanza, investigaciones, trasplantes y terapia.

Estos fines limitados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O:

Soy donante de órganos en mi licencia de conducir/tarjeta de identidad del estado.

No quiero hacer donaciones de órganos.

No quiero tomar una decisión en este momento.

## ▣ OTRAS PETICIONES ESPECÍFICAS PARA EL FINAL DE LA VIDA:

---

---

---

---

---

---

---

---

## **5. RELEVOS**

**Si quiere incluir un relevo de información a nombre de su apoderado para el cuidado de salud, favor de proveer la siguiente información:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Mi apoderado para el cuidado de salud: \_\_\_\_\_.

**Si quiere incluir un relevo de información a nombre de su apoderado suplente para el cuidado de salud, favor de proveer la siguiente información:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Apoderado suplente para el cuidado de salud: \_\_\_\_\_.

## Cuaderno de Mi primera opción para el Cuidado de mi Salud

---

**Si desea incluir un relevo de la información médica para la persona que sea su contacto de emergencia, favor de incluir la siguiente información:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

**Si desea incluir un relevo de la información médica para el Proyecto de Derechos Legales de CT, favor de incluir la siguiente información:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## **6. OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE:**

**▣ SI SOY INGRESADO, TENGO LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES  
(hijos, mascotas, apartamento, etc.):**

Obligación: \_\_\_\_\_

Favor de contactar a la siguiente persona con respecto a esta obligación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Si la persona arriba mencionada no estuviera disponible, favor de contactar a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Información adicional sobre mi responsabilidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obligación: \_\_\_\_\_

Favor de contactar a la siguiente persona con respecto a esta obligación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Si la persona arriba mencionada no estuviera disponible, favor de contactar a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Información adicional sobre mi responsabilidad : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Cuaderno de Mi primera opción para el Cuidado de mi Salud

▣ **CUMPLIMIENTO:** Yo, \_\_\_\_\_, confiero a mi Apoderado para el Cuidado de Salud la autoridad para comunicarse con la Oficina de Protección y Defensoría, el Proyecto de Derechos Legales de CT, y/o con cualquier otro abogado a fin de hacer cumplir e implementar mi voluntad anticipada.

▣ **UBICACIÓN DEL DOCUMENTO:**

El documento original ha de ser preservado por: \_\_\_\_\_  
en: \_\_\_\_\_

Las siguientes personas o entidades tendrán copia:

Persona o entidad: \_\_\_\_\_ Tel. #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Persona o entidad: \_\_\_\_\_ Tel. #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Persona o entidad: \_\_\_\_\_ Tel. #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Persona o entidad: \_\_\_\_\_ Tel. #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Persona o entidad: \_\_\_\_\_ Tel. #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Persona o entidad: \_\_\_\_\_ Tel. #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Persona o entidad: \_\_\_\_\_ Tel. #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Persona o entidad: \_\_\_\_\_ Tel. #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

## 7. DISPOSICIONES OPCIONALES

### ▣ DECLARACIÓN DEL DEFENSOR DE PACIENTES, REPRESENTANTE DEL HOSPITAL, O PERSONA AUTORIZADA:

Si recibe ayuda de un empleado de una entidad de servicios de salud al completar este documento, pida a dicha persona le ayude a completar la siguiente información.

La persona a continuación explicó la naturaleza y las consecuencias de la Declaración de Voluntad Anticipada.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Entidad: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

### ▣ SI MI CÓNYUGE ES MI APODERADO PARA EL CUIDADO DE SALUD

Si se nombra al cónyuge como Apoderado para el Cuidado de Salud, el nombramiento será revocado mediante separación legal de las partes, divorcio o anulación del vínculo matrimonial a menos que se complete la siguiente sección.

Yo, \_\_\_\_\_, deseo que la persona nombrada como Apoderado para el Cuidado de Salud, quien es en este momento mi cónyuge, siga siendo mi Apoderado para el Cuidado de Salud aún cuando nos separemos legalmente o se disuelva nuestro matrimonio.

## **8. Tarjeta de bolsillo:**

\_\_\_\_\_ Quiero que el CLRP me provea una tarjeta de bolsillo laminada para informar a los proveedores a quién contactar en caso de emergencia y dónde se encuentra mi declaración de voluntad anticipada.

## **RECORDATORIO IMPORTANTE**

Recuerde que la declaración de voluntad anticipada solo puede utilizarse después de que un médico determine que usted ya no es capaz de comunicar o hacer decisiones sobre su tratamiento médico.

ES IMPORTANTE QUE:

- ◆ La persona tenga conocimiento que ha sido nombrada en su voluntad anticipada
- ◆ Que la persona entienda sus preferencias
- ◆ Que tenga copia de la declaración de voluntad anticipada o conocimiento de dónde obtenerla





# YA COMPLETÓ EL CUADERNO. ¡AHORA ES MOMENTO DE PREPARAR LA DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPA-

### Deberá:

1. **HABLAR CON LAS PERSONAS NOMBRADAS.** Hable con las personas nombradas en el cuaderno y asegúrese de que estén dispuestas a tener la responsabilidad de tomar las decisiones por usted y que entienden y han de respetar sus preferencias. Puede que también quiera discutir las preferencias con el manejador de su caso y los profesionales a cargo de su tratamiento.
2. **LLAMAR AL CLRP.**

Si el CLRP no es su representante legal en la declaración de voluntad anticipada, comuníquese con el CLRP al 860-262-5030 o al 1-877-402-2299 para una entrevista inicial. El CLRP ha de:

1. Repasar el documento con usted y contestar cualquiera de sus preguntas y luego finalizar el documento legal.
2. Supervisar la ejecución del documento (que firme el documento en presencia de dos testigos y un notario público).
3. Distribuir la declaración conforme su voluntad.
4. Darle una tarjeta de bolsillo laminada.
5. Conservar en archivo copia de su declaración de voluntad anticipada.
6. Enviar recordatorios anuales de la voluntad anticipada y actualizar sus consentimientos y relevos, los cuales caducan después de un año.

### 3. REVISAR ANUALMENTE LA DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA

- Su voluntad anticipada puede durar para siempre pero puede que algunas de sus preferencias cambien con el tiempo.
- Las instrucciones sobre su cuidado médico en torno a cualquier aspecto de su salud, incluyendo el retiro o retención de los sistemas de apoyo vital podrán revocarse en cualquier momento y de cualquier forma sin importar cuál sea la condición de su salud mental. Si quiere revocar el nombramiento de un apoderado para el cuidado de salud, deberá hacerlo por escrito y en presencia de testigos.

---

## Nuestra Misión

Connecticut Legal Rights Project, Inc., (CLRP) es una agencia sin fines de lucro a nivel estatal que ofrece servicios legales en asuntos relacionados con el tratamiento y la recuperación, así como los derechos civiles, a las personas de bajos ingresos con discapacidades psiquiátricas que residan en hospitales o en la comunidad. El CLRP representa a los clientes en foros administrativos, jurídicos y legislativos de acuerdo con las preferencias que han expresado a fin de que se cumpla con sus derechos legales y asegurar que se respeten sus opciones personales y se proteja su autodeterminación individual. El CLRP desarrolla y apoya iniciativas que promueven la integración plena en la comunidad lo cual aumenta al máximo las oportunidades para la independencia y la autosuficiencia.

El CLRP representa clientes en una amplia gama de asuntos relacionados con el tratamiento y la recuperación, así como los derechos civiles entre los cuales están la medicación involuntaria, dar de alta, integración a la comunidad, vivienda, empleo, educación, beneficios por discapacidad, declaraciones de voluntad anticipada y curadurías o tutelas.

## Para más información comuníquese con:



CONNECTICUT  
LEGAL  
RIGHTS  
PROJECT, INC.

### **CT Legal Rights Project, Inc.**

P.O. Box 351, Silver Street

Middletown, CT 06457

**1-877-402-2299**

**ACTUALIZADO EN ABRIL 2014**

## **9. Preguntas para el Abogado**

\_\_\_\_\_ No tengo preguntas para el abogado

\_\_\_\_\_ Tengo las preguntas siguientes para el abogado:

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_