

Directiva Anticipada de Oklahoma Para el Cuidado de la Salud

Si en algún momento no estoy en capacidad de tomar decisiones médicas respecto a mi salud, ordeno que los proveedores médicos se respeten las siguientes preferencias respecto al tratamiento:

I. Testamento Vivo

Si el doctor que me atiende y otro doctor determinan que no estoy en capacidad de tomar decisiones médicas respecto al tratamiento mío, ordeno que el doctor que me atiende y los otros proveedores médicos, según la Ley de Directivas Anticipadas del estado de Oklahoma, respeten mis instrucciones escritas aquí:

1. Si, al juicio del doctor que me atiende y del otro doctor estoy padeciendo de una enfermedad incurable e irreversible de la que se espera moriré dentro de los seis (6) meses, incluso con tratamientos disponibles para prolongar la vida:

(Indique sólo una opción con las iniciales)

Yo pido que no me den tratamientos para prolongar la vida, menos que si no puedo tomar comida ni agua por boca, deseo que me suministren nutrición e hidratación artificial.

Yo pido que no me den tratamientos para prolongar la vida, incluyendo que no me den la nutrición e hidratación artificial.

Yo pido que me den tratamientos para prolongar la vida y si no puedo tomar comida ni agua por boca, quiero que me suministren nutrición e hidratación artificial.

(Firme con las iniciales si es aplicable)

Que se note las instrucciones más específicas en el párrafo (4) abajo.

2. Si estoy persistentemente inconsciente, o si el doctor que me atiende y otro doctor determinan que estoy sufriendo de un padecimiento irreversible que no me permitirá atender a mí mismo y que no tengo conciencia de mi ser ni del medio ambiente:

(Indique sólo una opción con las iniciales)

Yo pido que no me den tratamientos para prolongar la vida, menos que si no puedo tomar comida ni agua por boca, deseo que me suministren nutrición e hidratación artificial.

Yo pido que no me den tratamientos para prolongar la vida, incluyendo que no me den la nutrición e hidratación artificial.

Yo pido que me den tratamientos para prolongar la vida y si no puedo tomar comida ni agua por boca, quiero que me suministren nutrición e hidratación artificial.

(Firme con las iniciales si es aplicable)

Que se note las instrucciones más específicas en el párrafo (4) abajo.

3. Si estoy padeciendo en las etapas finales de una condición causada por un daño o por una enfermedad, que al fin resulta en una empeoración severa y permanente indicaba por la incapacidad mental y físico, y no hay tratamiento médico efectivo para mejorar esta condición irreversible:

(Indique sólo una opción con las iniciales)

Yo pido que no me den tratamientos para prolongar la vida, menos que si no puedo tomar comida ni agua por boca, deseo que me suministren nutrición e hidratación artificial.

Yo pido que no me den tratamientos para prolongar la vida, incluyendo que no me den la nutrición e hidración artificial.

Yo pido que me den tratamientos para prolongar la vida y si no puedo tomar comida ni agua por boca, quiero que me suministren nutrición e hidratación artificial.

(Firme con las iniciales si es aplicable)

Que se note las instrucciones más específicas en el párrafo (4) abajo.

4. Instrucciones adicionales

(Aquí usted puede: [a] describir otras condiciones en que usted quisiera tratamientos para prolongar la vida o que quisiera que los proveedores medicos se suministren a usted la nutrición e hidratación artificial; [b] escribir instrucciones más específicas de sus deseos respeto los tratamientos para prolongar la vida o la administración de la nutrición e hidratación artificial si tiene una condición terminal, o si usted está persistentemente inconsiente, o si está padeciendo en las etapas finales de una condición irreversible; [c] escribir algo de las dos condiciones.)

II. La Designación de la Persona Apoderada Tomar Decisiones Médicas de mi Parte

Según la Ley de Directivas Anticipadas del estado de Oklahoma, si al juicio del doctor que me atiende y del otro doctor no estoy capaz de tomar decisiones respeto a los tratamientos médicos, ordeno al doctor que me atiende y los otros proveedores médicos que sigan las instrucciones de _____, la persona quien he designado a tomar decisiones médicas de mi parte

Si la persona designada apoderada tomar decisiones médicas de mi parte no puede o no quiere funcionar en este papel, autorizo a _____ como ser la persona alternativa designada con la misma autoridad que la persona primaria de tomar decisiones médicas de mi parte. Autorizo a la persona apoderada tomar decisiones de mi parte o la persona alternativa tomar cualquier decisión respeto a los tratamientos médicos que yo podría tomar si pudiera estar capaz, menos que en decisiones respeto a los tratamientos para prolongar la vida o las decisiones

respeto a la suministración de la nutrición e hidratación artificial ellos tienen que seguir solamente las instrucciones que ya he indicado anteriormente en este documento.

Si fallo designar a una persona apoderada tomar decisiones médicas en esta sección del documento, indica que intencionalmente estoy rehusando designarla.

III. La Donación de los Organos

Según la ley Uniforme del Regalos Anatómicos, autorizo que al momento de mi muerte, el cuerpo entero o los órganos o partes del cuerpo designados aquí abajo sean donados para los siguientes propósitos:

(Firme con las iniciales todos que son aplicables)

transplantación terapia el progreso de la ciencia, la investigación o la educación médica el progreso de la ciencia, la investigación o la educación dental “La muerte” quiere decir o la cesación irreversible de las funciones de la circulación y respiración o la cesación irreversible de todas las funciones del cerebro, incluyendo el tallo del cerebro. (Firme con las iniciales todos los que son aplicables) Todo mi cuerpo

Los siguientes órganos o partes del cuerpo:

<input type="checkbox"/> los pulmones	<input type="checkbox"/> el hígado	<input type="checkbox"/> la páncreas
<input type="checkbox"/> el corazón	<input type="checkbox"/> los riñones	<input type="checkbox"/> el cerebro
<input type="checkbox"/> la piel	<input type="checkbox"/> la sangre/líquidos	<input type="checkbox"/> el tejido
<input type="checkbox"/> las arterias	<input type="checkbox"/> las glándulas	<input type="checkbox"/> los huesos/ la órgano _____

IV General Provisions

- a. Entiendo que debo ser dieciocho (18) años mayores de edad o más viejos para ejecutar esta forma.
- b. Entiendo que mis testigos deben ser dieciocho (18) años mayores de edad o más viejos y no me estarán relacionados o heredar me forman.
- c. Entiendo que si he sido diagnosticado como embarazado y que el diagnóstico es conocido a mi médico atendedor, seré proveído de tratamiento que sostiene vida e hidratación artificialmente administrada y nutrición a menos que yo tenga, en mis propias palabras, expresamente autorizó esto durante un curso o embarazo, tratamiento que sostiene vida y/o artificialmente administró la hidratación y/o la nutrición será retenida o retirada.
- d. en ausencia de mi capacidad de dar direcciones en cuanto al uso de procedimientos que sostienen vida, esto es mi intención que esta directiva de avance se honrará por mi familia y médicos como la expresión final de mi derecho legal elegir o rechazar la cirugía o médica incluso, pero no limitada con, la administración de procedimientos que sostienen vida, y acepto las consecuencias de tal opción o respuesta negativa.
- e. esta directiva de avance será en efecto hasta que esto sea revocado.
- f. Entiendo que puedo revocar esta directiva de avance en cualquier momento.
- g. Entiendo y estoy de acuerdo que si tengo alguna directiva previa, y si firmo esta directiva de avance, mis directivas previas son revocadas.
- h. Entiendo y estoy de acuerdo que si tengo alguna directiva previa, y si firmo esta directiva de avance, mis directivas previas son revocadas.
- i. Entiendo que mi médico (s) tomará todas las decisiones basadas sobre su mejor juicio que se aplica con cuidado ordinario y diligencia el conocimiento y habilidad que es poseída y usada por miembros de la profesión del médico en la posición buena contratada en el mismo campo de la práctica entonces, medido en estándares nacionales.

Firmado este día _____ del mes _____ del 20_____

Firma

Residencia (ciudad,condado,estado)

Fecha de Nacimiento(opcional)

ESTE avance directiva fue firmado en mi presencia._____

Firma de Testigo

Firma de Testigo

Domicilio

Domicilio

Cuidad/Estado

Cuidad/Estado