

MI PRIMERA OPCIÓN PARA EL CUIDADO DE MI SALUD



DÉ VOZ A SUS OPCIONES

VOLUNTAD ANTICIPADA

CUADERNO

***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.
Diciembre, 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.

Facilitadores Certificados que trabajan en DMHAS programas en todo el estado han sido entrenados por CLRP financiado para ayudar a completar este libro.

La Directiva Anticipada es un documento legal y alentamos firmemente que para obtener asesoramiento jurídico al completar, actualizar o revocar una.

Esta Iniciativa Directiva Anticipada es una asociación de colaboración entre DMHAS y CLRP financiado en parte por la Fundación de Abogados de Connecticut.

¿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 de Envío: _____

Números de teléfono: _____

Correo Electronico: _____

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

Número de teléfono: _____

Correo Electronico: _____

Los Facilitadores deben recopilar informacion que CLRP necesita para confirmar la elegibilidad (Pagina 23) y presentar junto con el libro.

___ **Si** ___ **No** **Que usted reside actualmente en un centro de DMHAS o DDS?**

___ **Sí** ___ **No** **Yo tengo un Tutor de la persona**

En Caso Afirmativo, nombre del Tutor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo Electronico: _____

Fecha en que se completó: _____

Fecha en que se llamó al CLRP @ 877-402-2299: _____

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.**

1. REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA.....	1
2. A QUIÉN QUIERO.....	7
Nombramiento de un apoderado para el cuidado de salud	
Contacto de emergencia	
Nombramiento de un curador	
3. LO QUÉ QUIERO.....	9
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	
4. OPCIONES FINALES/TESTAMENTO VITAL.....	17
Mis deseos con respecto al soporte vital	
Declaración sobre donaciones de órganos	
Otras peticiones específicas	
5. OTRA INFORMACION IMPORTANTE.....	21
Si soy ingresado, tengo las siguientes obligaciones (hijos, mascotas, apartamento, etc.)	
Cumplimiento	
Ubicación de este documento	
6. DISPOSICIONES OPCIONALES.....	23
Declaración para el defensor del paciente, representante del hospital, o persona autorizada si mi cónyuge es mi apoderado para el cuidado de salud	
7. TARJETA DE BOLSILLO.....	24
8. PREGUNTAS PARA EL ABOGADO.....	27

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) _____

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 (Circulo sí o no. Debe responder a todas.):

Sí/ No Tiempo en mi habitación

Sí/ No Escuchar música

Sí/ No Manualidades

Sí/ No Leer

Sí/ No Darme una ducha

Sí/ No Ver TV

Sí/ No Hablar con un compañero

Sí/ No Caminar por los pasillos

Sí/ No Sostenerme la mano

Sí/ No Llamar a un amigo(a)

Sí/ No Ir a dar una caminata

Sí/ No Llamar a mi terapeuta

Sí/ No Pegarle a la almohada

Sí/ No Meditación

Sí/ No Escribir en mi diario

Sí/ No Acostarme

Sí/ No Ejercicios de respiración profunda

Sí/ No Sentarme junto al personal

Sí/ No Hablar con el personal

Sí/ No Hacer ejercicio

Sí/ No Ofrecer sustituto de nicotina

Sí/ No Se me ofrezcan medicamentos

Sí/ No 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: (Circulo sí o no. Debe responder a todas)

Sí/ No Que se me toque

Sí/ No Estar aislado

Sí/ No Tener abierta la puerta del dormitorio

Sí/ No Personas vestidas de uniforme

Sí/ No Época del año _____

Sí/ No Hora del día _____

Sí/ No Gritos

Sí/ No Ruidos fuertes

Sí/ No No tener control/opinión acerca de _____

Sí/ No Otro: _____

Sí/ No Otro: _____

▣ TRATAMIENTO DE EMERGENCIA INVOLUNTARIO:

Los medicamentos a continuación son opciones únicamente en caso de emergencia. **(NUMERO DE TODOS LOS ELEMENTOS EN ORDEN DE PREFERENCIA.** Identificar con 1 la primera opción, 2 la segunda opción, etc., hasta que todas las preferencias tengan número. **Debe responder a todas.**)

Nota: En caso de emergencia, el personal utilizara **su** tratamiento preferido involuntario de emergencia si esta incompleta. Dejando esta sección en blanco, o solo la numeración algunas de las elecciones, **no la** protege de tratamiento involuntario de emergencia. Cuando usted no completa esta sección, usted renuncia a **su** voz en la decisión.

_____ 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.

_____ Mis preferencias con respecto a las restricciones son: _____

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) _____

Cuaderno de Mi primera opción para el Cuidado de mi Salud

▣ DÓNDE PREFIERO NO RECIBIR TRATAMIENTO AMBULATORIO:

Proveedor: _____

Razón: (opcional) _____

Proveedor: _____

Razón: (opcional) _____

▣ PREFERENCIAS ADICIONALES PARA MI TRATAMIENTO MÉDICO: (Tal vez quiera incluir aquí el Plan de Acción para la Recuperación, WRAP, por sus siglas en inglés)

▣ EJECUCIÓN: Yo, _____ concedo mi permiso representante de atención medica para ponerse en contacto con la oficina de Protección y Defensa y, el Proyecto de los Derechos Legales de Connecticut, Inc., Y/o cualquier otro abogado de la autoridad para exigir el cumplimiento de la ejecución de mi voluntad anticipada.

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 rechazar** incluyen, pero no se limitan a:

(Por favor ponga una **X** al lado de la respuesta que desea rechazar. Por favor indicar claramente las medidas necesarias que usted desea en otro extremo específico de solicitud de la vida en la pagina 18.)

_____ 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. 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

▣ UBICACIÓN DEL DOCUMENTO:

El documento original ha de ser preservado por: _____

en: _____

Las siguientes personas o entidades tendrán copia:

Persona o entidad: _____ Tel. #: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico (si se conoce): _____

Persona o entidad: _____ Tel. #: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico (si se conoce): _____

Persona o entidad: _____ Tel. #: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico (si se conoce): _____

Persona o entidad: _____ Tel. #: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico (si se conoce): _____

Persona o entidad: _____ Tel. #: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico (si se conoce): _____

Persona o entidad: _____ Tel. #: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico (si se conoce): _____

▣ AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR

___ Sí ___ No Autorizo CLRP, mi representante de atención Médica, y todos mis proveedores de atención médica que han recibido mi directiva anticipada para compartir mi directiva anticipada con otros proveedores que me están tratando y no han recibido una copia de este documento.

6. 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.

7. 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

- ◆ **Directivas Anticipadas solo pueden utilizarse cuando un medico ha determinado que usted es incapaz de tomar o comunicar sus decisiones sobre el tratamiento.**
- ◆ **Usted necesita hablar con personas nombradas en el libro de trabajo para asegurarse de que estan dispuestos a aceptar la responsabilidad delegada a ellos y entender sus preferencias.**



**YA COMPLETÓ EL CUADERNO.
¡AHORA ES MOMENTO DE PREPARAR
LA DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA-**

1. Deberá:

2. CLRP voluntad:

1. Repasar el documento con el cliente.
2. Supervisar la ejecución del documento (que firme el documento en presencia de dos testigos y un notario público).
3. Distribuir la declaración de voluntad anticipada.
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.

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 DICIEMBRE 2014

8. Preguntas para el Abogado

_____ No tengo preguntas para el abogado

_____ Tengo las preguntas siguientes para el abogado:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Para CLRP para Completar:

He revisado el libro de trabajo y respondio a las preguntas.

Abogado CLRP

Fecha