























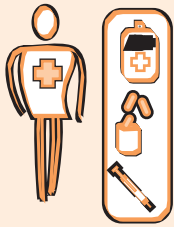


## ■■■ Cómo Elegir los Tratamientos Médicos

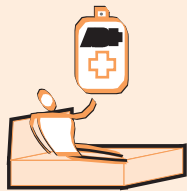


Haga su plan sobre las elecciones de tratamiento de soporte vital. Si mis médicos dicen que probablemente voy a morir en poco tiempo y el tratamiento de soporte vital solamente postergaría mi muerte:

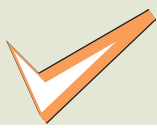
### Marque su elección:



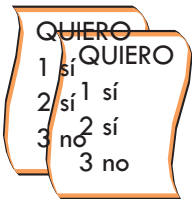
- Quiero** tratamiento de soporte vital por todo el tiempo que sea posible.
- No quiero** ningún tratamiento de soporte vital.



- Quiero** tratamiento de soporte vital **solamente** si mi médico cree que podría ayudar.
- Quiero** que alguien que conozco y en quien confío decida por mí.



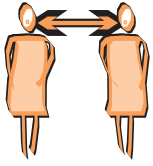
## HACER: Próximos pasos



1. Anote sus elecciones sobre tratamiento médico en el **Formulario de Instrucciones por Adelantado** al final del cuaderno. Se puede despegar dicho formulario por la línea perforada.
2. Tome su **Formulario** completo y haga copias para su Médico y otras personas importantes.
3. Guarde su guía y el **Formulario** original que usted completó.



# ❏❏ **Cómo Elegir un Defensor de Final de la Vida**

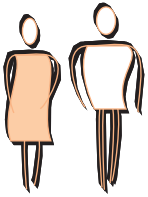


Es importante elegir a una persona que pueda ser su **Defensor de final de la vida**, también llamado **Agente de atención médica**. Decisiones en su **Formulario de Instrucciones por Adelantado** son llevadas por su Defensor de final de la vida.



## **PENSAR: ¿Quién hablará por mí?**

### **Defensor del final de la vida (Agente de atención médica)**



- Estará cerca para ayudarme cuando lo necesite.
- Hablará con los médicos, las enfermeras y los trabajadores sociales por mí.
- Seguirá mis Instrucciones por adelantado.
- Será mi vocero legal cuando no pueda hablar por mí mismo.

### **El Defensor del final de la vida no puede ser:**

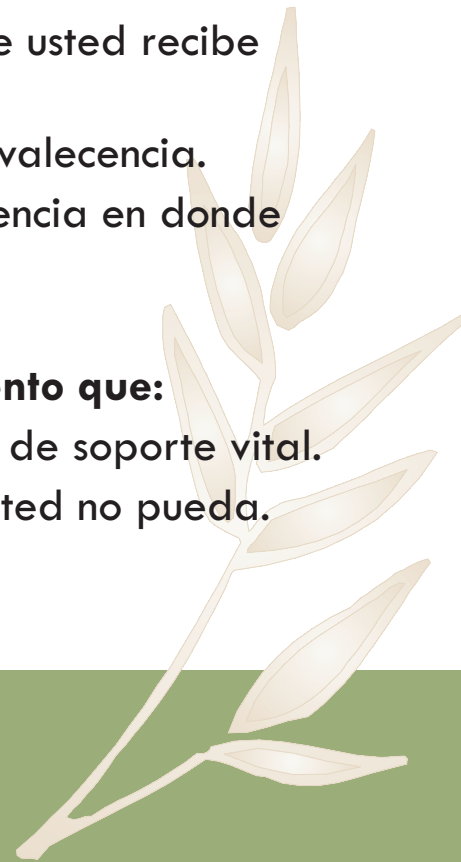


- Su médico.
- Personal de una clínica/un hospital en donde usted recibe atención médica.
- El operador de su hogar de grupo o de convalecencia.
- Personal del hogar de grupo o de convalecencia en donde usted vive.

### **Las Instrucciones por Adelantado son un documento que:**



- Contiene sus decisiones sobre el tratamiento de soporte vital.
- Dice quién hablará con su médico cuando usted no pueda.
- Le explica a su médico lo que usted quiere.



# ❏❏ Cómo Elegir un Defensor de Final de la Vida

1  
2  
3

## PLANIFICAR: Mi Defensor del final de la vida

Connie y Betty sabían que la planificación para el final de la vida incluía decidir quién hablaría por ellas con sus médicos. Tomaron decisiones sobre quiénes serían sus Defensores del final de la vida e hicieron sus planes personales.

### ¡Bueno para recordar!

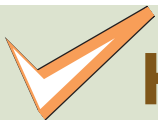
Algunas personas tienen **custodios**. Si usted tiene un custodio, verifique si esta persona ya es su Defensor del final de la vida.

Reúnase con esta persona para completar la guía.

### Mi decisión:

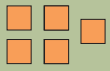
Quiero que \_\_\_\_\_ sea mi  
Nombre

Defensor del final de la vida y él/ella está de acuerdo.



## HACER: Próximos pasos

1. Complete el **Formulario de Instrucciones por Adelantado**.
2. Firme las **Instrucciones por Adelantado** ante dos testigos.
3. Complete el **Formulario de Pedidos Personales**.
4. Asegúrese de que su Defensor del final de la vida tenga una copia de los dos formularios.



# Cómo Mantener la Situación Bajo Control



Cuando termine su guía **Mis Planes** y complete los formularios que encontrará al final, habrá ejercido su derecho de vivir su vida a su manera: ahora y al mismísimo final. Estará preparado.

Tendrá un plan para compartir con sus seres queridos, su médico y otras personas que son importantes en su vida.



**A continuación, le damos unos consejos:**

**1**

Obtenga información de maneras que **USTED** pueda entender.



**2**

Comparta su plan con las personas importantes.



**3**

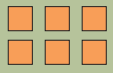
Modifique su plan si lo necesita.



**4**

Tome sus propias decisiones.





## Defensores Lideran el Proyecto

El proyecto de la guía y el DVD **Mis planes** fue dirigido por defensores con discapacidades del desarrollo de tres centros regionales de California. Querían compartir sus experiencias e ideas porque sabían qué importante es tomar decisiones propias ahora y hasta el mismísimo final. Los defensores se reunieron en tres grupos temáticos para guiar el proyecto y asegurar que la guía y el DVD reflejaran sus voces.



**Alta California Regional Center**  
Sacramento, CA  
Participantes del grupo temático



**Golden Gate Regional Center**  
San Francisco, CA  
Participantes del grupo temático



**Eastern Los Angeles Regional Center**  
Alhambra, CA  
Participantes del grupo temático





## [www.finalchoices.org](http://www.finalchoices.org)

(California Coalition for Compassionate Care) Coalición de California para el Cuidado Compasivo es una asociación presente en todo el estado formada por más de 60 organizaciones dedicadas a dar a conocer la medicina paliativa y la atención al final de la vida. Brinda información útil sobre cómo tomar decisiones relacionadas con el final de la vida y sobre leyes y formularios. En este sitio está disponible para su descarga una copia de la Guía Mis Planes y pautas para facilitadores.

## [www.caringinfo.org](http://www.caringinfo.org)

(Caring Connections) es un programa de la (National Hospice and Palliative Care Organization) Organización Nacional de Hospicios y Cuidados Paliativos, una organización nacional comunitaria y de consumidores comprometida con la mejora de la atención al final de la vida.

## [www.ih4health.org/index.cfm/MenultemID/266.htm](http://www.ih4health.org/index.cfm/MenultemID/266.htm)

(California Advance Health Care Directive) Este formulario de fácil lectura de Instrucciones de salud por adelantado de California fue creado para ayudar a entender mejor estos documentos legales.

## [www.agingwithdignity.org/5wishes.html](http://www.agingwithdignity.org/5wishes.html)

(Five Wishes) El documento Cinco deseos ayuda a las personas a expresar cómo quieren que los traten si sufren una enfermedad seria y no pueden hablar por sí mismos. Incluye necesidades médicas, personales, emocionales y espirituales.

## [www.dds.ca.gov/ConsumerCorner/Publications.cfm](http://www.dds.ca.gov/ConsumerCorner/Publications.cfm)

(California Department of Developmental Disabilities, Consumer Advisory Committee) El Comité Asesor del Consumidor del Departamento de Servicios de Desarrollo de California preparó numerosas publicaciones con ilustraciones y lenguaje simple y DVD que alientan la autodirección y la toma de decisiones propias. La Guía Mis Planes también está disponible para descargar.





# Agradecimientos



## Alta California Regional Center

David Lopez, Consumer Advocate  
Terry Wardinsky, MD, Medical Director



## Eastern Los Angeles Regional Center

Jesse Padilla, Consumer Advocate  
Felipe Hernandez, Chief of Consumer Services



## Golden Gate Regional Center

Elizabeth Grigsby, Consumer Advocate  
Felice Weber Parisi, MD, Director, Clinical Services  
Gabriel Rogin, Strategic Development Coordinator



## Connie Martinez - Defensora

Alta California Regional Center



## Betty Pomeroy - Defensora

Redwood Coast Regional Center



## California Coalition for Compassionate Care

*Developmental Disabilities Advisory Group*

Judy Citko, JD, Executive Director  
1215 K Street, Suite 800, Sacramento, California 95814  
916.552.7573 [www.finalchoices.org](http://www.finalchoices.org)



## Board Resource Center

*Making Complex Ideas Simple*

Mark Starford, Executive Director  
Charlene Jones, Editor; Donna Aikins, Layout  
PO Box 601477 Sacramento, CA 95860  
916.574.1023 [www.brcenter.org](http://www.brcenter.org)



# Pedidos Personales

Estos son mis pedidos personales, pero **no es un Testamento.**

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

## (1) En dónde quiero estar

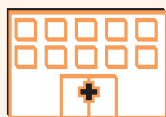
Esta es mi elección del lugar donde quiero pasar mis últimos días.



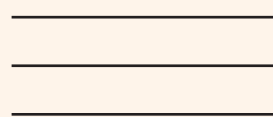
Mi casa



Con mi familia

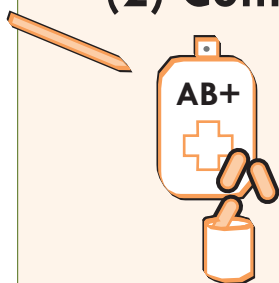


Hospital



Otro lugar

## (2) Cómo quiero que me atiendan



- Tener cerca a mis familiares y amigos.
- Tener una atención personal que me ayude a sentirme cómodo.
- Tener mis cosas preferidas cerca.
- Escuchar la música que más me gusta.
- Hacer que se respete mi religión.



Otras formas en las que quiero que me cuiden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## (3) Adónde quiero que vayan mis cosas



Dinero \_\_\_\_\_

Ropa \_\_\_\_\_



Muebles \_\_\_\_\_

Equipos \_\_\_\_\_



Mascota \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_



# Pedidos Personales



## (4) Regalos que quiero hacer

Artículo: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

Artículo: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_



## (5) Mi cuerpo

Quiero que me entierren. Lugar: \_\_\_\_\_

Quiero que me cremen. Mis cenizas irán a:

\_\_\_\_\_



## (6) Cómo me recordarán

Quiero un funeral  Sí  No

En mi lugar de culto \_\_\_\_\_

En una funeraria \_\_\_\_\_

Otro lugar \_\_\_\_\_

Quiero que me recuerden haciendo esto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*abc*

Firme con su Nombre

Fecha

Calle

Ciudad Estado

Código Postal

Teléfono particular

Teléfono del trabajo

Correo electrónico



# Instrucciones por Adelantado

(Nombre) \_\_\_\_\_ es mi

**Defensor del final de la vida (Agente de atención médica).**

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Mi Defensor del final de la vida tomará decisiones por mí sólo cuando yo no pueda tomar las decisiones por mí mismo.



## Mis elecciones del final de la vida

**En mis últimos días, calidad de vida para mí significa:**

- Estar despierto y pensar por mí mismo.
- Comunicarme con la familia o los amigos.
- Estar libre del dolor constante y fuerte.
- No estar conectado a una máquina todo el tiempo.
- \_\_\_\_\_

**Para mis últimos días, mi decisión sobre tratamiento de soporte vital es:**

- Quiero tratamiento de soporte vital por todo el tiempo que sea posible.
- No quiero ningún tratamiento de soporte vital.
- Quiero tratamiento de soporte vital **solamente** si mi médico cree que podría ayudar.
- Quiero que mi Defensor del final de la vida decida por mí.



# Instrucciones por Adelantado



Firme con su nombre

Fecha



Su nombre en letras de molde

Fecha

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

### Para los testigos:

Como testigo, doy fe de que (persona) \_\_\_\_\_ firmó este formulario ante mi vista. Él/ella **no** fue forzado(a) a firmarlo.

También doy fe de que:

- Conozco a esta persona y él/ella puede comprobar su identidad.
- Soy mayor de 18 años.
- **No** soy el Defensor del final de la vida de esta persona (Agente de atención médica).
- **No** soy el proveedor de atención médica de esta persona ni trabajo para su proveedor de atención médica.
- **No** trabajo en el lugar donde vive esta persona.



Firma del testigo

Fecha



Firma del testigo

Fecha

**Uno de los testigos** no debe tener lazos de sangre, matrimonio ni adopción y no debe recibir dinero ni propiedades de parte de esta persona luego de su muerte.