

Como un paciente de Dupont Hospital, Lutheran Hospital, Rehabilitation Hospital, St. Joseph Hospital o de Dukes Memorial Hospital, usted tiene el derecho de hacer sus propias decisiones acerca del cuidado médico que usted recibe. A través de una declaración de procedimientos para prolongar la vida, ese derecho continúa incluso si usted es incapaz de hablar o no es capaz de hacer sus propias decisiones.

Una Declaración de Procedimientos prolongando la vida permite a usted mandar la implementación de todos los procedimientos para prolongar la vida que podrían extender la vida. La declaración ordena la utilización de todos los procedimientos médicos para prolongar la vida, incluyendo apropiada nutrición e hidratación, medicina para aliviar el dolor, y cuidado confortable. Un individuo quien quiere extraordinarias o heroicas medidas usados para prolongar la vida de él/ella podría ejecutar una Declaración de la calidad individual de vida cuando determinen cuales procedimientos médicos utilizar en el cuidado de él o ella, todos los procedimientos para prolongar la vida se deben aplicar como han sido solicitados.

La Declaración de Procedimientos para la Prolongación de la vida puede ser revocado por escrito, por destruyendo los documentos o por dar un aviso verbal diciendo que el documento ha sido revocado. La revocación de su Declaración de Procedimientos de Prolongación de la vida no es efectiva hasta que usted notifique a sus doctores. La revocación de la declaración no puede ser usada como evidencia que el individuo quiere para tener los procedimientos para prolongación de la vida retenidos ni retirados.

Esté seguro que usted da copias de la Declaración de Procedimientos de Prolongación de vida a cada uno quien podría ser contactado en caso de una emergencia. Para su conveniencia usted puede nombrar las personas quienes recibirán la copia de su nombramiento de un Representante del Cuidado Médico de la salud en el reverso de este documento. Si usted hace cambios a la Declaración de Procedimientos de Prolongación de vida, provea copias a su familia, doctores, y

a alguien quien tal vez será contactado en caso de una emergencia.

Usted podría discutir su decisión para ejecutar la Declaración de Procedimientos de Prolongación de la vida, con su familia, doctores, abogado, trabajadores sociales, o por un clérigo. Representantes de este hospital están disponibles a consultar futura información. Un capellán del hospital está disponible 24 horas al día. Para asuntos legales acerca de testamentos en vida de personas que podrían dar consentimiento médico, usted debe contactar a un abogado.

Puntos Para Recordar:

La Declaración de Procedimientos de Prolongación de vida, debe ser ...

- Voluntario en escritura y fechada.
- Firmado por usted, o si usted es incapaz para firmar por usted mismo, firmado en su presencia por alguien que había autorizado.
- Firmado con la presencia de por lo menos de dos (2) testigos competentes.

Su Testigo ...

- Debe tener por lo menos 18 años de edad
- No puede ser la persona que usted autorizó para firmar la Declaración de Procedimientos de Prolongación de vida por usted si usted es incapaz de firmar por usted mismo.

Usted puede revocar su Declaración de Procedimientos de Vida Prolongación por ...

- Destruyendo el documento de Declaración de Procedimientos de Prolongación de vida
- Notificando al Representante del cuidado de la salud verbalmente o por escrito.
- Hablando verbalmente a otros y su Doctor de su intento a revocar la Declaración de Procedimientos de Prolongación de la Vida Su revocación no es efectiva hasta que usted notifique a su doctor.

Esta forma fue creada para cumplir con el Código de las leyes de Indiana. Las cuales varían de estado a estado. Vea a su abogado para información acerca de Directivas Avanzadas Médicos en otros estados.

Declaración de Procedimientos de Prolongacion de la Vida

La Declaración hecha este _____ día de _____ (mes, año). Yo, _____, teniendo por lo menos dieciocho (18) años de edad y de mente sana, hecha voluntariamente y voluntariosamente conocido mi deseo que si, en algún momento yo tengo una lesión incurable, una deshabilitación o enfermedad que determinen ser una condición terminal, yo requiero el uso de procedimientos que podría extender mi vida. Esto incluye nutrición e hidratación apropiada, la administración de la medicina y el desempeño de todos los otros procedimientos médicos necesarios para extender mi vida, para proporcionar el cuidado confortable o para aliviar el dolor.

En ausencia de mi habilidad de dar las direcciones con respecto al uso de los procedimientos para prolongación de la vida, es mi intención que esta declaración sea respetada por mi familia y el médico como la expresión final de mi derecho legal de solicitar el tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias del pedido.

Entiendo toda la importancia total de esta declaración.

Firma _____

Ciudad, Condado, y el Estado de Residencia _____

El declarante ha sido conocido personalmente por mí, y yo creo (él/ella) tener la mente sana. Soy competente y tengo por lo menos dieciocho (18) años de la edad.

Testigo _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____