

# OREGÓN

## Instrucciones anticipadas

### Planificación de las decisiones importantes de atención médica

Cortesía de CaringInfo

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

800-658-8898

CaringInfo, un programa de la National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO), es una iniciativa nacional de participación del consumidor para mejorar la atención y la experiencia de cuidado durante enfermedades graves y al final de la vida. Como parte de ese esfuerzo, CaringInfo proporciona una guía detallada para completar formularios de instrucciones anticipadas en los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Instrucciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones.
- Sus formularios de instrucciones anticipadas específicos del territorio, que son las páginas con la barra de instrucciones gris en el lado izquierdo.

#### **ANTES DE EMPEZAR**

Asegúrese de tener los materiales para cada estado en el que pueda recibir atención médica. Puesto que los documentos son específicos de los estados, es útil contar con el documento correspondiente de cada estado en el que pueda permanecer un tiempo considerable. Para viajes ordinarios a otros estados no es necesario que haga nuevas instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas en este paquete serán legalmente vinculantes solo si la persona que las completa es un adulto competente que tiene 18 años de edad o más, o un menor emancipado o casado.

#### **MEDIDAS DE ACCIÓN**

1. Puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de comenzar para que tenga una copia en limpio si necesita empezar de nuevo.
2. Cuando empiece a llenar los formularios, consulte las barras de instrucciones grises, que le guiarán a través del proceso.
3. Hable con su familia, amigos y médicos acerca de sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que usted designe para tomar decisiones en su nombre comprenda sus deseos.

4. Una vez que haya llenado y firmado el formulario, saque una fotocopia, un escaneo o una fotografía y entréguesela a la persona que designó para tomar decisiones en su nombre, a su familia, amigos, proveedores de atención médica o líderes religiosos a fin de que esté disponible en caso de emergencia.
5. También puede guardar una copia de su formulario en su expediente médico electrónico o en una solicitud, programa o servicio de registros médicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus médicos, familiares u otras personas que usted desea que desempeñen un papel activo en su planificación anticipada de la atención.

## **INTRODUCCIÓN A SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OREGÓN**

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas de Oregón**, que protege su derecho a rechazar el tratamiento médico que no desea o a solicitar el tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad de tomar decisiones por usted mismo.

La **página 1** de sus Instrucciones anticipadas de Oregón contiene información importante que debe leer antes de completar su documento.

La **Parte 2** de sus Instrucciones anticipadas de Oregón es el **nombramiento de un representante de atención médica**. Esta sección le permite nombrar a alguien para que tome sus decisiones de atención médica, incluidas las decisiones sobre el soporte vital, si ya no puede expresarse por sí mismo. El nombramiento de un representante de atención médica es especialmente útil porque nombra a alguien para que hable por usted en cualquier momento en que no pueda tomar sus propias decisiones médicas, no solo al final de la vida.

La **Parte 3** de sus Instrucciones anticipadas de Oregón son las **Instrucciones de atención médica**. Esta sección funciona como un testamento en vida. Le permite expresar sus deseos sobre la atención médica, en caso de que ya no pueda tomar sus propias decisiones médicas y esté cerca de la muerte, permanentemente inconsciente, tenga una enfermedad progresiva avanzada, o si el soporte vital le causaría un sufrimiento extraordinario.

Las **Partes 5, 6 y 7** contienen las disposiciones de firma y testigos para que su documento sea válido.

Después de sus instrucciones anticipadas sigue un **Formulario de donación de órganos de Oregón**.

Puede completar la Parte B, la Parte C o ambas, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada. **Debe completar la Parte D.**

### **¿Cómo puedo hacer legales mis instrucciones anticipadas para la atención médica de Oregón?**

Oregón le ofrece dos opciones. La ley establece que usted firme su documento o pida a un

tercero que lo firme. Para que sea válido, el documento debe ser:

Opción 1: presenciado y firmado por al menos dos personas mayores de edad. Sus testigos no pueden ser:

- su representante de atención médica,
- su representante suplente de atención médica,
- o su proveedor de atención médica tratante.

Cada testigo debe presenciar que usted firme el documento o que usted reconozca cualquier otro método por el cual usted aceptó las Instrucciones anticipadas o el formulario de nombramiento de un representante de atención médica.

Si usted es paciente en un centro de atención a largo plazo, uno de sus testigos debe ser una persona designada por su centro y estar calificada según las reglas del Departamento de Recursos Humanos.

## U

Opción 2: notariado ante un notario público

La Parte B de sus Instrucciones anticipadas (nombramiento de un representante de atención médica) no entrará en vigor hasta que su representante de atención médica (o suplente) firme y feche la declaración de aceptación en la página 8 de su documento (Parte E).

### ¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente es la persona que usted nombra para tomar decisiones sobre su atención médica, en caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo. Su agente puede ser un miembro de la familia o un amigo cercano en quien usted confía para tomar decisiones importantes. La persona que usted nombre como su agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones de atención médica por usted.

Puede nombrar a una segunda persona como su representante suplente de atención médica. El suplente intervendrá si la primera persona a la que nombró como representante de atención médica no puede, no quiere o no está disponible para actuar en su nombre.

A menos que esté relacionado con usted por sangre, matrimonio o adopción, la persona que usted nombre como su representante de atención médica **no puede** ser:

- su médico tratante o un empleado de su médico tratante, o
- el propietario, operador o empleado de un centro de atención médica en el que usted es paciente o residente, a menos que usted le haya nombrado como su representante de atención médica antes de su admisión al centro.

Además, usted no puede nombrar a uno de sus padres o extutor sin una orden judicial si

alguna vez le retiraron de su custodia y un tribunal canceló los derechos de sus padres o le retiró permanentemente de la casa de su extutor por razones de seguridad.

### **¿Debo añadir instrucciones personales a la Parte B de mis instrucciones anticipadas?**

¡Sí! Una de las razones más importantes para ejecutar las instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando usted nombra a un agente y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, esta persona está en la posición más fuerte para abogar por usted. Debido a que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no restringir por error el poder de su agente para actuar en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras "siempre" y "nunca". En cualquier caso, asegúrese de hablar con su agente y otras personas sobre su futura atención médica y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

### **¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?**

Su **nombramiento de un representante de atención médica** entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no puede tomar o comunicar sus decisiones de atención médica.

Sus **instrucciones de atención médica** entran en vigor cuando su médico determina que usted ya no puede tomar o comunicar sus decisiones de atención médica, y surge una afección sobre la que ha dado instrucciones.

Usted conserva la potestad principal para sus decisiones de atención médica, siempre y cuando sea capaz de dar a conocer sus deseos.

### **Limitaciones del agente**

Su representante de atención médica no está autorizado para tomar decisiones de atención médica con respecto al (1) tratamiento de salud mental, (2) esterilización, (3) aborto o (4) retención o retiro de procedimientos de soporte vital, a menos que se le dé la potestad para hacerlo mediante sus iniciales en las declaraciones apropiadas en las secciones a, b y c de la Parte 3.A. de sus instrucciones anticipadas.

Su agente debe cumplir las leyes vigentes de Oregón relacionadas con el embarazo y la interrupción de embarazos.

### **¿Qué pasa si cambio de opinión?**

Si en sus instrucciones anticipadas se incluyen indicaciones con respecto al retiro del soporte vital o la alimentación por sonda, puede revocar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento y de cualquier manera que exprese su deseo de revocarlas.

En todos los demás casos, puede revocar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento y de cualquier manera, siempre que sea capaz de tomar decisiones médicas.

Sus instrucciones anticipadas de Oregón se revocarán automáticamente si ejecuta nuevas

instrucciones anticipadas de Oregón, a menos que haya especificado lo contrario en su documento. Las disposiciones de sus instrucciones anticipadas reemplazan cualquier disposición contenida en un nombramiento judicial anterior u otras instrucciones anticipadas; y cualquier expresión de preferencias previas inconsistentes con respecto a las decisiones de atención médica.

Si nombra a su cónyuge como su representante de atención médica, el nombramiento se revoca automáticamente si solicita el divorcio o la anulación, a menos que reafirme el nombramiento de su representante de atención médica por escrito.

## **Problemas de salud mental**

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque puede expresar sus deseos y otorgar potestad a su agente con respecto a los problemas de salud mental. El Centro Nacional de Recursos sobre Instrucciones Anticipadas Psiquiátricas tiene un sitio web (<https://nrc-pad.org/>) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes anticipados de atención más detallados con respecto a las enfermedades mentales, puede hablar con su médico y un abogado sobre un poder notarial duradero adaptado a sus necesidades.

## **¿Qué otros hechos importantes debo saber?**

La ley de Oregón establece que usted use formularios obligatorios del estado para su nombramiento de un representante de atención médica y para las instrucciones de atención médica. Este paquete contiene los formularios obligatorios del estado sin ninguna modificación que no sea la adición de las instrucciones en la barra gris en el lado izquierdo de cada página. Si tiene necesidades de planificación de atención médica que no están cubiertas por estos formularios, debe hablar con un abogado sobre sus opciones.

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no entrarán en vigor en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su agente. Se requiere que el personal de la ambulancia y del Departamento de Emergencias del hospital proporcione reanimación cardiopulmonar (RCP), a menos que tenga una orden médica separada, que generalmente se llama "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de las órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el Departamento de Salud de su estado o el Departamento para el Envejecimiento (<https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html>). Otros formularios de órdenes con respecto a la RCP y otros tratamientos son las órdenes portátiles para el tratamiento de mantenimiento de la vida (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) específicas de cada estado (<https://polst.org/form-patients/>). Tanto un formulario de POLST como una orden de DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN presentarse a los servicios de emergencia al momento de llegar. Estas instrucciones indican al personal del hospital y de emergencias del hospital que no intente realizar la RCP (o que la detenga si ha comenzado) si su corazón o respiración se detienen.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OREGÓN**

- Este formulario de instrucciones anticipadas le permite:
- Compartir sus valores, creencias, metas y deseos de atención médica si no puede expresarlos usted mismo.
- Nombrar a una persona para que tome sus decisiones de atención médica si no las puede tomar usted mismo. Esta persona se llama su representante de atención médica y debe estar de acuerdo en actuar como tal.
- Asegurarse de hablar sobre sus instrucciones anticipadas y sus deseos con su representante de atención médica. Esto le permitirá tomar decisiones que reflejen sus deseos. Se recomienda completar este formulario en su totalidad.
- El Formulario de instrucciones anticipadas para la atención médica de Oregón y su Guía para las instrucciones anticipadas de Oregón están disponibles en el sitio web de la Autoridad de Salud de Oregón.

INTRODUCCIÓN

- En las secciones 1, 2, 5, 6 y 7, usted nombra a un representante de atención médica.
- En las secciones 3 y 4, usted proporciona instrucciones sobre su atención.

El Formulario de instrucciones anticipadas le permite expresar sus preferencias para la atención médica. No es lo mismo que las órdenes portátiles para el tratamiento de mantenimiento de la vida (POLST) definidas en los Estatutos Revisados de Oregón (Oregon Revised Statutes, ORS) 127.663. Puede encontrar más información sobre las POLST en su Guía para las instrucciones anticipadas de Oregón.

Este formulario podrá usarse en Oregón para elegir a una persona que tome decisiones de atención médica en su nombre si se enferma a tal grado que no pueda hablar por usted mismo. A esta persona se le llama representante de atención médica. Si no ha nombrado legalmente a un representante de atención médica y se encuentra demasiado enfermo para hablar por usted mismo, se nombrará a un representante de atención médica para usted en el orden de prioridad que se establece en los ORS 127.635 (2), y esta persona solo puede decidir retener o retirar los tratamientos de soporte vital si usted cumple con una de las condiciones que se establecen en los ORS 127.635 (1).

Este formulario también le permite expresar sus valores y creencias con respecto a las decisiones de atención médica y sus preferencias para la atención médica.

- Si ha completado instrucciones anticipadas en el pasado, estas nuevas instrucciones anticipadas reemplazarán todas las instrucciones anticipadas previas.
- Deberá firmar este formulario para que sea válido. También debe hacerlo en presencia de dos testigos o un notario. El nombramiento de su representante de atención médica no será válido hasta que el representante de atención médica acepte el nombramiento.
- Si en sus instrucciones anticipadas se incluyen indicaciones con respecto al retiro del soporte vital o la alimentación por sonda, puede revocar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento y de cualquier manera que exprese su deseo de revocarlas.
- En todos los demás casos, puede revocar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento y de cualquier manera, siempre que sea capaz de tomar decisiones médicas.

## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE OREGÓN - PÁGINA 2 DE 9

### PARTE 1

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, NÚMEROS DE TELÉFONO, DIRECCIÓN Y CORREO ELECTRÓNICO.

#### 1. ACERCA DE MÍ

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

Números de teléfono: (casa) \_\_\_\_\_

(trabajo) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### PARTE 2

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA RELACIÓN, NÚMEROS DE TELÉFONO, DIRECCIÓN Y CORREO ELECTRÓNICO DE SU REPRESENTANTE.

#### 2. MI REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Elijo a la siguiente persona como mi representante de atención médica para que tome decisiones de atención médica en mi nombre si no pudiera expresarme por mí mismo.

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

Números de teléfono: (casa) \_\_\_\_\_

(trabajo) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Elijo a las siguientes personas para que sean mis representantes de atención médica suplentes si mi primera opción no estuviera disponible para tomar decisiones de atención médica por mí o si cancelara el nombramiento del primer representante de atención médica.

Primer representante de atención médica suplente:

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

Números de teléfono: (casa) \_\_\_\_\_

(trabajo) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Segundo representante de atención médica suplente:

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

Números de teléfono: (casa) \_\_\_\_\_

(trabajo) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA RELACIÓN, NÚMEROS DE TELÉFONO, DIRECCIÓN Y CORREO ELECTRÓNICO DE SU PRIMER Y SEGUNDO REPRESENTANTE SUPLENTE.

**3. MIS INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

Esta sección es el lugar para que usted exprese sus deseos, valores y metas para su atención. Sus instrucciones proporcionan orientación para su representante y proveedores de atención médica.

Usted puede proporcionar orientación sobre su atención con las opciones que elija a continuación. Este es el caso incluso si usted no elige a un representante de atención médica o si no puede ponerse en contacto con él.

**A. MIS DECISIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA:**

Hay tres situaciones en las que usted puede expresar sus deseos. Le ayudarán a pensar acerca de los tipos de decisiones de soporte vital que su representante de atención médica podría enfrentar. Para cada una, elija la opción que mejor se adapte a sus deseos.

**a. Afección terminal**

Esto es lo que quiero si:

- Tengo una enfermedad que no se puede curar o revertir.

Y

- Mis proveedores de atención médica creen que moriré dentro de seis meses, independientemente de cualquier tratamiento.

Escriba sus iniciales solo en una opción.

\_\_\_ Quiero probar todos los tratamientos disponibles para el soporte vital, como alimentación e hidratación artificiales con sondas de alimentación, líquidos intravenosos, diálisis renal y máquinas de respiración.

\_\_\_ Quiero probar el soporte vital con alimentación e hidratación artificiales con sondas de alimentación y fluidos intravenosos. No deseo otros tratamientos de soporte vital, como diálisis renal y máquinas de respiración.

\_\_\_ No deseo recibir los tratamientos disponibles para el soporte vital, como alimentación e hidratación artificiales con sondas de alimentación, líquidos intravenosos, diálisis renal ni máquinas de respiración. Quiero mantener mi comodidad y que me dejen morir de forma natural.

\_\_\_ Quiero que mi representante de atención médica decida en mi nombre, después de hablar con mis proveedores de atención médica y teniendo en cuenta las cosas que me importan. He expresado lo que me importa en la sección B a continuación.

SOLO ESCRIBA SUS INICIALES EN LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA SU PREFERENCIA CON RESPECTO AL SOPORTE VITAL EN CASO DE QUE TENGA UNA "AFECCIÓN TERMINAL", SEGÚN SE DEFINE EN ESTE DOCUMENTO.



## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE OREGÓN - PÁGINA 4 DE 9

### b. Enfermedad progresiva avanzada

Esto es lo que quiero si:

- Tengo una enfermedad que está en una etapa avanzada.

Y

- Mis proveedores de atención médica creen que no mejorará, que es muy probable que empeore con el tiempo y que resulte en la muerte.

Y

- Mis proveedores de atención médica creen que nunca podré:
  - comunicarme
  - ingerir alimentos y agua de forma segura
  - cuidar de mí mismo
  - reconocer a mi familia y a otras personas

Escriba sus iniciales solo en una opción.

\_\_\_ Quiero probar todos los tratamientos disponibles para el soporte vital, como alimentación e hidratación artificiales con sondas de alimentación, líquidos intravenosos, diálisis renal y máquinas de respiración.

\_\_\_ Quiero probar el soporte vital con alimentación e hidratación artificiales con sondas de alimentación y fluidos intravenosos. No deseo otros tratamientos de soporte vital, como diálisis renal y máquinas de respiración.

\_\_\_ No deseo recibir los tratamientos disponibles para el soporte vital, como alimentación e hidratación artificiales con sondas de alimentación, líquidos intravenosos, diálisis renal ni máquinas de respiración. Quiero mantener mi comodidad y que me dejen morir de forma natural.

\_\_\_ Quiero que mi representante de atención médica decida en mi nombre, después de hablar con mis proveedores de atención médica y teniendo en cuenta las cosas que me importan. He expresado lo que me importa en la sección B a continuación.

SOLO ESCRIBA SUS INICIALES EN LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA SU PREFERENCIA CON RESPECTO AL SOPORTE VITAL, EN CASO DE QUE TENGA UNA "ENFERMEDAD PROGRESIVA AVANZADA", SEGÚN SE DEFINE EN ESTE DOCUMENTO.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE OREGÓN - PÁGINA 5 DE 9**

c. Permanente e inconsciente

Esto es lo que quiero si:

No estoy consciente.

Y

Si mis proveedores de atención médica creen que es muy poco probable que alguna vez vuelva a estar consciente.

Escriba sus iniciales solo en una opción.

\_\_\_ Quiero probar todos los tratamientos disponibles para el soporte vital, como alimentación e hidratación artificiales con sondas de alimentación, líquidos intravenosos, diálisis renal y máquinas de respiración.

\_\_\_ Quiero probar el soporte vital con alimentación e hidratación artificiales con sondas de alimentación y fluidos intravenosos. No deseo otros tratamientos de soporte vital, como diálisis renal y máquinas de respiración.

\_\_\_ No deseo recibir los tratamientos disponibles para el soporte vital, como alimentación e hidratación artificiales con sondas de alimentación, líquidos intravenosos, diálisis renal ni máquinas de respiración. Quiero mantener mi comodidad y que me dejen morir de forma natural.

\_\_\_ Quiero que mi representante de atención médica decida en mi nombre, después de hablar con mis proveedores de atención médica y teniendo en cuenta las cosas que me importan. He expresado lo que me importa en la sección B a continuación.

Puede escribir en el espacio a continuación o adjuntar páginas para ahondar más sobre qué tipo de atención desea o no desea.

---

---

---

SOLO ESCRIBA SUS INICIALES EN LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA SU PREFERENCIA CON RESPECTO AL SOPORTE VITAL EN CASO DE QUE ESTÉ "PERMANENTE E INCONSCIENTE", SEGÚN SE DEFINE EN ESTE DOCUMENTO.

AGREGUE OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HAY, CON RESPECTO A SUS PLANES ANTICIPADOS DE ATENCIÓN.

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN ABORDAR AÚN MÁS SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, COMO SUS DESEOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE HOSPICIO, PERO TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR OTROS ASUNTOS DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS PARA SU ENTIERRO.

ESCRIBA SUS INICIALES EN CUALQUIERA DE LAS DECLARACIONES QUE CORRESPONDAN.

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. Revisado en 2023.

**B. LO QUE MÁS ME IMPORTA:**

Esta sección solo se aplica cuando usted padece una afección terminal, tiene una enfermedad progresiva avanzada o está permanentemente inconsciente. Si desea utilizar esta sección, puede comunicar las cosas que son realmente importantes para usted. Esto ayudará a su representante de atención médica.

Esto es lo que deben saber acerca de lo que es importante para mí en mi vida:

\_\_\_\_\_

Esto es lo que más valoro en mi vida:

\_\_\_\_\_

Esto es lo que es importante para mí en mi vida:

\_\_\_\_\_

No quiero procedimientos de soporte vital si no puedo tener asistencia ni participar de las siguientes maneras:

Escriba sus iniciales en todas las opciones que correspondan.

- Expresar mis necesidades.
- No padecer dolores ni sufrimiento graves a largo plazo.
- Saber quién soy y con quién estoy.
- Vivir sin necesidad de estar conectado a un soporte vital mecánico.
- Participar en actividades que tengan significado para mí, como:

\_\_\_\_\_

Si desea ahondar más para ayudar a su representante de atención médica a entender lo que más le importa, escríbalo aquí. (Por ejemplo: no quiero atención si va a resultar en...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PARTE 4

ESTA PARTE ES OPCIONAL: LE PERMITE PROPORCIONAR A SUS REPRESENTANTES DESIGNADOS Y PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS VALORES, ENTORNOS DE ATENCIÓN PREFERIDOS O LOS DOCUMENTOS IMPORTANTES.

TAMBIÉN ES OPCIONAL LA SECCIÓN D Y LE PERMITE ENUMERAR A LAS PERSONAS CON LAS QUE DESEA QUE SE COMPARTA SU INFORMACIÓN MÉDICA.

**4. MÁS INFORMACIÓN**

Use esta sección si desea que su representante y proveedores de atención médica tengan más información sobre usted.

**A. VIDA Y VALORES:**

A continuación puede compartir información sobre su vida y sus valores. Esto puede ayudar a su representante y proveedores de atención médica a tomar decisiones sobre su atención médica. Esto podría incluir antecedentes familiares, experiencias con la atención médica, antecedentes culturales, carrera profesional y sistema de apoyo social, entre otros.

Puede escribir en el espacio a continuación o adjuntar páginas para dar más información sobre su vida, creencias y valores.

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

**B. LUGAR DE ATENCIÓN:**

Si hay una opción sobre dónde recibir atención, ¿qué prefiere? ¿Hay lugares en los que desea o no desea recibir atención? (Por ejemplo, un hospital, una residencia para ancianos, un centro de salud mental, un hogar de acogida para adultos, vida asistida, su hogar).

Puede escribir en el espacio a continuación o adjuntar páginas para dar más información sobre qué tipo de atención desea o no desea recibir.

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

**C. OTROS:**

Puede adjuntar a este formulario otros documentos que considere que serán útiles para su representante y proveedores de atención médica. Lo que adjunte formará parte de sus instrucciones anticipadas.

Puede enumerar los documentos adjuntos en el espacio a continuación.

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

**D. INFORME A OTRAS PERSONAS:**

Puede permitir que su representante de atención médica autorice a sus proveedores de atención médica en la medida permitida por las leyes estatales y federales de privacidad que discutan su estado de salud y atención con las personas mencionadas a continuación. Solo su representante de atención médica puede tomar decisiones sobre su atención.

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

Relación: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: (casa) \_\_\_\_\_

(trabajo) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

PARTE 5

FIRME CON SU NOMBRE Y FECHA EL DOCUMENTO.

5. MI FIRMA

Mi firma: \_\_\_\_\_

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

PARTE 6

SUS TESTIGOS DEBEN FIRMAR, FECHAR Y ESCRIBIR SUS NOMBRES EN LETRA DE IMPRENTA AQUÍ. OTRA ALTERNATIVA ES NOTARIZAR ESTE DOCUMENTO CON UN NOTARIO PÚBLICO EN EL ESTADO DE OREGÓN.

6. TESTIGO

LLENE A O B CUANDO FIRME.

A. NOTARIO:

Estado de \_\_\_\_\_

Condado de \_\_\_\_\_

Firmado o atestiguado ante mí el \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_, por \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario público - estado de Oregón

B. DECLARACIÓN DEL TESTIGO:

Conozco personalmente a la persona que llenó este formulario o dicha persona ha proporcionado una prueba de identidad, firmado o reconocido la firma de la persona en el documento en mi presencia, y parece no estar bajo coerción alguna y entiende el propósito y efecto de este formulario. Además, no soy el representante de atención médica de la persona ni el representante de atención médica suplente, y no soy el proveedor de atención médica que atiende a la persona.

Nombre del testigo (en letra de imprenta): \_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

Nombre del testigo (en letra de imprenta): \_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE OREGÓN - PÁGINA 9 DE 9**

PARTE 7

SU REPRESENTANTE (O REPRESENTANTES SUPLENTE(S)) DEBEN FIRMAR, FECHAR Y ESCRIBIR SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA AQUÍ PARA QUE SU POTESTAD ENTRE EN VIGOR.

7. ACEPTACIÓN DE MI REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Acepto este nombramiento y acepto fungir como representante de atención médica. Representante de atención médica:

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

Firma u otra forma de verificación de aceptación:

\_\_\_\_\_

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

Primer representante de atención médica

suplente: Nombre en letra de imprenta:

\_\_\_\_\_

Firma u otra forma de verificación de aceptación:

\_\_\_\_\_

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

Segundo representante de atención médica suplente:

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

Firma u otra forma de verificación de aceptación:

\_\_\_\_\_

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

**FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS DE OREGÓN - PÁGINA 1 DE 1**

DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL)

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA OPCION QUE REFLEJE SUS DESEOS.

AGREGUE EL NOMBRE O INSTITUCIÓN (SI CORRESPONDE).

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE, FIRME Y FECHA EL DOCUMENTO.

Escriba sus iniciales en la línea junto a la declaración a continuación que mejor refleje sus deseos. No necesariamente tiene que escribir sus iniciales en las declaraciones. Si no escribe sus iniciales en ninguna de las declaraciones, su representante de atención médica, otro agente o miembro de su familia puede tener la potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo, según la ley de Oregón.

\_\_\_\_\_ No quiero donar órganos ni tejidos y no quiero que mi representante de atención médica, otro agente o miembro de mi familia lo haga.

\_\_\_\_\_ Ya firmé un acuerdo por escrito o tarjeta de donante con respecto a la donación de órganos y tejidos con la siguiente persona o institución:

Nombre de la persona o institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ De conformidad con la ley de Oregón, por la presente doy, a partir de mi muerte:

\_\_\_\_\_ Cualquier órgano o parte necesaria.

\_\_\_\_\_ La siguiente parte u órganos mencionados a continuación:

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

Para (escriba sus iniciales en una opción):

\_\_\_\_\_ Cualquier otro propósito legalmente autorizado.

\_\_\_\_\_ Únicamente para trasplante o propósitos terapéuticos.

Nombre del declarante: \_\_\_\_\_

Firma del declarante: \_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_\_\_