

Opciones para el Final de la Vida: Lista y Guía de Valores

para: _____

(imprima su nombre y fecha en que fue completada)

1. Cuando pienso acerca de las opciones para el final de la vida, lo mas importante para mí es:

- | | |
|---|--|
| _____ Comodidad física | _____ Tener presente a familiares y amigos |
| _____ Mantener mí dignidad e integridad | _____ Alivio del dolor y sufrimiento |
| _____ Tener una muerte natural en casi, si es posible | _____ Vivir lo más que se pueda, sin límites |
| _____ Otros _____ | |

2. Pensando en como enfrentar mi muerte, para mi, calidad de vida significa:

- | | |
|---|--|
| _____ Poder cuidarme a mí mismo | _____ Poder reconocer a familiares y amigos |
| _____ Tener suficiente dinero | _____ Poder hacer las cosas que disfruto hacer |
| _____ Ser independiente y auto-suficiente | _____ Poder levantarme de la cama a diario |
| _____ No ser una carga para otros | _____ Tomar mis propias decisiones |
| _____ Tener voz acerca de cómo quiero que me cuiden | _____ Todo lo mencionado |
| _____ Otros _____ | |

3. Las personas que prefiero que me cuiden al final de la vida son:

4. Acerca del uso de procedimientos para mantenerse vivo (por ejemplo: ayuda para respirar, medios mecánicos para mantener la presión sanguínea y los latidos del corazón, alimentación por sonda), si yo:

- Estuviera gravemente incapacitada con la enfermedad Alzheimer _____ usar _____ no usar
- Estuviera en estado vegetativo con pocas esperanzas de recuperarme _____ usar _____ no usar
- Pudiera recuperarme suficientemente para estar cómodo y activo _____ usar _____ no usar
- Estuviera cerca de la muerte con una enfermedad incurable _____ usar _____ no usar

5. He completado los artículos marcados arriba (√). Por favor anote en donde estan guardados los documentos y quién tiene copias y autoridad.

- _____ Directivas Anticipadas Sobre el Cuidado de la Salud
- _____ Nombre del Tutor o Guardián
- _____ Poder notarial para finanzas
- _____ Testamento o Fideicomiso
- _____ Formulario de no resucitación
- _____ Otros papeles necesarios para que alguien maneje mis asuntos (negocios)

6. Soy miembro de una iglesia organizada o religión ____ Sí ____ No

Mi fe o congregación es: _____

7. Para atender a mis necesidades espirituales cuando mi muerte se acerque, por favor llame a:

Nombre (s)

Relación:

Teléfono

8. Cuando me este muriendo me gustaría que mis alrededores fueran de esta manera y me gustaría tener conmigo posesiones especiales anotadas (aquí):

9. Cuando mi muerte se esté acercando, deseo que estas personas sean informadas:

10. Después de mi muerte, me gustaría que se informe a:

11. Quiero que el anuncio de mi muerte (obituario) esté escrito así:

12. Mis deseos para el cuidado después de mi muerte y actividades de conmemoración son:

Si he hecho estos arreglos, la persona indicada en contactar es: _____

13. En el caso de que esté incapacitado o si mi muerte esta cerca, quiero que las personas sepan que estas cosas son importantes para mí:

14. _____
Su firma/fecha

(opcional) Firma del testigo y fecha

Nota: Complete y comparta esto con su doctor, familiares y cuidadores de su salud. Adjunte hojas adicionales si es necesario. También, es importante que complete documentos legales expresando sus deseos para el cuidado de salud y quien tiene la autoridad para actuar de su parte, para cuando esté incapacitado. Sin documentos completados en forma legalmente aceptable y distribuidos a quienes deben de tenerlos, el final de la vida puede llegar a ser una situación difícil y frustrante para usted y para los demás.

Esta Lista y Guía de Valores se le provee por cortesía de:

_____ nombre de su organización/ como contactarse _____

Esta forma también se puede solicitar en inglés.