

# 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.