

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

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Comodidad física | <input type="checkbox"/> Alivio del dolor y sufrimiento |
| <input type="checkbox"/> Tener presente a familiares y amigos | <input type="checkbox"/> Tener una muerte natural en casa, si es posible |
| <input type="checkbox"/> Mantener mi dignidad e integridad | <input type="checkbox"/> Vivir lo más que se pueda, sin límites |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

2. En términos de vivir con una enfermedad seria al final de la vida, yo defino calidad de vida como:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reflexionar en mis valores y creencias | <input type="checkbox"/> La habilidad de dirigir las decisiones de mi vida |
| <input type="checkbox"/> Poder reconocer a familiares y amigos | <input type="checkbox"/> Tomar mis propias decisiones |
| <input type="checkbox"/> Tener voz acerca de cómo quiero que me cuiden | <input type="checkbox"/> Mantener mi sentido de independencia |
| <input type="checkbox"/> Poder hacer las cosas que disfruto hacer | <input type="checkbox"/> Recibir cuidado paliativo (alivio) y del hospice |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

3. Si pudiera escoger donde pudiera estar cuando este muriendo, me gustaría estar:

en casa en el hospital en un acilo otro _____

4. ¿Qué piensa usted del uso de procedimientos para mantenerse vivo? Esto significa cualquier medicación, procedimiento médico o dispositivo cuales podrían ser utilizados para mantenerlo vivo, cuando usted debería de morir naturalmente. Esto incluye: ayuda para respirar, medios mecánicos para mantener la presión sanguínea y los latidos del corazón, alimentación por sonda) u otro tratamiento que lo invada. Que le gustaría a usted tener o hacer en las siguientes situaciones?

- | | |
|--|--|
| Estuviera gravemente incapacitada con la enfermedad Alzheimer | <input type="checkbox"/> usar <input type="checkbox"/> no usar |
| Estuviera en estado vegetativo con pocas esperanzas de recuperarme | <input type="checkbox"/> usar <input type="checkbox"/> no usar |
| Pudiera recuperarme suficientemente para estar cómodo y activo | <input type="checkbox"/> usar <input type="checkbox"/> no usar |
| Estuviera cerca de la muerte con una enfermedad incurable | <input type="checkbox"/> usar <input type="checkbox"/> no usar |

5. Cuales son algunas de las cosas que son mas importantes para usted?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> La naturaleza de mi cuidado no debe arruinar ami familia | <input type="checkbox"/> Mis creencias religiosas y tradiciones |
| <input type="checkbox"/> Estar libre de dolor y estar confortable | <input type="checkbox"/> Consecuencias después de la muerte |
| <input type="checkbox"/> Mí cuidado espiritual y bienestar | <input type="checkbox"/> Estar confortable en un lugar tranquilo |
| <input type="checkbox"/> Regresar a mi lugar de origen después de muerto, y es en _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otro (s) _____ | |

6. Que familiares y amigos pudieran ayudar con su cuidado cuando usted ya no pueda cuidarse por si mismo?

7. Acaso sus seres queridos conocen sus deseos, valores y creencias acerca del final de la vida?

Si No

8. Ha hablado con su doctor de estos temas? Si No

Si usted esta usando esta para como Directiva Anticipada Sobre el Cuidado de la Salud por favor Imprima su nombre, firme y póngale la fecha.

Nombre/Fecha: _____

Otras Cosas que Considerar Acerca de mis deseos al final de la vida

(Si usted no completa esta parte ahora, es buena idea pensar sobre de esto y completarlas depues.)

9. Soy miembro de una iglesia organizada o religión ____ Si ____ No

Mi fe, congregación o religión es _____

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

Nombre (s)	Relación	Teléfono
------------	----------	----------

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

12. Cuando mi muerte se este acercando, deseo que estas personas sean informadas:

13. Después de mi muerte, me gustaría que se informe a las siguientes personas también

14. He escrito o escribiré el un anuncio de mi muerte (obituario): ____ Si ____ No

15. Mis deseos para el cuidado después de mi muerte son ____ cuidado para muerte natural
____ entierro ____ cremación

Mis deseos para las actividades de conmemoración son las siguientes:

16. Si he hecho estos arreglos, el teléfono de la persona en contactar es: _____

17. Otras cosas importantes para alguien que sepan de mi, en el caso de que este incapacitado o si mi muerte esta cerca:

18. _____
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. Es importante que usted llene una Directiva Anticipada Sobre el Cuidado de la Salud (Power of Attorney for Health Care). Sin esta Directiva Anticipada Sobre el Cuidado de la Salud completada en forma legalmente aceptable y distribuidos a quienes deben de tenerlos, sus deseos no serán honrados cuando sea necesario. Las Directivas Anticipadas Sobre el Cuidado de la Salud son disponibles sin cargo en oficinas de doctores, oficinas de proveedores de servicios sociales y en hospitales. Recomendamos que en la forma AHCD, bajo Instrucciones Especiales, usted incluya “Ver la lista y Guía de Valores adjunta” y adjunte la Lista y Guía de Valores a la forma AHCD ya completada.