

# Provisión de Demencia

## Anexo a la Planificación de Cuidados de Salud

El siguiente documento puede ser agregado a cualquier *Directiva Anticipada de Cuidados de Salud*, para proporcionar una guía relacionada con el *consentimiento* o *rechazo* a ciertos tratamientos médicos. Una vez que se haya completado y firmado, debe ser incluido junto con la Directiva Anticipada de Cuidados de Salud.

Yo, \_\_\_\_\_, estoy creando este documento *anexo*, porque deseo que mis representantes con poder legal, y/o agentes de cuidados de salud, proveedores médicos, familiares, cuidadores, proveedores de cuidados a largo plazo y otros seres queridos, conozcan y cumplan mis deseos con respecto al tipo de cuidados médicos que deseo recibir, si yo llego a desarrollar una etapa avanzada de Alzheimer, o de algún otro tipo de demencia progresiva incurable.

Bajo las condiciones de demencia avanzada, incluyendo la incapacidad de una comunicación racional con mis seres queridos o cuidadores y/o que mi dependencia física y de todos los aspectos de cuidados corporales, recaiga en otras personas, la continuidad de vida no tendría sentido para mí. Dentro de esas condiciones y si es poco probable que mi enfermedad pueda mejorar, yo deseo morir pacíficamente y lo más pronto que se pueda legalmente, para evitar un proceso prolongado de muerte que me causaría un sufrimiento innecesario.

INDICADOR	PREFERENCIAS DE CUIDADOS DE SALUD
	(Elija sus preferencias de cuidados de salud, haciendo <i>clik</i> en su elección, o circulando sus preferencias personales con una pluma, después de haber imprimido el formulario. Escriba sus iniciales en cada preferencia con una pluma).

<b>He olvidado todo acerca de mi pasado, pero aún reconozco a</b>	Deseo vivir el mayor tiempo posible.	No deseo tratamientos médicos que prolongan la vida	Deseo que se me mantengan cómodo(a), y que se suspenda o	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan
---	--------------------------------------	---	--	---

<p><b>las personas que están más cercanas a mí.</b></p>	<p>Iniciales _____</p>	<p>Iniciales _____</p>	<p>evite cualquier tratamiento médico que me impide morir de otras enfermedades.</p> <p>Iniciales _____</p>	<p>suspendido todos los tratamientos médicos, como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente.</p> <p>Iniciales _____</p>
<p><b>Ya no reconozco a mis seres queridos, pero aún sonrío y parezco estar feliz en mi propio mundo.</b></p>	<p>Deseo vivir el mayor tiempo que sea posible.</p> <p>Iniciales _____</p>	<p>No deseo recibir tratamientos médicos que prolonguen la vida.</p> <p>Iniciales _____</p>	<p>No deseo recibir tratamientos médicos que prolonguen la vida.</p> <p>Iniciales _____</p>	<p>Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente.</p> <p>Iniciales _____</p>
<p><b>Ya no reconozco a mis seres queridos y muy a menudo parezco</b></p>	<p>Deseo vivir el mayor tiempo posible.</p>	<p>No deseo recibir tratamientos médicos que prolonguen la vida.</p>	<p>No deseo recibir tratamientos médicos que prolonguen la vida.</p>	<p>Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los</p>

<b>infeliz, triste o ansioso(a).</b>	Iniciales _____	Iniciales _____	Iniciales _____	tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente.  Iniciales _____
<b>Estoy sufriendo mentalmente de ansiedad, y ustedes no pueden controlarla con medicamentos.</b>	Deseo vivir el mayor tiempo posible.  Iniciales _____	No deseo tratamientos médicos que prolonguen la vida.  Iniciales _____	No deseo tratamientos médicos que prolonguen la vida.  Iniciales _____	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente.  Iniciales _____
<b>Me enfurezco o me pongo violento, pero con medicamentos suministrados, me siento regularmente BIEN.</b>	Deseo vivir el mayor tiempo posible.  Iniciales _____	No deseo tratamientos médicos que prolonguen la vida.  Iniciales _____	No deseo tratamientos médicos que prolonguen la vida.  Iniciales _____	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y

	Iniciales _____	Iniciales _____	Iniciales _____	líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente.  Iniciales _____
<b>Me enfurezco o me pongo violento y no se me puede controlar con medicamentos.</b>	Deseo vivir el mayor tiempo posible.  Iniciales _____	No deseo tratamientos médicos que prolonguen la vida.  Iniciales _____	No deseo tratamientos médicos que prolonguen la vida.  Iniciales _____	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente.  Iniciales _____
<b>Ya no puedo comunicarme verbalmente con mis seres queridos.</b>	Deseo vivir el mayor tiempo posible.  Iniciales _____	No deseo tratamientos médicos que prolonguen la vida.  Iniciales _____	No deseo tratamientos médicos que prolonguen la vida.  Iniciales _____	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente.  Iniciales _____





<p><b>La única opción de cuidados para mi, es un hogar para las personas de la tercera edad.</b></p>	<p>Deseo vivir el mayor tiempo posible.</p> <p>Iniciales _____</p>	<p>No deseo tratamientos médicos que prolonguen la vida.</p> <p>Iniciales _____</p>	<p>No deseo tratamientos médicos que prolonguen la vida.</p> <p>Iniciales _____</p>	<p>Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente.</p> <p>Iniciales _____</p>
<p><b>Ya no aparento estar interesado en los alimentos, pero los puedo ingerir, si me los sostienen en los labios con una cuchara.</b></p>	<p>Deseo vivir el mayor tiempo posible.</p> <p>Iniciales _____</p>	<p>No deseo tratamientos médicos que prolonguen la vida.</p> <p>Iniciales _____</p>	<p>No deseo tratamientos médicos que prolonguen la vida.</p> <p>Iniciales _____</p>	<p>Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente.</p> <p>Iniciales _____</p>

<p><b>No tengo la capacidad de levantarme o dejar mi cama por mí mismo(a).</b></p>	<p>Deseo vivir el mayor tiempo posible.</p> <p>Iniciales _____</p>	<p>No deseo tratamientos médicos que prolonguen la vida.</p> <p>Iniciales _____</p>	<p>No deseo tratamientos médicos que prolonguen la vida.</p> <p>Iniciales _____</p>	<p>Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente.</p> <p>Iniciales _____</p>
--	--	---	---	---

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Firma: \_\_\_\_\_ (Imprima este documento y firme con una pluma).

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

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE CON PODER LEGAL PARA CUIDADOS DE SALUD

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ALTERNATIVA DEL REPRESENTANTE CON PODER LEGAL PARA CUIDADOS DE SALUD

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nosotros, cuyos nombres se proporcionan a continuación, declaramos que conocemos personalmente a la persona que firmó este documento, quien parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y que actúa por voluntad propia. Firmamos este documento (o le pedimos a otra persona que lo firme), en nuestra presencia.

**TESTIGO 1** Firma: \_\_\_\_\_ (Imprima este documento y firme con una pluma).

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

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

**TESTIGO 2** Firma: \_\_\_\_\_ (Imprima este documento y firme con pluma).

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

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Este documento no pretende ser una asesoría legal. El estado donde usted vive puede tener leyes específicas sobre cómo se debe completar este documento. Consulte a un abogado local para obtener asesoría legal específica para su situación personal.

## Dementia Provision

### Advance Directive Addendum

The following document can be added to any advance directive to provide guidance regarding consent to or refusal of certain therapies. Once completed, signed and witnessed, it should be kept with the advance directive.

I, , am creating this document because I want my healthcare representatives/agents/proxies, medical providers, family members, caregivers, long-term care providers, and other loved ones to know and honor my wishes regarding the type of care I want to receive if I develop an advanced stage of Alzheimer's Disease or other incurable progressive dementia. Under the conditions of advanced dementia, including my inability to communicate rationally with loved ones or caregivers, and/or my physical dependence on others for all aspects of bodily care, continuing life would have no value for me. In those conditions, and if my condition is unlikely to improve, I would want to die peacefully and as quickly as legally possible to avoid a drawn-out, prolonged dying that would cause unnecessary suffering.

MARKER

CARE PREFERENCE

(Please choose your preferences by clicking on your selection or circle your preferences with a pen after you have printed the form, then initial each preference with a pen.)

--	--

<p>I have forgotten everything about my past, but still recognize those closest to me</p>	<p>I want to live as long as possible</p> <p>Initial _____</p>	<p>I want no lifesaving treatments</p> <p>Initial _____</p>	<p>Keep me comfortable, and stop or avoid any treatments that are preventing me from dying from other diseases</p> <p>Initial _____</p>	<p>Keep me comfortable while stopping all treatments and withholding food and water so that I can die peacefully</p> <p>Initial _____</p>
<p>I no longer recognize my loved ones, but I still smile and seem happy in my own world</p>	<p>I want to live as long as possible</p> <p>Initial _____</p>	<p>I want no lifesaving treatments</p> <p>Initial _____</p>	<p>I want no lifesaving treatments</p> <p>Initial _____</p>	<p>Keep me comfortable while stopping all treatments and withholding food and water so that I can die peacefully</p> <p>Initial _____</p>
<p>I no longer recognize my loved ones, and more often than not I seem unhappy, sad or anxious</p>	<p>I want to live as long as possible</p> <p>Initial _____</p>	<p>I want no lifesaving treatments</p> <p>Initial _____</p>	<p>I want no lifesaving treatments</p> <p>Initial _____</p>	<p>Keep me comfortable while stopping all treatments and withholding food and water so that I can die peacefully</p> <p>Initial _____</p>
<p>I am suffering mentally from anxiety, and you are not able to control it with medication</p>	<p>I want to live as long as possible</p> <p>Initial _____</p>	<p>I want no lifesaving treatments</p> <p>Initial _____</p>	<p>I want no lifesaving treatments</p> <p>Initial _____</p>	<p>Keep me comfortable while stopping all treatments and withholding food and water so that I can die peacefully</p> <p>Initial _____</p>

<p>I am angry or violent, but with medication I am normally OK</p>	<p>I want to live as long as possible</p> <p>Initial _____</p>	<p>I want no lifesaving treatments</p> <p>Initial _____</p>	<p>I want no lifesaving treatments</p> <p>Initial _____</p>	<p>Keep me comfortable while stopping all treatments and withholding food and water so that I can die peacefully</p> <p>Initial _____</p>
<p>I am angry or violent and it is not controlled with medication</p>	<p>I want to live as long as possible</p> <p>Initial _____</p>	<p>I want no lifesaving treatments</p> <p>Initial _____</p>	<p>I want no lifesaving treatments</p> <p>Initial _____</p>	<p>Keep me comfortable while stopping all treatments and withholding food and water so that I can die peacefully</p> <p>Initial _____</p>
<p>I can no longer communicate with my loved ones through words</p>	<p>I want to live as long as possible</p> <p>Initial _____</p>	<p>I want no lifesaving treatments</p> <p>Initial _____</p>	<p>I want no lifesaving treatments</p> <p>Initial _____</p>	<p>Keep me comfortable while stopping all treatments and withholding food and water so that I can die peacefully</p> <p>Initial _____</p>
<p>I can no longer feed myself</p>	<p>I want to live as long as possible</p> <p>Initial _____</p>	<p>I want no lifesaving treatments</p> <p>Initial _____</p>	<p>I want no lifesaving treatments</p> <p>Initial _____</p>	<p>Keep me comfortable while stopping all treatments and withholding food and water so that I can die peacefully</p> <p>Initial _____</p>
<p>I can no longer bathe myself</p>	<p>I want to live as long as possible</p>	<p>I want no lifesaving</p>	<p>I want no lifesaving</p>	<p>Keep me comfortable</p>

	Initial _____	treatments Initial _____	treatments Initial _____	while stopping all treatments and withholding food and water so that I can die peacefully  Initial _____
I can no longer toilet myself	I want to live as long as possible Initial _____	I want no lifesaving treatments Initial _____	I want no lifesaving treatments Initial _____	Keep me comfortable while stopping all treatments and withholding food and water so that I can die peacefully  Initial _____
I can no longer dress myself	I want to live as long as possible Initial _____	I want no lifesaving treatments Initial _____	I want no lifesaving treatments Initial _____	Keep me comfortable while stopping all treatments and withholding food and water so that I can die peacefully  Initial _____
The only option to care for me is in a nursing home	I want to live as long as possible Initial _____	I want no lifesaving treatments Initial _____	I want no lifesaving treatments Initial _____	Keep me comfortable while stopping all treatments and withholding food and water so that I can die peacefully  Initial _____
I no longer seem interested in food, but I will swallow	I want to live as long as possible Initial	I want no lifesaving treatments	I want no lifesaving treatments	Keep me comfortable while stopping all treatments

if a spoon is held to my lips	_____	Initial _____	Initial _____	and withholding food and water so that I can die peacefully  Initial _____
I am unable to leave my bed.	I want to live as long as possible  Initial _____	I want no lifesaving treatments  Initial _____	I want no lifesaving treatments  Initial _____	Keep me comfortable while stopping all treatments and withholding food and water so that I can die peacefully  Initial _____

### PATIENT INFORMATION

Signature \_\_\_\_\_ (Please print this document and sign with a pen.) Date \_\_\_\_\_  
 Printed Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

### HEALTHCARE PROXY INFORMATION

Printed Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_

### ALTERNATIVE HEALTHCARE PROXY INFORMATION

Printed Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_

*We, whose names are provided below, declare that the person who signed this document is personally known to us, appears to be of sound mind and acting of their own free will, and signed this document (or asked another to sign this document) in our presence.*

WITNESS 1 Signature \_\_\_\_\_ (Please print this document and sign with a pen.) Date \_\_\_\_\_

Printed Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_

WITNESS 2 Signature \_\_\_\_\_(Please print this document and sign with a pen.) Date \_\_\_\_  
Printed Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_

This document is not intended as legal advice. Your state may have specific laws about how this document should be completed. Consult local counsel for advice specific to your situation.