Salina Regional Health Center

PATIENT SELF DETERMINATION

La siguiente declaración de mis deseos de tratamiento, si no tengo la capacidad de hacer o comunicar decisiones acerca de mi tratamiento de cuidado de la salud. Le doy mucha importancia en mi habilidad de vivir una vida significativa, para relacionarme con otros, para cuidar de mí misma(o), y participar en actividades intelectuales. No deseo vivir la vida en una condición en las que tenga poca o ninguna oportunidad de ganar suficiente facultad mental para relacionarme con otros de manera significativa. .

SI HAY UNA FRASE, DECLARACIÓN O UNA SECCIÓN ABAJO CON LA CULA USTED NO ESTE DEACUERDO, TRACE UNA LÍNEA SOBRE ESTA Y AGREGUE SUS INICIALES.

Por lo tanto, ordeno que todos los procedimientos de prolongación de la vida sean retenidos o retirados cuando no exista esperanza de una recuperación significativa y yo tenga:

- **una condición terminal, o**
- **una condición, afección o lesión sin expectativa razonable que yo recupere una cualidad de vida aceptable, o**
- **daño cerebral sustancial o enfermedad cerebral que no se pueda revertir significativamente.**

Cuando exista cualquiera de las condiciones mencionadas arriba, elijo que se retengan o retiren los siguientes procedimientos para prolongar la vida:

- **cirugía**
- **diálisis**
- **resucitación cardiopulmonar ("RCP")**
- **antibióticos**
- **respirador mecánico (respirador)**
- **alimentación por sonda (alimentos y agua entregados a través de un tubo por las venas, la nariz o el estómago)**
- **otro** _____

Si mi médico cree que cierto procedimiento de prolongación de la vida u otro tratamiento de cuidado de la salud pueda proporcionarme comodidad, aliviar el dolor, o llevarme a una recuperación significativa, ordeno a mi médico tartar el tratamiento por un período de tiempo razonable. Sin embargo, si esto no mejora significativamente mi condición, proporciona comodidad, o alivio del dolor, ordeno que el procedimiento o tratamiento sea retirado, incluso si al hacerlo acorta mi vida.

Ordeno que se me brinde tratamiento de atención médica para aliviar el dolor o proporcionar comodidad, incluso si tal tratamiento pueda acortar mi vida, suprima mi apetito o respiración, o cree un hábito.

He leído estas instrucciones y las he considerado detenidamente y están de acuerdo con mis deseos.

Fecha: _____, 20_____ _____
Declarante

_____ _____
Testigo Fecha Testigo Fecha

ESTADO DE KANSAS, DISTRITO DE SALINA, ss.:

Este instrumento fue reconocido ante mí el día _____ de

_____, 20_____, por _____.

(sello del notario)

_____
Notario Público

(Rev. 2/2020)