

Estos documentos se pueden copiar del internet gratis: [www.healthethics.org](http://www.healthethics.org)

# Formularios para planear por adelantado su cuidado médico



Dando a conocer sus deseos

Los documentos legales que usted necesita para asegurar que sus elecciones futuras de asistencia médica se cumplan.

Photo donated by DigikMan Photography/Reno

Distribuido como un servicio público por el



Nevada Center for  
Ethics and Health Policy  
College of Health and Human Sciences  
University of Nevada, Reno



Estimado habitante de Nevada:

Felicitaciones. Usted se ha hecho cargo de una parte significativa de su futuro bienestar abriendo este pequeño folleto.

Usted tiene en sus manos los instrumentos legales necesarios para hacer conocer sus deseos de asistencia médica en caso de que usted no los pueda comunicar directamente a su médico y otros asistentes de cuidado (“caregivers”).

Cuando lo firma y notariza, este folleto se convierte en un documento legal obligatorio. ¡Nosotros le instamos a completarlo hoy y hacer copias para sus seres queridos, su doctor y su abogado para tener el documento en sus archivos-este documento sólo trabaja si se puede localizar! También, asegúrese de separar, llenar y poner en su billetera las tarjetas que encontrará detrás de este folleto, para su mayor protección.

Luego, archive su folleto original en un lugar seguro donde se lo pueda localizar fácilmente.

Por su salud,

Noel Tiano, Th.D.  
**Director**  
*Nevada Center for Ethics &  
Health Policy  
University of Nevada, Reno*

Barbara Thornton, Ph.D  
**Professor**  
*School of Public Health  
University of Nevada, Reno*

# Nevada PODER LEGAL DURADERO PARA

**ADVERTENCIA A  
PERSONAS QUE  
EJECUTEN ESTE  
DOCUMENTO:**

*ESTE ES UN  
DOCUMENTO LEGAL  
IMPORTANTE QUE  
CREA UN PODER LEGAL  
DURADERO PARA EL  
CUIDADO DE LA  
SALUD. ANTES DE  
EJECUTAR ESTE  
DOCUMENTO, USTED  
DEBE CONOCER ESTOS  
PUNTOS IMPORTANTES:*

1. Este documento otorga a la persona que usted designe como su apoderado legal, el poder de tomar por usted decisiones en cuanto al cuidado de su salud. Este poder está sujeto a cualquier limitación o declaración de su voluntad que usted incluya en este documento. El poder de tomar decisiones por usted en cuanto al cuidado de su salud puede incluir el consentimiento, negación del consentimiento, o retiro del consentimiento de cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una condición física o mental. Usted puede declarar en este documento cualquier tipo de tratamiento o colocación que usted no desee.

2. La persona que usted designe en este documento tiene la obligación de actuar de forma consistente con su voluntad, según lo establecido en este documento o dado a conocer de alguna otra forma o, si se desconoce su voluntad, actuar según sus mejores intereses.

3. A menos que se especifique lo contrario en este documento, el poder de la persona que usted designe para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de su salud puede incluir el poder de dar consentimiento a que su doctor no proporcione el tratamiento o detenga el tratamiento que le mantendría vivo.

4. A menos que usted especifique un período de tiempo más corto en este documento, este poder existirá indefinidamente a partir de la fecha en que usted ejecute este documento y, si es incapaz de tomar decisiones en cuanto al cuidado de su salud por usted mismo, este poder continuará existiendo hasta el momento en que vuelva a ser capaz de tomar decisiones por usted mismo.

# DECISIONES SOBRE el CUIDADO de la SALUD

5. Aparte de este documento, usted tiene el derecho de tomar por usted mismo decisiones médicas y del cuidado de su salud siempre y cuando pueda dar consentimiento informado con respecto a la decisión en particular. Además, no podrá dársele ningún tratamiento en su contra, y el cuidado a la salud necesario para mantenerlo vivo puede no detenerse si usted tiene una objeción.

6. Usted tiene el derecho de revocar la asignación de la persona designada en este documento para tomar decisiones por usted con relación al cuidado de su salud, notificando a dicha persona de la revocación ya sea de forma oral o por escrito.

7. Usted tiene el derecho de revocar la autoridad otorgada a la persona designada en este documento para tomar decisiones por usted relacionadas al cuidado de su salud, notificando al médico, hospital u otro proveedor de cuidados de la salud a cargo, ya sea de forma oral o por escrito.

8. La persona designada en este documento para tomar por usted decisiones en cuanto al cuidado de su salud tiene el derecho de examinar sus registros médicos y de dar consentimiento para darlos a conocer, a menos que usted limite este derecho en este documento.

9. Este documento revoca cualquier Poder Legal Duradero anterior para el Cuidado de la Salud.

10. Si existiera algo en este documento que usted no entendiera, deberá pedir ayuda a un abogado para que se lo explique.



## **EL DERECHO DEL PACIENTE PARA DECIDIR:**

*Todos los adultos en hospitales, casas de cuidado, y otros lugares de asistencia médica tienen ciertos derechos.*

*Bajo la ley del Acto de Autodeterminación del Paciente, los lugares de asistencia médica están requeridos a informarles de sus derechos como paciente y las políticas de la institución.*

*Todos los adultos tienen el derecho de preparar documentos legales conocidos como "Directivas Médicas o Testamento Médico." Estos documentos le permiten a usted indicar por adelantado que clase de tratamiento usted quiere o no quiere, bajo ciertas circunstancias médicas que prevendrían a usted comunicar sus deseos al médico.*

*Nosotros le sugerimos energicamente a todos ejercitar su derecho de hacer las elecciones que tengan que ver con asuntos de morir y que estén conscientes de su habilidad y responsabilidad de transformar la muerte en una materia que se discuta abiertamente por todos.*

## 1. ASIGNACIÓN DE UN AGENTE PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Yo, (agregue su nombre), \_\_\_\_\_

por este medio designo y nombro a:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



como mi apoderado legal para tomar por mi decisions sobre el cuidado de mi salud, segun lo autoriza este documento.

*Agregue el nombre y dirección de la persona que desea designar como su apoderado legal, para que tome por usted decisiones sobre el cuidado de su salud. A menos que la persona sea también su conyuge, tutor legal o la persona mas cercanamente relacionada con usted por sangre, ninguno de los siguientes puede ser designado como su apoderado legal:*

- (1) su proveedor de tratamientos para el cuidado de la salud,*
- (2) un empleado de su proveedor de tratamientos para el cuidado de la salud,*
- (3) un operador de una localidad de cuidado de la salud, o*
- (4) un empleado de un operador de una localidad de cuidado de la salud.*

## 2. CREACIÓN DE UN PODER LEGAL DURADERO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Por medio de este documento pretendo crear un poder legal duradero señalando a la persona designada anteriormente para tomar decisiones por mi relacionadas con el cuidado de mi salud. Este poder legal no deberá verse afectado por mi incapacidad subsiguiente.

## 3. DECLARACIÓN GENERAL DE AUTORIDAD OTORGADA

En caso de que sea incapaz de otorgar consentimiento informado con respecto a decisiones relacionadas con el cuidado de mi salud, por este medio otorgo al apoderado legal nombrado anteriormente, todo el poder y autoridad para tomar decisiones por mi relacionadas al cuidado de mi salud, ya sea antes o después de mi muerte, incluyendo: consentimiento, negación del consentimiento o retiro del consentimiento a cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una condición física o mental, sujeta solo a las limitaciones y provisiones especiales, de haber alguna, declaradas así en el párrafo 4 o 6.

#### 4. LIMITACIONES Y PROVISIONES ESPECIALES

*(No se permite que su apoderado legal de consentimiento sobre ninguno de los siguientes puntos: compromiso para o colocación en una localidad de tratamiento para la salud mental, tratamiento convulsivo, psicocirugía, esterilización o aborto. Si existe cualquier otro tipo de tratamiento o colocación que no desee que la autoridad de su apoderado legal tenga consentimiento para realizar, u otras restricciones que desee colocar en la autoridad de su apoderado legal, debiera anotarlas en el espacio a continuación. Si no escribe ninguna limitación, su apoderado legal tendrá el amplio poder de tomar decisiones por usted en cuanto al cuidado de su salud, las cuales se declaran en el párrafo 3, exceptuando las limitaciones proporcionados por la ley.)*

Al ejercer la autoridad bajo este Poder Legal Duradero para el Cuidado de la Salud, la autoridad de mi apoderado legal esta sujeta a las siguientes provisiones y limitaciones especiales:

---

---

---

#### 5. DURACIÓN

Entiendo que este poder legal existirá indefinidamente a partir de la fecha en que ejecute este documento, a menos que yo establezca un periodo de tiempo mas corto. Si fuera incapaz de tomar decisiones relacionadas con mi salud por mi mismo cuando este poder legal expira, la autoridad que he otorgado a mi apoderado legal continuará existiendo hasta el momento en que vuelva a ser capaz de tomar decisiones por mi mismo.

*(SI APLICA)*

Deseo que este poder legal termine en la siguiente fecha:

\_\_\_\_\_ , 20\_\_ .

#### 6. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD

*Con respecto a las decisiones para mantener o retirar tratamiento que mantenga la vida, su apoderado legal debiera tomar decisiones con respecto al cuidado de su salud, que sean consistentes con sus deseos. Usted puede, pero no se requiere que lo haga, indicar su voluntad a continuación. Si se desconoce su voluntad, su apoderado legal tiene la obligación de actuar segun sus mejores intereses; y, bajo algunas circunstancias, puede que sea necesario un procedimiento judicial para que un tribunal determine la decisión para el cuidado de su salud que actue a favor de sus intereses. Si desea indicar su voluntad, puede PONER SUS INICIALES en la declaración o declaraciones que reflejen su voluntad y/o escribir sus propias declaraciones en el espacio a continuación.*



**SI LA DECLARACIÓN REFLEJA SU VOLUNTAD,  
COLOQUE SUS INICIALES EN LA CAJA AL  
LADO DE LA DECLARACIÓN:**

**(1)** Deseo que mi vida se prolongue a su mayor extensión posible, sin importar mi condición, las oportunidades que tenga de recuperación o supervivencia a largo plazo, o el costo de los procedimientos.

**(2)** Si me encuentro en coma y mis doctores han concluido de forma razonable que es irreversible, deseo que no se utilicen tratamientos de prolongación o mantenimiento de la vida. *(También deben utilizarse las provisiones de NRS 449.535 al 449.690, incluyéndolas, si se colocan iniciales en este subpárrafo.)*

**(3)** Si tengo una condición o enfermedad incurable o terminal y no hay esperanza razonable de una recuperación o supervivencia a largo plazo, deseo que no se utilicen tratamientos de prolongación o mantenimiento de la vida. *(También deben utilizarse las provisiones de NRS 449.535 al 449.690, incluyéndolas, si se colocan iniciales en este subpárrafo)*

**(4)** El retiro o retención de nutrición e hidratación artificial puede dar como resultado la muerte debido a inanición o deshidratación. Deseo recibir o continuar recibiendo nutrición e hidratación artificial por medio del sistema gastrointestinal una vez que todos los demás tratamientos se hayan retirado.

**(5)** No deseo que se provea y/o continúe con tratamiento si la carga del tratamiento supera los beneficios esperados. Mi apoderado legal debe considerar el liberarme de sufrimiento, la preservación o restauración de la funcionalidad y la calidad, así como la extensión posible de mi vida.

**MI SERVICIO FUNERAL**

Si debiera haber un servicio funeral para mí, deseo que este servicio incluya lo siguiente *(anote la música, canciones, lectura u otras peticiones específicas que tenga)*:

---

---

---

---

---

---

---

**Agregue algo mas a su voluntad aqui** (como su deseo de donar alguna o todas las partes de su cuerpo cuando muera):

---

---

---

---

---

---

---

---

*(Si desea cambiar su respuesta, puede hacerlo dibujando una “X” sobre la respuesta que no desee, y encerrando en un círculo la respuesta que prefiera.)*

## **DECLARACIÓN ADICIONAL DE MI VOLUNTAD**

**7.** Es mi intención que este instrumento sirva, tanto como un documento que se ejecute autonomamente, como una delegación de poder a mi apoderado legal. Este documento debiera considerarse como un ejercicio de todos los derechos que pudiera tener segun la Constitución de los Estados Unidos, la Constitución de Nevada, y cualquier otra ley, reglamento y decisión federal y estatal relevante, para rehusar tratamiento médico.

**8.** Deseo que mi voluntad se lleve a cabo por medio de la autoridad concedida a mi apoderado legal por medio de este documento, a pesar de cualquier sentimiento, creencia u opinión contraria de otros miembros de mi familia, parientes o amigos.

**9.** Yo se que las situaciones descritas en este documento estan sujetas a diversas interpretaciones, y estoy seguro que la(s) persona(s) nombrada(s) como mi(s) apoderado(s) legal(es) hara(n) efectivo el juicio que yo mismo hubiera ejercido de haber sido competente.

**10.** Si mi apoderado legal o mi(s) apoderado(s) legal(es) alternative(s) no se encuentran disponibles, aun asi sigo pidiendo que se tomen en cuenta las instrucciones y preferencias en este documento.





## 11. ASIGNACIÓN DEL APODERADO LEGAL ALTERNATIVO

*(No se requiere designar algun apoderado legal alternativo, pero puede hacerse. Cualquier apoderado legal alternativo que usted designe será capaz de tomar las mismas decisiones relacionadas con el cuidado de su salud que el apoderado legal designado en el párrafo 1, página 2 en el caso de que el o ella sea incapáz o no desee actuar como su apoderado legal. Asi mismo, si el apoderado legal designado en el párrafo 1 es su conyuge, su designación como apoderado legal se revoca automaticamente por ley si su matrimonio ha sido disuelto.)*



Si la persona asignada en el párrafo 1 como mi apoderado legal es incapaz de tomar decisiones por mi en cuanto al cuidado de mi salud, entonces designo a las siguientes personas para que actuen como mi apoderado legal para tomar decisiones por mi en cuanto al cuidado de mi salud, segun lo autoriza este documento, dichas personas actuaran en el orden anotado a continuación:

### A. Primer Apoderado Legal Alternativo

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### B. Segundo Apoderado Legal Alternativo

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## 12. DESIGNACIONES ANTERIORES REVOCADAS

Revoco cualquier poder legal duradero previo para el cuidado de mi salud. Sin embargo, este no deberá ser considerado como una revocación de algun poder legal duradero que pudiera haber hecho para la administración de mis negocios y/o asuntos personales.

## 13. RENUNCIA DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Si mi apoderado legal designado o cualquier apoderado legal alternativo es mi conyuge o es alguno de mis hijos, entonces en ese caso renuncio a cualquier conflicto de interés que dicho conyuge o hijo pudiera tener al llevar a cabo las provisiones de este Poder Legal Duradero para el Cuidado de la Salud, por razon del hecho de que dicho conyuge o hijo pudiera ser un receptor de mi caudal hereditario ya sea por Testamento, por las leyes de sucesión intestada o de acuerdo a un fideicomiso u otro acuerdo.

**(Usted debe FECHAR y FIRMAR este PODER LEGAL)**

Firmo mi nombre en este Poder Legal Duradero para el Cuidado de la Salud el:

\_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.  
(fecha)

en \_\_\_\_\_  
(ciudad y estado)

Firma \_\_\_\_\_

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

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

*(Este poder legal no será valido para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de su salud a menos que sea (1) firmado por lo menos por dos testigos calificados que usted conozca personalmente y que se encuentren presentes cuando firme o reconozca su firma, o (2) reconocido ante un notario público.)*

**CERTIFICADO de RECONOCIMIENTO de un NOTARIO PÚBLICO**

ESTADO DE NEVADA            )  
  ) SS.  
CONDADO DE \_\_\_\_\_)

En este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_,

ante mi, \_\_\_\_\_, *(agregue aquí el nombre del*

*Notario Público)* personalmente se presenta \_\_\_\_\_,

*(agregue aquí el nombre del titular)* al cual personalmente reconozco *(o se identificó conmigo con evidencia satisfactoria)* como la persona que ejecuto el instrumento anterior, y el cual reconocio ante mi que el o ella lo ejecutara para los propositos aqui establecidos. Declaro bajo pena de perjurio que la persona cuyo nombre esta escrito en este instrumento parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y bajo ninguna coacción, ningún fraude o influencia indebida.

\_\_\_\_\_  
NOTARIO PÚBLICO



## DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

*(Los testigos deben leer y seguir cuidadosamente este procedimiento. Este documento no sera válido a menos que cumpla con el procedimiento para los testigos. Si usted elige utilizar un testigo en lugar de que este documento este notariado, deberá utilizar dos testigos adultos calificados. Ninguno de los siguientes podra ser utilizado como testigo: (1) una persona que designe como el apoderado legal, (2) un proveedor de servicios para el cuidado de la salud, (3) un empleado de un proveedor de servicios para el cuidado de la salud, (4) el operador de una localidad de servicios para el cuidado de la salud, o (5) un empleado de un operador de una localidad de servicios para el cuidado de la salud.)*



Declaro bajo pena de perjurio que el titular es personalmente conocido mio, que el titular firmó o reconoció este Poder Legal Duradero en mi presencia, que el titular aparece en pleno uso de sus facultades mentales y bajo ninguna coacción, ningún fraude o influencia indebida, que no soy la persona asignada como apoderado legal por este documento, y que no soy un proveedor de servicios para el cuidado de la salud, un empleado de un proveedor de servicios para el cuidado de la salud, el operador de una localidad comunitaria de servicios para el cuidado de la salud, ni un empleado de una localidad de servicios para el cuidado de la salud.

Firma \_\_\_\_\_

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

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

**NOTA: POR LO MENOS UNO DE LOS TESTIGOS ANTERIORES DEBE TAMBIÉN FIRMAR LA SIGUIENTE DECLARACIÓN**

**DECLARACIÓN DEL TESTIGO**

Declaro bajo pena de perjurio que no estoy relacionado con el titular por sangre, matrimonio o adopción, y según mi mejor conocimiento, no tengo derecho a ninguna parte de la herencia del titular a la muerte del titular bajo un deseo ya existente o por la operación de la ley.

Firma \_\_\_\_\_

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

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_



**COPIAS:** *Usted deberá conservar una copia ejecutada de este documento y entregar una a su apoderado legal. El poder legal deberá estar disponible para que se entregue una copia a sus proveedores de servicios para el cuidado de la salud.*

## DECLARACIÓN

Si yo presentaré una condición incurable e irreversible que, sin la administración de tratamiento para mantener la vida, ocasionará, en la opinión del médico que me atiende, mi muerte dentro de un periodo de tiempo relativamente corto, y ya no fuera capaz de tomar decisiones en lo concerniente a mi tratamiento médico, instruyo a cualquier médico que me atienda, de acuerdo con los reglamentos NRS 449.535 al 449.690, incluyéndolos, que retenga o retire el tratamiento que solo prolonga el proceso de muerte y que no sea necesario para mi comodidad o para aliviar el dolor.

**NOTA:** Si desea incluir el siguiente párrafo en esta declaración, deberá **ESCRIBIR SUS INICIALES** en el párrafo, en la caja proporcionada:

Retener o retirar la hidratación y nutrición artificial puede dar como resultado en la muerte por inanición o deshidratación. Coloque sus iniciales en esta caja si desea recibir o continuar recibiendo nutrición e hidratación artificiales por medio del sistema gastrointestinal una vez que todos los demás tratamientos se hayan retirado según esta declaración.

## NOTA

*Asegúrese de que sus seres queridos puedan encontrar este documento. Haga copias para todos a quienes conciernen y asegúrese de que ellos entiendan su importancia. También, llene y lleve una copia de la Tarjeta de Billetera pegada a la cubierta trasera.*

Firmado este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

***La persona que declara voluntariamente firma este documento en mi presencia.***

Testigo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_



# Una carta para mis seres queridos. . . .

---

Queridos míos,

Deseo la mejor calidad de vida que pueda tener durante mis últimos días.  
Es por ello que por este medio requiero lo siguiente. . .

- |                          |     |   |
|--------------------------|-----|---|
| <input type="checkbox"/> | (a) | Pido que se proporcione tratamiento médico para aliviar el dolor, proporcionar comodidad y mitigar el sufrimiento, para poder estar tan libre de dolor y sufrimiento como sea posible. Por favor consulten a mi médico a este respecto. |
| <input type="checkbox"/> | (b) | Si mi temperatura se encuentra por encima de lo normal, deseo que se coloque un paño húmedo y fresco sobre mi cabeza.   |
| <input type="checkbox"/> | (c) | Deseo que mis labios y boca se mantengan húmedos.   |
| <input type="checkbox"/> | (d) | Necesito que se me mantenga fresco y limpio en todo momento. Deseo banarme con agua caliente frecuentemente, si me encuentro lo suficientemente estable para banarme.   |
| <input type="checkbox"/> | (e) | Deseo que se me den masajes con o sin aceites tibios tan frecuentemente como ustedes piensen que sea necesario, para ayudarme a mantener la integridad de mi piel y para proporcionar mi comodidad.                                     |
| <input type="checkbox"/> | (f) | Deseo tener cuidados personales como que me corten las ungas, me peinen el cabello, me cepillen los dientes y me rasuren, siempre y cuando esto no me cause dolor.  |

*Espero que mi familia y amigos condiseren que. . .*

---

(a) Disfruto de su compañía y deseo que estén conmigo siempre que sea posible. Deseo que uno de ustedes permanezca conmigo cuando pareciera que mi muerte fuera inminente.

---

(b) Por favor continúen hablándome sobre lo que sucede día con día, incluso cuando piensen que no entiendo, porque quizás sea capaz de entender.

---

(c) Por favor no tengan miedo de tomar mi mano o de abrazarme.

---

(d) Por favor díganles a los miembros de mi iglesia o sinagoga que estoy enfermo y que les pido que recen por mi y que me visiten.

---

(e) Por favor mantengan una atmósfera llena de ánimo a mi alrededor.

---

(f) Por favor coloquen fotografías de mis seres queridos en mi habitación, cerca de mi cama o cerca del lugar donde me siento durante el día.

---

(g) Mi ropa y mis sábanas deberán mantenerse limpias, y deberán cambiarse en cuanto sea posible si se han ensuciado.

---

(h) De ser posible, permítanme morir en mi casa.

---

(i) Por favor hagan los arreglos necesarios para que pueda ver televisión, o escuchar mis eventos deportivos favoritos.

---

(j) Permítanme disfrutar del exterior tan frecuentemente como sea posible, dejándome pasar tiempo en mi patio, jardín y otros lugares exteriores apropiados, aun cuando esto ocasione algún tipo de ligera incomodidad para ustedes o para mi.

---

(k) Deseo escuchar mi música favorita siempre que sea posible.

---

(l) Deseo que me lean pasajes religiosos cuando este cerca de la muerte.

---

(m) Deseo que me lean mis poemas favoritos de cuando en cuando.

---

*Quiero que sepan lo siguiente sobre mis pensamientos y preocupaciones, si estoy incapacitado y no puedo transmitir a ustedes estos pensamientos de forma verbal. . .*

---

(1) Quiero que sepan que los amo.

---

(2) Quiero que me perdonen por las veces que los ofendí.

---

(3) Los perdono por aquello que pudieran haberme hecho durante mi vida.

---

(4) Quiero que sepan que no le temo a la muerte.

---

(5) Quiero que todos los miembros de mi familia renueven sus votos de amor los unos por los otros.

---

(6) Por favor recuérdeme como era antes de que tuviera esta enfermedad terminal.

---

(7) Por favor ayúdenme a hacer que la vida siga teniendo significado durante este proceso de morir, dándose cuenta que esta es una oportunidad de crecimiento personal para todos.

---

(8) No tengan miedo de pedir ayuda si tienen problemas con mi muerte.

---

*Si mis amigos desean saber como quiero que me recuerden, díganles lo siguiente. . .*

---

---

---

---

*La(s) siguiente(s) persona(s) conoce(n) mis planes funerarios...*

---

---

---

---



Si se llevara a cabo algún servicio conmemorativo para mi, deseo incluir lo siguiente (anote música, canciones, lecturas u otros planes para dicho servicio) . . .

---

---

---

También tengo las siguientes peticiones . . .

---

---

---

**Estas son peticiones para los miembros de mi familia, seres queridos y amigos, y no deberán considerarse como instrucciones legales para mi apoderado legal para el cuidado de la salud, de haber alguna.**

*(Si desea cambiar su respuesta, puede hacerlo dibujando una "X" que atraviese la respuesta que no desee, y encerrando en un círculo la respuesta que prefiera)*

Fecha este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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



*Para mas informacion:*

**The Nevada Center for Ethics & Health Policy**  
University of Nevada, Reno/339 – Reno NV. 89557-0133  
www.unr.edu/ncehp  
www.HealthEthics.org  
**RENO Tel. (775) 327-2309 Fax (775) 327-2203**  
**LAS VEGAS/Southern Nevada Tel. (702) 257-5594**

Revised 4/07, MS Word

## Noticia Médica de Emergencia:

Directiva Médica en existencia (o en el archive)

Por favor revise con estos agents por  
la copia de mi Directiva Médica:

1. Nombre de agente primario \_\_\_\_\_

Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Casa ( ) \_\_\_\_\_ Otro ( ) \_\_\_\_\_

2. Nombre de 1er agente alternativo \_\_\_\_\_

Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Casa ( ) \_\_\_\_\_ Otro ( ) \_\_\_\_\_

3. Nombre de 2do agente alternativo \_\_\_\_\_

Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Casa ( ) \_\_\_\_\_ Otro ( ) \_\_\_\_\_

## Noticia Médica de Emergencia:

Directiva Médica en existencia (o en el archive)

Por favor revise con estos agents por  
la copia de mi Directiva Médica:

1. Nombre de agente primario \_\_\_\_\_

Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Casa ( ) \_\_\_\_\_ Otro ( ) \_\_\_\_\_

2. Nombre de 1er agente alternativo \_\_\_\_\_

Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Casa ( ) \_\_\_\_\_ Otro ( ) \_\_\_\_\_

3. Nombre de 2do agente alternativo \_\_\_\_\_

Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Casa ( ) \_\_\_\_\_ Otro ( ) \_\_\_\_\_

*NOTA: recorte la tarjeta de billetera, llenelo, y llevelo con su identificacion; segunda tarjeta es copia extra*

*Made Fillable by eForms*

Yo (nombre) \_\_\_\_\_ he completado y firmado PODER LEGAL DURADERO PARA CIUDADO DE LA SALUD de acuerdo con la ley estatal NEVADA Código Civil NRS 449.830-449.860. Si yo no puedo hacer decisiones médicas por mi mismo, mi agente ha designado tiene la autoridad legal para hacer las decisiones en mi nombre, incluyendo decisiones concierne a tratamientos de mantenimiento de vida. En este caso, una de las personas nombradas en el reverso de esta tarjeta, quien tiene copia de mi PODER LEGAL DURADERO, debe de ser contactado inmediatamente en el orden numérico correspondiente.

**Noticia Médica de Emergencia:**  
*Directiva Médica en existencia (o en el archive)*

**Noticia Médica de Emergencia:**  
*Directiva Médica en existencia (o en el archive)*

[www.HealthEthics.org](http://www.HealthEthics.org)

 **Nevada Center for Ethics & Health Policy**  
University of Nevada, Reno Mailstop 339 Reno NV 89557-0133  
(775) 327-2309 Fax: (775) 327-2203 [www.HealthEthics.org](http://www.HealthEthics.org)

Yo (nombre) \_\_\_\_\_ he completado y firmado PODER LEGAL DURADERO PARA CIUDADO DE LA SALUD de acuerdo con la ley estatal NEVADA Código Civil NRS 449.830-449.860. Si yo no puedo hacer decisiones médicas por mi mismo, mi agente ha designado tiene la autoridad legal para hacer las decisiones en mi nombre, incluyendo decisiones concierne a tratamientos de mantenimiento de vida. En este caso, una de las personas nombradas en el reverso de esta tarjeta, quien tiene copia de mi PODER LEGAL DURADERO, debe de ser contactado inmediatamente en el orden numérico correspondiente.

**Noticia Médica de Emergencia:**  
*Directiva Médica en existencia (o en el archive)*

**Noticia Médica de Emergencia:**  
*Directiva Médica en existencia (o en el archive)*

[www.HealthEthics.org](http://www.HealthEthics.org)

 **Nevada Center for Ethics & Health Policy**  
University of Nevada, Reno Mailstop 339 Reno NV 89557-0133  
(775) 327-2309 Fax: (775) 327-2203 [www.HealthEthics.org](http://www.HealthEthics.org)

*NOTA: recorte la tarjeta de billetera, llenelo, y llevelo con su identificacion; segunda tarjeta es copia extra*



Para mas informacion:

**The Nevada Center for Ethics & Health Policy**

Universidad de Nevada, Reno/339  
Reno, NV. 89557-0133

[www.unr.edu/ncehp](http://www.unr.edu/ncehp)  
[www.HealthEthics.org](http://www.HealthEthics.org)

**Reno**

Tel. (775) 327-2309  
Fax (775) 327-2203

**Las Vegas/Southern Nevada**

Tel. (702) 257-5594  
Fax (775) 531-3310

(revised 4/2007)