

**DIRECTIVAS ANTICIPADAS  
PARA LA ATENCIÓN MÉDICA\***  
(Tennessee)

**Instrucciones:** Las partes 1 y 2 pueden usarse conjuntamente o por separado. Sírvase tachar/anular cualquier parte no usada. El bloque A o bloque B de la parte 5 tiene que ser completado para todos los usos.

Yo, \_\_\_\_\_, por el presente doy estas instrucciones anticipadas sobre cómo deseo ser tratado(a) por mis médicos y otros proveedores de atención médica cuando ya no pueda tomar decisiones de tratamiento por mí mismo(a).

**Parte I Agente:** Deseo que la siguiente persona tome decisiones de atención médica en mi nombre. Esto abarca cualquier decisión de atención médica que podría haber tomado por mí mismo(a) si pudiera, sin embargo, mi agente debe seguir las siguientes instrucciones:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

**Agente alterno:** Si la persona nombrada anteriormente no puede o no está dispuesta a tomar decisiones de atención médica en mi nombre, designo como suplente a la siguiente persona para tomar decisiones de atención médica en mi nombre. Esto abarca cualquier decisión de atención médica que podría haber tomado por mí mismo(a) si pudiera, sin embargo, mi agente debe seguir las siguientes instrucciones:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

Mi agente es también mi representante personal a los efectos de las leyes de privacidad estatales y federales, incluida la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés).

**Vigencia** (marque una):  Doy a mi agente autorización para tomar decisiones de atención médica en mi nombre en cualquier momento, incluso si estuviera capacitado(a) para tomar decisiones por mí mismo(a).  No concedo dicha autorización (este formulario sólo es aplicable si yo estuviera incapacitado(a)).

**Parte 2 Indique sus deseos respecto a la calidad de vida:** Al marcar "sí" a continuación, indico las condiciones en las que estaría dispuesto(a) a vivir si contara con la comodidad y control del dolor debidos. Al marcar "no" a continuación, indico las condiciones en las que no estaría dispuesto(a) a vivir (lo que para mí sería una calidad de vida **inaceptable**).

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Estado de inconsciencia permanente:</b> Si estoy totalmente inconsciente de las personas o de lo que me rodea con muy pocas probabilidades de despertarme del coma.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Confusión permanente:</b> Me resulta imposible recordar, comprender, o tomar decisiones. No reconozco a mis seres queridos o no puedo tener una conversación cuerda con ellos.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Dependiente en todas las actividades de la vida diaria:</b> Ya no soy capaz de hablar o comunicarme claramente o moverme por mí mismo(a). Dependo de los demás para alimentarme, bañarme, vestirme y caminar. Someterme a rehabilitación o a algún otro tratamiento restaurador no me ayudaría.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Enfermedades terminales:</b> Padezco una enfermedad que ha llegado a su fase final a pesar de haber recibido tratamiento completo. Ejemplos: Cáncer generalizado que ya no responde a tratamiento; enfermedad crónica y/o daño al corazón y los pulmones en que es necesario administrarme oxígeno la mayor parte del tiempo y solo puedo hacer escasas actividades debido a la sensación de asfixia.

**Indique sus deseos respecto a tratamientos:** Si mi calidad de vida se vuelve inaceptable para mí (tal y como se indica en una o más de las condiciones marcadas "no" aquí arriba) y mi estado es irreversible (es decir, no va a mejorar), ordeno que se administren los tratamientos médicamente adecuados según se indica a continuación. Al marcar "sí" a continuación, indico el tratamiento que deseo. Al marcar "no" a continuación, indico el tratamiento que **no deseo**.

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Reanimación cardiopulmonar (RCP):</b> Para hacer que el corazón lata de nuevo y restaurar la respiración después de haberse detenido. Por lo general esto implica administrar una descarga eléctrica, compresiones torácicas, y asistencia con la respiración.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>SopORTE vital / Otros sopORTes artificiales:</b> El uso continuo del respirador artificial, fluidos intravenosos, medicamentos y otros equipos para ayudar a los pulmones, el corazón, los riñones y otros órganos para que continúen funcionando.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Tratamiento de nuevas afecciones:</b> El uso de cirugías, transfusiones de sangre, o antibióticos para tratar nuevas afecciones, pero no para tratar la enfermedad principal.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Tubo de alimentación/líquidos por vía intravenosa:</b> El uso de tubos para llevar alimentos y agua al estómago del paciente o el uso de fluidos intravenosos en una vena para administrar nutrición e hidratación por medios artificiales.

**Parte 3** Otras instrucciones, como cuidados paliativos, instrucciones para el entierro, etc.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(De ser necesario puede adjuntar páginas adicionales)

**Parte 4** Donación de órganos: Después de mi muerte, deseo hacer la siguiente donación anatómica para los fines de trasplante, investigación y/o educación (marque uno):

- Cualquier órgano/tejido       Mi cuerpo entero       Solamente los siguientes órganos/tejidos: \_\_\_\_\_
- No donación de órganos/tejidos

**FIRMA**

**Parte 5** Su firma tiene que ser presenciada **ya sea** por dos adultos competentes ("Bloque A") o por un notario público ("Bloque B").

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente)

**Bloque A** Ninguno de los testigos puede ser la persona que haya asignado como su agente o su suplente, y al menos uno de los testigos tiene que ser alguien que no esté relacionado con usted o no tenga derecho a ninguna parte de su herencia.

Testigos:

1. Soy un adulto competente que no he sido nombrado como agente. Fui testigo de la firma del/de la paciente en este formulario.
2. Soy un adulto competente que no he sido nombrado como agente. No estoy relacionado(a) con el/la paciente por lazos de sangre, matrimonio o adopción y no tendría derecho a ninguna parte de la herencia del/de la paciente al momento de su muerte de conformidad con ningún testamento o codicilo existente o de conformidad con la ley. Fui testigo de la firma del/de la paciente en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo número 1

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo número 2

**Bloque B** Puede elegir que un notario público sea el testigo de su firma en lugar de los testigos descritos en el Bloque A.

ESTADO DE TENNESSEE

CONDADO DE \_\_\_\_\_

Soy notario público en y por el estado y condado mencionados anteriormente. Aseguro conocer personalmente a la persona que ha firmado este instrumento (o la misma me ha demostrado sobre la base de pruebas irrefutables) que es la persona que firma como "paciente". El/la paciente compareció personalmente ante mí y firmó aquí arriba o reconoció la firma anterior como su propia firma. Declaro bajo pena de perjurio que el/la paciente aparenta estar en pleno uso de sus facultades mentales y no aparenta estar bajo ninguna coacción, fraude o influencia indebida.

Mi comisión se vence: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del notario público

**QUÉ SE DEBE HACER CON ESTA DIRECTIVA ANTICIPADA:** (1) dar una copia a su(s) médico(s); (2) mantener una copia en sus archivos personales donde sea accesible a los demás; (3) informar a sus familiares más cercanos y amigos acerca del contenido del documento; (4) dar una copia a la(s) persona(s) que nombró como su agente para la atención médica.

\* Este formulario reemplaza los formularios anteriores de poder notarial permanente para la atención médica, testamento vital, nombramiento de agente y plan anticipado para la atención médica, y elimina la necesidad de ninguno de esos documentos.