

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA
DIRECTRIZ POR ADELANTADO (TESTAMENTO EN VIDA)
DE NEW JERSEY
PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

ALGUNOS PUNTOS IMPORTANTES QUE LE AYUDARÁN EN LA PREPARACIÓN DE
SU TESTAMENTO EN VIDA

Antes de otorgar una Directriz por Adelantado para el Cuidado de su Salud en New Jersey (comúnmente conocido como un Testamento en Vida) y asignar un Representante para el cuidado de su salud (Directriz del Apoderado), usted debe consultar con su doctor, hospital, familiares y estar bien informado sobre sus derechos en cuanto a tratamientos médicos, procedimientos y sobre alternativas disponibles y tener conocimiento sobre todos los asuntos relacionados con estos importantes documentos legales y sus consecuencias.

Luego de realizar un estudio intensivo y tener un amplio conocimiento sobre la redacción de este documento, usted debe comenzar el mismo, escribiendo su nombre en la primera línea en el espacio correspondiente.

Bajo el título A – CONDICIONES TERMINALES (DE MUERTE), B – PERMANENTEMENTE INCONSCIENTE (EN COMA), Y C – CONDICIONES INCURABLES E IRREVERSIBLES QUE NO SEAN TERMINALES usted debe hacer una (x) después del número (1) si usted desea la discontinuación de su tratamiento médico. Si usted desea escoger el tratamiento para la prolongación de su vida, usted debe hacer una (x) en el correspondiente lugar después del número (2)

Bajo el título D – TRATAMIENTO EXPERIMENTAL Y/O INEFECTIVO usted puede hacer una (x) en este espacio *únicamente* si usted desea que este tipo de tratamiento no le sea aplicado o sea detenido.

El título E – MUERTE DEL CEREBRO le provee la opción de impedir que su muerte sea declarada en base a la cesación total e irreversible del cerebro, incluyendo la raíz del cerebro.

El título F – PROCEDIMIENTOS Y/O TRATAMIENTOS ESPECIFICOS le provee la oportunidad de expresar sus deseos en cuanto a los tratamientos médicos disponibles. Si usted desea un tratamiento en particular, haga una (x) al lado de la palabra “*Deseo*”. Si NO desea que se le aplique algún tratamiento en específico, haga una (x) al lado de las palabras “*No Deseo*”.

Al otro lado del documento bajo el título INSTRUCCIONES ESPECIFICAS, hay un espacio provisto que le permite escribir las instrucciones que usted desee añadir a este documento. Este espacio le ofrece la oportunidad de crear su propio documento y manifestar sus propios sentimientos y/o filosofía de vida, sistema de valores, creencias religiosas y otros asuntos.

El título, PODER PARA EL CUIDADO DE SALUD para el NOMBRAMIENTO de un REPRESENTANTE DE SALUD (DIRECTRIZ DEL APODERADO) le provee un documento legal en el cual usted puede nombrar a una persona como representante alterno autorizado para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y tratamientos conforme han sido expresados en su Testamento den Vida/Directriz por Adelantado.

Recuerde que es muy importante que usted discuta sus deseos sobre el cuidado de su salud con su representante (apoderado) y que ellos deben estar de acuerdo con servir como su representante.

Para completar este documento, usted debe escribir la fecha en la sección que lee “Firmo este documento luego de un estudio del mismo “...este día, mes y año” con su firma y la dirección.

Se requiere la firma de dos testigos que no sean familiares suyos. Ellos deben escribir su nombre y sus correspondientes direcciones juntamente con la fecha. Aunque los estatutos del estado de New Jersey no requieren que el documento sea certificado por notario. El formulario provee un espacio por si desea certificar por notario el mismo.

Cuando usted termine su Directriz por Adelantado, haga varias copias. Mantenga el documento original en un lugar seguro pero fácilmente accesible donde otras personas puedan saber dónde usted lo ha guardado. **NO GUARDE SU DIRECTRIZ POR ADELANTADO EN UNA CAJA DE DEPOSITO.** Una copia de este documento se debe entregar a los individuos que usted ha escogido como su Representante de Salud y su Representante de Salud Alterno. Además, usted podrá entregarle una copia de su Directriz por Adelantado a su doctor, familiares, representante religioso y/o cualquier persona que esté envuelto con el mantenimiento de su salud.

Usted debe cargar su tarjeta de identificación con usted en todos momentos y traer su Directriz por Adelantado cuando usted viaje.

Distribuido por:
Sucedánea Patricia Egan Jones
415 Federal Street
Camden, NJ 08103-4001
Teléfono: (856) 225-7275
Email: patjones@camdencounty.com

New Jersey Advance Directive for Health Care
(Living Will)
Directriz por Adelantado para el Cuidado de la Salud
(Testamento en Vida)

** I, _____ (print your name), being of a sound mind and a competent adult knowing my right regarding medical care and treatment, do hereby execute this legally binding document expressing my wishes and directions to my family and health care providers of the treatment and care that I desire in the event that I am prevented by either physical or mental incapacity from making future medical decisions.

** Yo, _____ (escribe su nombre en letra de molde), siendo de buena capacidad mental y de edad competente, conociendo mis derechos en cuanto al cuidado y tratamiento de mi salud, otorgo el presente documento legal en el cual expreso a mi familia y proveedores de salud mis deseos e instrucciones sobre el tratamiento y cuidados médicos que quiero en la eventualidad de que yo no pueda tomar futuras decisiones médicas por estar física o mentalmente incapacitado.

A - Terminal Conditions

A – Condiciones Terminales (de muerte)

If I am diagnosed as having an incurable and irreversible illness, disease or condition and if my attending physician and at least one additional physician who has personally examined me determines that my condition is terminal:

Si me fuera diagnosticado una enfermedad o condición incurable e irreversible, y si mi médico llegase a la determinación de que mi condición es terminal y dicha información fuese confirmada por otro médico quien también me hubiese examinado:

1. _____ I direct that life-sustaining treatment which would serve only to artificially prolong my dying be withheld or ended. I also direct that I be given all medically appropriate treatment and care necessary to make me comfortable and to relieve pain.

1. _____ Solicito que equipos que cumplan con el único propósito de prolongar artificialmente al proceso de mi muerte sean retirados o detenidos. También solicito que se me suministre todo el tratamiento y el cuidado médico que contribuyan con mi comodidad y alivio del dolor.

2. _____ I direct that life-sustaining treatment be continued, if medically appropriate.

2. _____ Solicito la continuación del tratamiento para la prolongación de la vida si el mismo resulta médicamente recomendable.

B – Permanently Unconscious
B – Permanentemente Incapacitada (en coma)

If there should come a time when I become permanently unconscious, and it is determined by my attending physician and at least one additional physician with appropriate expertise who has personally examined me that I have totally and irreversibly lost consciousness and my ability to interact with other people and my surroundings:

Si mi condición me llevare a un estado de inconciencia permanente donde mi médico determinare que he perdido total e irreversiblemente la conciencia y mi habilidad para interactuar con otras personas y con mi ambiente y dicha información fuere confirmada por otro médico que también me hubiere examinado:

- | | |
|----------|--|
| 1. _____ | I direct that life-sustaining treatment be withheld or discontinued. I understand that I will not experience pain or discomfort in this condition, and I direct that I be given all medically appropriate treatment and care necessary to provide for my personal hygiene and dignity. |
| 1. _____ | Solicito que equipos que cumplan con el único propósito de prolongar el proceso de mi muerte sean retirados o detenidos. Comprendo que sufriré dolor o incomodidad bajo esta condición y solicito que se me suministre todo el tratamiento y cuidado médico necesario que contribuyan con una higiene y dignidad personal apropiada. |
| 2. _____ | I direct that life-sustaining treatment be continued, if medically appropriate. |
| 2. _____ | Solicito la continuación del tratamiento para la prolongación de la vida si el mismo resulte médicamente recomendable. |

C – Incurable and Irreversible Conditions that are not Terminal
C – Condiciones Incurables e Irreversibles que no son Terminales

If there comes a time when I am diagnosed as having an incurable and irreversible illness, disease or condition which may not be terminal, but causes me to experience severe and physical or mental deterioration and I will never regain the ability to make decision and express my wishes:

Si me fuere diagnosticado una enfermedad o condición incurable e irreversible que no sea terminal, pero que me ocasionara un deterioro físico o mental severo a tal extremo que nunca pudiese recuperar la habilidad para tomar mis propias decisiones y de expresar mis deseos:

- | | |
|----------|---|
| 1. _____ | I direct that such life-sustaining treatment be withheld or withdrawn. I also direct that I be given all medically appropriate care necessary to make me comfortable and to relieve pain. |
| 1. _____ | Solicito que equipos que cumplan con el único propósito de prolongar el proceso de mi muerte sean retirados o detenidos y se me suministre todo el tratamiento y el cuidado médico que contribuyan con mi comodidad y alivio del dolor. |
| 2. _____ | I direct that life-sustaining treatment be continued. |
| 2. _____ | Solicito la continuación del tratamiento para la prolongación de la vida si el mismo resulte médicamente recomendable. |

D – Experimental and/or Futile Treatment
D – Tratamiento Experimental y/o Inefectivo

If I am receiving life-sustaining treatment that is experimental and not a proven therapy, or is likely to be ineffective or futile in prolonging life:

Si, para prolongar la vida, reciba tratamiento experimental que no sea terapia establecida o tal vez sea inefectivo en prolongar la vida:

- | | |
|----------|---|
| 1. _____ | I direct that such life-sustaining treatment be withheld or withdrawn. I also direct that I be given all medically appropriate care necessary to make me comfortable and to relieve pain. |
| 1. _____ | Solicito que equipos que cumplan con el único propósito de prolongar el proceso de mi muerte sean retirados o detenidos y se me suministre todo el tratamiento y el cuidado médico que contribuyan con mi comodidad y alivio del dolor. |

E – Brain Death
E – Muerte del Cerebro

The State of New Jersey has enacted legislation that has determined that an individual may be declared legally brain dead when there has been an irreversible cessation of all the functions of the brain, including the brain stem (this is also known as whole brain death). However, should this definition interfere with personal religious beliefs of individuals, they may request that it not be applied.

El estado de New Jersey ha promulgado legislación que permite que un individuo sea declarado muerto legalmente cuando las funciones de su cerebro se detienen en su totalidad y de forma irreversible, incluyendo la raíz del cerebro (esto también se conoce como una muerte cerebral). Sin embargo, para impedir que esta definición interfiera con las creencias religiosas de algunos individuos, ellos pueden solicitar que esta declaración no se realice.

1. _____ To declare my death on the basis of the whole brain death standard would violate my personal beliefs. I therefore wish my death to be declared only when my heartbeat and breathing have irreversibly stopped.
1. _____ La declaración de mi muerte en base a la muerte total de mi cerebro violaría mis creencias personales. Por lo tanto, solicito que mi muerte se declare únicamente cuando los latidos de mi corazón y mi respiración se hayan detenido irreversiblemente.

F – Specific Procedures and/or Treatments
F – Procedimientos y/o Tratamientos Específicos

If I am in any of the conditions described above, I feel especially strong about the following forms of treatment:

Si me encontrase en cualquiera de las condiciones descritas anteriormente, solicito que se me suministren las siguientes formas de tratamiento:

- | | |
|--------------------------------|---|
| I do want _____
Deseo _____ | I do not want _____ cardiopulmonary resuscitation
No deseo _____ resucitación cardiopulmonar |
| I do want _____
Deseo _____ | I do not want _____ mechanical respiration
No deseo _____ respiración mecánica |
| I do want _____
Deseo _____ | I do not want _____ tube feeding
No deseo _____ alimentación artificial (por tubo) |
| I do want _____
Deseo _____ | I do not want _____ antibiotics
No deseo _____ antibióticos |

I do want _____
Deseo _____

I do not want _____ maximum pain relief
No deseo _____ máximo alivio del dolor

I do want _____
Deseo _____

I do not want _____ kidney dialysis
No deseo _____ diálisis para los riñones

I do want _____
Deseo _____

I do not want _____ surgery (such as amputation)
No deseo _____ cirugía (tal como amputaciones)

I do want _____
Deseo _____

I do not want _____ blood transfusion
No deseo _____ la transfusión de sangre

I do want _____
Deseo _____

I do not want _____ to die at home
No deseo _____ morir en mi casa

G – Organ Donation

G – Donación de los Organos

I do want _____
Deseo _____

I do not want _____ to donate my organs
No deseo _____ donar mis organos

SPECIFIC INSTRUCTIONS INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

(Please write in your own hand your end of life instructions, directions and treatment preferences and sign your signature.)
(Por favor, escriba, en su propia letra, sus instrucciones, expectativas y preferencias de tratamiento del fin de la vida y firme su nombre)

Durable Power of Attorney for Health Care for the Appointment of a Health Care Representative
(Proxy Directive)

Poder Legal Permanente para el cuidado de la Salud y Directivas para el Cuidado de la Salud

*** I _____ (print name here) do hereby
appoint:

(Name) _____ (City) _____ (State) _____

(Zip) _____

*** Yo _____ (escriba su nombre en letra de
molde), designo a:

(Nombre) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____

(Código Postal) _____

to be my health care representative to make any and all health care decisions for me, including decisions to accept or to refuse any treatment, service or procedure used to diagnose or treat my physical or mental condition and decisions to provide, withhold or withdraw life-sustaining treatment if I am unable to make such decision myself. I direct my health care representative to make decisions on my behalf in accordance with my wishes as stated in this document, or as otherwise known to him or her. In the event my wishes are not clear or if a situation arises that I did not anticipate, my health care representative is authorized to make decisions in my best interest.

a servir como mi representante de salud (apoderado) para tomar cualquiera y/o todas las decisiones sobre el cuidado de mi salud, incluyendo decisiones para aceptar o rechazar un tratamiento, servicio o procedimiento utilizado para diagnosticar o atender mi condición física o mental juntamente con decisiones para proveer, detener o retirar tratamiento para la prolongación de la vida en mi nombre en caso de que yo no pudiera tomar dichas decisiones por mi mismo. La otorgo el derecho a mis representantes de salud de tomar decisiones en mi nombre de acuerdo con mis deseos desglosados en el presente documento y en base a sus conocimientos. En la eventualidad de que mis deseos no estuvieren claros o si surgiese una situación inesperada, mis representantes de salud quedan plenamente autorizados para tomar mis decisiones en representación de mi mejor interés.

If the previously named person is unable, unwilling, or unavailable to act as my health care representative, I appoint the following as my alternate health care representative:

Si la persona anteriormente mencionada no pudiera, no deseara o no estuviese disponible para servir como mi apoderado (representante de salud), nombro a la siguiente persona como mi representante alterno:

Name _____ Telephone _____

Nombre _____ Teléfono _____

Address _____

Dirección _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

I sign this document knowingly and after careful deliberation this _____ day of _____, 20_____.

Firmo el presente documento en el ejercicio de mi pleno juicio y luego de una examinación del mismo hoy _____ de _____ de 20_____.

** Signature _____

** Firma _____

Address _____

Dirección _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Witnesses:

Testigos:

Witness Signature _____ Witness Name (print) _____

Firma del Testigo _____ Nombre del Testigo _____

Address _____

Dirección _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Witness Signature _____ Witness Name (print) _____

Firma del Testigo _____ Nombre del Testigo _____

Address _____

Dirección _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sworn and Subscribed before me on the _____ day of _____, 20_____

Jurado y suscrito ante mí hoy _____ de _____ de 20_____

Notary Public – State of New Jersey

Notario Público – Estado de New Jersey