



Formulario 3un - 2021

Directiva anticipada de atención

Hecho bajo el

Ley de Planificación y Decisiones de Tratamiento Médico de 2016 (Vic.)

Una vez completada, firmada y atestiguada, esta Directiva anticipada de atención reemplaza cualquier Directiva anticipada de atención que haya realizado. Dying With Dignity Victoria le recomienda encarecidamente que complete este formulario solo después de una cuidadosa consideración.

1. Datos personales

Nombre:	
Dirección:	
Expresar:	
Código postal:	
Fecha de cumpleaños:	

Mi estado de salud actual en el momento de la firma:

Estoy sano
Mi médico de cabecera me informa que sufro de <i>(describa su diagnóstico)</i> :

Firmado: _____

2. Directiva Instructiva

Esta Directiva Instructiva es **jurídicamente vinculante** y comunica sus decisiones de tratamiento médico directamente a sus profesionales de la salud. Dying With Dignity Victoria le recomienda encarecidamente que consulte a un médico si elige completar esta Directiva instructiva.

- **Su Directiva instructiva solo se utilizará si no tiene la capacidad para tomar una decisión sobre el tratamiento médico.**
- Sus decisiones de tratamiento médico en esta Directiva instructiva entran en vigor como si hubiera dado su consentimiento o se hubiera negado a comenzar o continuar el tratamiento médico.
- Si alguna de sus declaraciones es poco clara o incierta en circunstancias particulares, se convertirá en una Directiva de valores (consulte la página 5).
- Bajo s51 de la *Ley de Planificación y Decisiones de Tratamiento Médico*, es posible que no se le exija a un profesional de la salud que cumpla con su Directiva instructiva si las circunstancias han cambiado de tal manera que la implementación de su Directiva ya no sería consistente con sus preferencias y deseos.

Aplicación de esta Directiva Instructiva

Esta Directiva Instructiva debe aplicarse **no ser que**:

Aceptar

Discrepar

Sufro solo una pérdida transitoria (temporal) de competencia, como hipoglucemia o AIT (ataque isquémico transitorio) o conmoción cerebral leve.

Sufro una enfermedad grave pero, según la opinión de dos médicos independientes (al menos uno especialista), es probable que recupere un estado de independencia y competencia, sin un sufrimiento físico o psicológico profundo.

Firmado: _____

Sujeto a las condiciones anteriores en "Aplicación de esta Directiva de Instrucción", **Declaro que con respecto a la intervención o tratamiento médico dirigido a prolongar o mantener mi vida:**

Tratamiento

me niego

Acepto

Alimentación artificial (nutrición y/o hidratación)

antibióticos

Respiración artificial

Cualquier procedimiento quirúrgico

Apoyo circulatorio, incluida la RCP

Correcciones de niveles anormales de cualquier sustancia tóxica

Transfusión de sangre

Tratamiento farmacológico del nivel alto/bajo de azúcar en la sangre

Tratamiento farmacológico de la presión arterial alta/baja

Diálisis renal

Más lejos, **declaro** que cualquier síntoma angustiante persistente (dolor, dificultad para respirar y los causados por la falta de alimentos y líquidos) debe ser **al máximo paliado** mediante un tratamiento analgésico, sedante u otro tratamiento paliativo apropiado (incluido mantener los labios, la boca y los ojos húmedos), aunque ese tratamiento paliativo también pueda tener la consecuencia adicional de acortar mi vida.

Firmado: _____

Demencia

Se puede considerar que la demencia progresa a través de varias etapas. Una clasificación tiene siete fases, con las primeras etapas (1-3) mostrando solo un deterioro leve y las últimas etapas (6-7) mostrando un deterioro cognitivo severo a muy severo. A partir de la etapa 5, un individuo comienza a requerir asistencia para sobrevivir.

Con estas etapas progresivas en mente, si un médico me considera no competente para tomar decisiones con respecto a mi tratamiento médico y

Si me diagnostican alguna etapa de demencia.

Solo si me diagnostican demencia en etapa 6.

Solo si me diagnostican demencia en etapa 7.

y también,

Independientemente de si mi atención primaria es en el hogar/comunidad o en una institución.

Solo si he sido admitido en atención institucional continua.

Luego declaro que, a excepción del uso de antibióticos para infecciones menores que no pongan en peligro la vida, rechazo cualquier tratamiento médico con el propósito o el resultado de prolongar mi vida (como se indica en la página 3 anterior):

Incluso si parezco estar contento según lo juzgado por mi tomador de decisiones de tratamiento médico.

Excepto si parezco estar satisfecho a juicio de mi responsable de tomar decisiones sobre el tratamiento médico (y esta condición se puede revocar si ya no parezco estar satisfecho).

también declaro que:

Rechazo la nutrición y la hidratación mediante alimentación con cuchara asistida en cualquier circunstancia.

Acepto la alimentación con cuchara, pero solo si parezco aceptar esto voluntariamente y disfruto de mi comida, según lo juzgue la persona que toma las decisiones sobre el tratamiento médico.

Esta condición puede ser revocada si mi MTDM juzga posteriormente que no acepto voluntariamente la alimentación con cuchara o que no parezco disfrutar dicha alimentación.

Ver las siete etapas de la enfermedad de Alzheimer de Reisberg [aquí](#).

Firmado: _____

3. Directiva de valores

Consulte el sitio web de MyValues (www.misvalores.org.au) para obtener ideas que ayuden a guiar las respuestas a esta sección.

Si ha completado y firmado correctamente la Directiva instructiva en las páginas 2 y 3, tiene prioridad sobre las preferencias que pueda expresar en esta Directiva de valores. **Asegúrese de que no haya nada en su Directiva de valores que contradiga lo que ha instruido en su Directiva de instrucción.**

No tiene que completar todas las secciones de esta Directiva de valores.

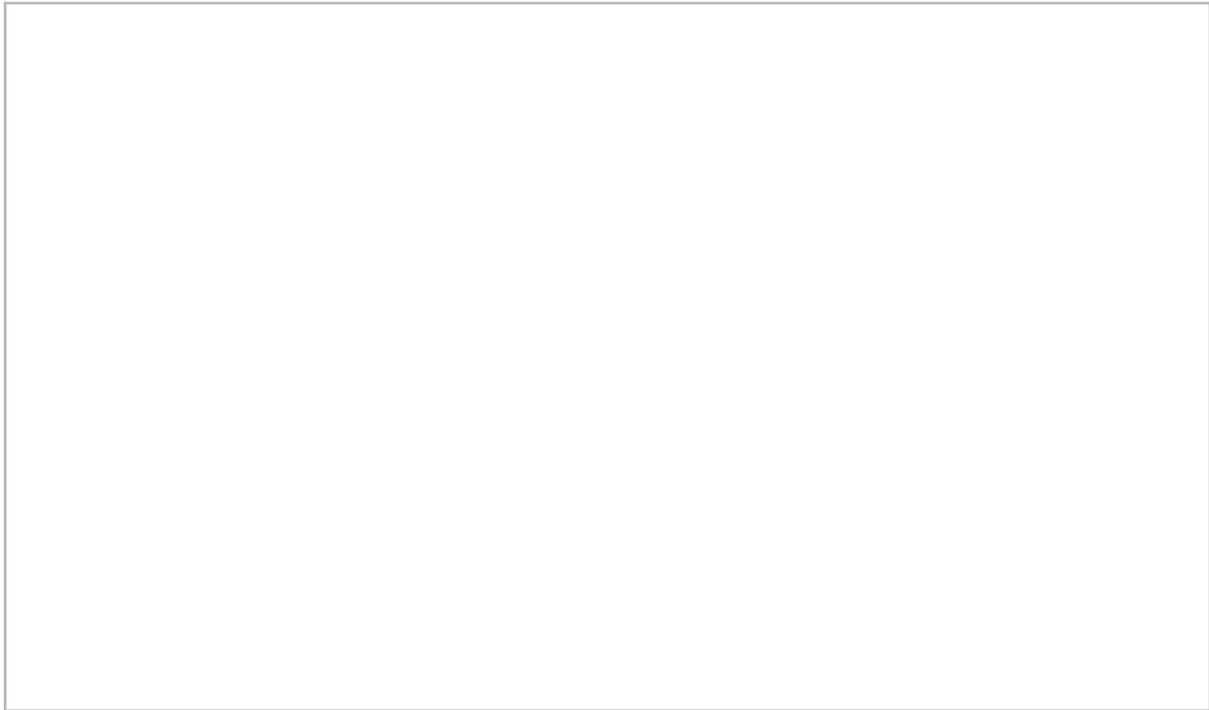
(un) Lo que más importa en mi vida (¿qué significa para ti vivir bien?)

Los puntos a considerar en esta sección podrían ser creencias religiosas o culturales, familiares y amigos, intereses espirituales e independencia. Explique por qué estos son importantes para usted, para que la persona que toma las decisiones sobre el tratamiento médico comprenda lo que significa la calidad de vida para usted.

Firmado: _____

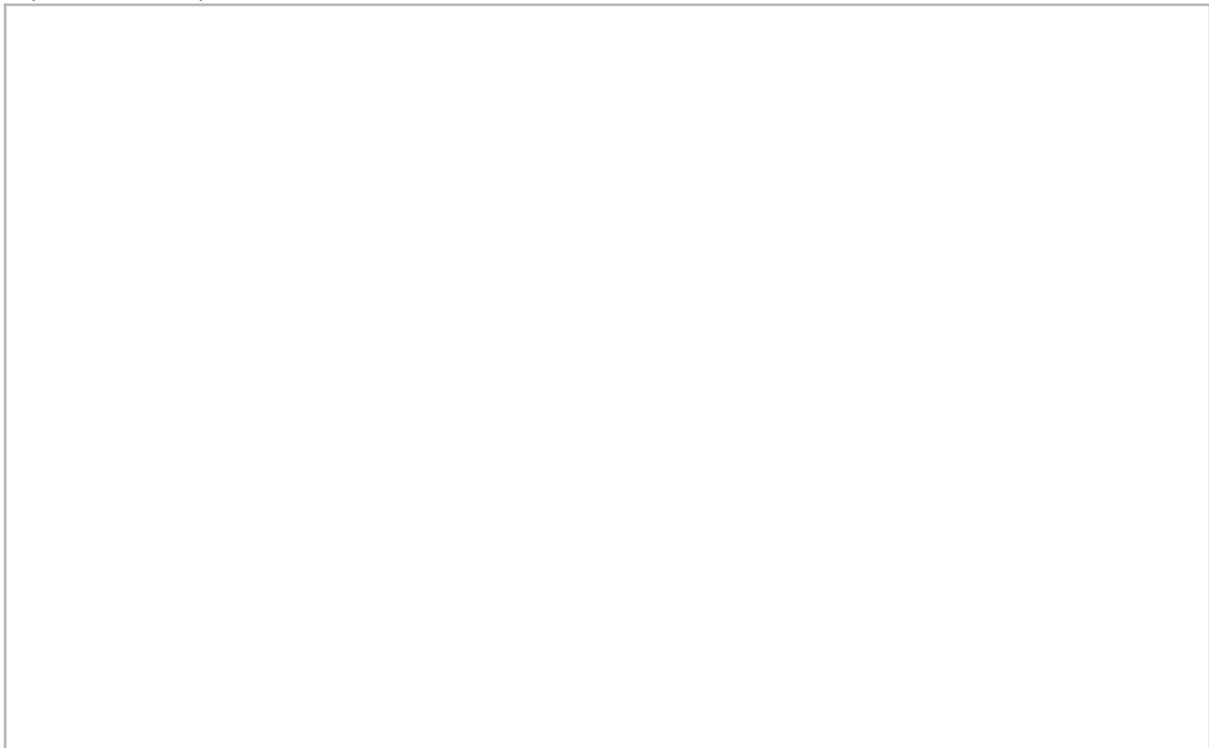
(b) Lo que más me preocupa de mi futuro es:

Para algunas personas, esto podría incluir sentir dolor, mudarse a un centro de atención, no poder mantener el cuidado personal, no poder participar en actividades sociales/familiares o perder la capacidad de comunicarse.



(C) Para mí, los resultados inaceptables del tratamiento médico después de una enfermedad o lesión son:

Para algunos, no poder reconocer a familiares y amigos sería inaceptable. Otros pueden no desear depender de maquinaria o cuidadores.



Firmado: _____

(d) Otras cosas que me gustaría saber son:

Otros asuntos que desea que su tomador de decisiones de tratamiento médico tome en consideración. Estos podrían ser su lugar preferido de atención, procedimientos de tratamiento médico o requisitos espirituales/religiosos/culturales.

(mi) Otras personas que me gustaría que participen en las conversaciones sobre mi atención son:

Proporcione a su tomador de decisiones de tratamiento médico los detalles de cualquier otra persona que le gustaría (o no) que participara en las discusiones sobre su atención médica.

(F) Si me estoy acercando a la muerte, las siguientes cosas serían importantes para mí:

Considere a las personas que le gustaría que estuvieran presentes. Puede que desee que suene tu música favorita, que te rodeen fotos o que tu mascota te acompañe.

Firmado: _____

Donación de Organos

En caso de mi muerte:

Estoy dispuesto a ser considerado para la donación de órganos y tejidos, y reconozco que pueden ser necesarias intervenciones médicas para que se lleve a cabo la donación.

No estoy dispuesto a ser considerado para la donación de órganos y tejidos.

Declaro que he completado este documento después de una cuidadosa consideración.

Me reservo el derecho de revocar esta Directiva anticipada de atención en cualquier momento, pero a menos que lo haga por lo tanto, debe tomarse para representar mis instrucciones continuas.

Firmado: _____

4. Tomadores de decisiones sobre tratamientos médicos

POR FAVOR TENGA EN CUENTA: Esta sección solo enumera su(s) responsable(s) de tomar decisiones sobre el tratamiento médico. Lo haceno designar oficialmente a una persona para el rol de tomador de decisiones de tratamiento médico. Esto debe hacerse completando el formulario *Designación de un tomador de decisiones de tratamiento médico*.

He designado como mi(s) responsable(s) de tomar decisiones sobre el tratamiento médico:

Tomador de decisiones de tratamiento médico 1

Nombre:	
Fecha de cumpleaños:	
Dirección:	
Número de teléfono:	

Tomador de decisiones de tratamiento médico 2

Nombre:	
Fecha de cumpleaños:	
Dirección:	
Número de teléfono:	

Firmado: _____

5. Testificar

debes firmaren enfrente de dos testigos adultos.

El testigo 1 debe ser médico. El testigo 2 puede ser otro adulto.

Ninguno de los testigos puede ser una persona que usted haya designado para tomar decisiones sobre su tratamiento médico.

Su firma:	
Fecha:	

Cada testigo certifica que:

- Al momento de firmar el documento, la persona que da la Directiva anticipada de atención parecía tener capacidad de toma de decisiones en relación con cada declaración en la Directiva.
- En el momento de firmar el documento, la persona que dio la Directiva anticipada de atención pareció comprender la naturaleza y el efecto de cada declaración en la Directiva.
- La persona apareció para firmar libre y voluntariamente el documento
- La persona firmó el documento en mi presencia y en presencia del segundo testigo,
y
- No soy un tomador de decisiones de tratamiento médico designado de la persona.

Testigo 1 - Médico registrado

Nombre completo:	
Calificación y Número AHPRA:	
Firmado:	
Fecha:	

Testigo 2 - Otro adulto

Nombre completo:	
Firmado:	
Fecha:	

Firmado: _____

Qué hacer con este formulario

- Conserve el formulario original con usted. Entregue copias a la persona que toma las decisiones sobre el tratamiento médico, familiares, amigos y cualquier médico tratante. Guarde copias de repuesto con usted en caso de que sea admitido en el hospital o sea tratado por otros médicos o profesionales de la salud.
- Asegúrese de que la persona que toma las decisiones sobre el tratamiento médico haya leído y entendido completamente el formulario.
- Su directiva anticipada de atención puede cargarse en My Health Record.

Reseñas

Dying With Dignity Victoria le recomienda encarecidamente que revise periódicamente este documento, ya que sus deseos pueden cambiar o puede haber avances en la tecnología médica. Sería prudente revisar el documento cada dos años o si el estado de su salud cambia significativamente.

Cada vez que revisa su documento y sus deseos tienenno modificado, firme y feche uno de los reconocimientos a continuación. Si sus deseos han cambiado, debe completar una nueva directiva anticipada de atención.

Revisión del Documento: 1

Afirmo que he revisado este documento y no hay nada que me gustaría cambiar.

Firmado:	
Fecha:	

Revisión de Documento: 2

Afirmo que he revisado este documento y no hay nada que me gustaría cambiar.

Firmado:	
Fecha:	

Revisión de Documento: 3

Afirmo que he revisado este documento y no hay nada que me gustaría cambiar.

Firmado:	
Fecha:	

Firmado: _____