



Honoring Choices[®] FLORIDA

Dialogar. Decidir. Documentar.

Opte por tranquilidad y planifique ahora para que los futuros problemas de salud no planteen tantas preguntas difíciles y preocupaciones innecesarias. La tranquilidad viene cuando uno habla sobre los objetivos, las creencias y las experiencias propias y comunica sus deseos a los demás.



Se adjunta el documento para la planificación anticipada del cuidado médico y las instrucciones para:

(Escriba su nombre completo) _____

Si desea solicitar más copias de este folleto para sus seres queridos o para preguntar sobre la disponibilidad de un facilitador llame al **877.227.0050** o visite **HonoringChoicesFL.com**.

PLAN ANTICIPADO PARA EL CUIDADO MÉDICO

Planificar por anticipado para futuras necesidades en la atención de la salud es una de las cosas más afectuosas que alguien puede hacer por sus seres queridos. Si se encontrara en una situación en la que no puede comunicarse, habrá que tomar decisiones sobre el cuidado de su salud. Si nunca ha hablado sobre sus deseos con las personas allegadas a usted, tendrán que adivinarlo y eso puede producirles estrés y causar conflictos. Ni sus familiares ni los proveedores de atención médica pueden respetar sus deseos, a menos que los conozcan. Comunique a sus familiares y proveedores de atención médica el tipo de cuidados que desea recibir antes de sufrir una enfermedad o una lesión serias. Hable sobre las opciones. Tome decisiones, comuníquelas y documéntelas.

¿En qué consiste la planificación anticipada del cuidado médico?

La planificación anticipada (ACP, por sus siglas en inglés) es el proceso de pensar, hablar, comunicar y documentar lo que uno desea para su atención médica futura, en caso de sufrir repentinamente una enfermedad o una lesión, o de tener una enfermedad crónica o un plazo de vida. Es mucho más que solo el documento que se llena. Piense en esto como si fuese el resultado final de un proceso importante que contiene sus deseos: su planificación anticipada para el cuidado médico. Algunas cosas que se pueden hacer como parte de la planificación anticipada son las siguientes:

- Saber más acerca de las alternativas de tratamiento para su salud.
- Aclarar cuáles son sus objetivos de salud.
- Sopesar las opciones del tipo de cuidado y tratamiento que usted desea o no desea recibir.
- Decidir a quién nombrar para que hable en su nombre, en caso de que usted no pueda tomar sus propias decisiones.
- Llenar el documento de la planificación anticipada del cuidado médico para dejar por escrito sus deseos.
- Comunicar sus deseos y compartir el documento con los familiares, los amigos, el clero y otros consejeros, médicos y demás profesionales de la salud.

¿Qué es Honoring Choices Florida?

Honoring Choices Florida es un programa integral y comunitario para la planificación anticipada del cuidado médico que se ofrece gratuitamente a personas de 18 años en adelante. El objetivo del programa es trabajar en conjunto, como una comunidad, para cambiar las normas de la atención médica al ofrecer ayuda para elegir lo que uno desea, para poner esos deseos por escrito y para verificar que los demás los cumplan. Creemos que es importante hacer que sea normal conversar acerca de la planificación anticipada del cuidado médico. Community Hospice & Palliative Care crearon Honoring Choices Florida en el año 2013, en colaboración con hospitales locales. Community Hospice supervisa y coordina el programa. Su función es unir a las organizaciones comunitarias y a los proveedores de atención médica para crear una norma y un proceso para acceder a la planificación anticipada del cuidado médico.

¿Qué tipo de opciones médicas puedo considerar en la planificación anticipada de mi cuidado médico?

Una de las elecciones más importantes que puede hacer es encontrar a alguien que hable y tome decisiones en su nombre, en caso de que usted no pueda hacerlo. Esa persona es un sustituto. Usted también decide si desea, o no desea, que se tomen medidas para prolongar su vida, tales como reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés), respiración artificial (respirador), nutrición e hidratación artificiales (sonda alimentaria y líquidos intravenosos), diálisis renal y otras intervenciones.

¿A quién debo incluir en el proceso de planificación anticipada del cuidado médico?

Entre las personas que participan en la planificación anticipada del cuidado médico debe estar quien usted haya elegido como su sustituto para la atención médica, familiares, otras personas importantes para usted y su médico, especialmente si padece una enfermedad grave o tiempo un plazo de vida. Estas personas también deben entender en qué consiste el plan y saber cuando algo cambie y en qué consisten esos cambios.

ESTE DOCUMENTO SE COMPONE DE 5 PARTES:

Este documento sirve como designación del sustituto para la atención médica y testamento vital. Las páginas del documento son blancas y están sobre la derecha, numeradas del 1 al 4. Las páginas con las instrucciones son sombreadas y están sobre la izquierda, sin numeración.

PARTE 1: DIRECTRICES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA con sus datos de identificación.

PARTE 2: DESIGNACIÓN DEL SUSTITUTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA que menciona algunas tareas del sustituto, le permite indicar cuándo entra en efecto la autoridad del sustituto y brinda la oportunidad de identificar a un sustituto principal y dos alternos.

PARTE 3: TESTAMENTO VITAL E INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA que identifica algunas alternativas comunes para el cuidado médico y le permite escoger las que desea y las que no desea, en caso de que usted cumpliera con criterios médicos específicos.

PARTE 4: COMENTARIOS Y OTRAS INSTRUCCIONES que da un espacio para que escriba cualquier instrucción específica, según sus preferencias personales, culturales, religiosas o espirituales.

PARTE 5: AUTORIDAD LEGAL página para su firma y la de dos testigos. Su sustituto para la atención médica no puede ser testigo y uno de los testigos tampoco puede ser su cónyuge ni otro pariente consanguíneo.

COSAS IMPORTANTES PARA TENER EN CUENTA AL LLENAR EL DOCUMENTO DE HONORING CHOICES FLORIDA:

1. Escriba en letra de imprenta o de forma legible con tinta azul o negra para que el documento sea fácil de leer y copiar.
2. Si comete algún error, empiece a escribir otro documento o tache con una línea fina todo el error, haga la corrección y ponga sus iniciales y la fecha junto al error corregido.
3. Si sus instrucciones son más largas y exceden el espacio en las directrices, puede adjuntar más páginas. Si lo hace, escriba una nota en la sección 4 indicando que añade más páginas y, luego, firme y feche cada una de las páginas adicionales.
4. Se puede encontrar todos los documentos de referencia anotados en este folleto en **HonoringChoicesFL.com**, bajo la pestaña de *Resources*.
5. Los espacios rotulados como Bar Code (código de barras) y Patient Label (etiqueta del paciente) al final de cada página numerada son para uso de los proveedores de atención médica. No tiene que hacer nada en esas áreas.

Si saca copias del documento, solamente copie las páginas blancas numeradas.

Instrucciones para la página 1 de 5

PARTE 1: DIRECTRICES PARA MI ATENCIÓN MÉDICA

En la página blanca a la derecha, escriba en letra de imprenta su nombre legal, la fecha de su nacimiento, su dirección y teléfono.

PARTE 2: DESIGNACIÓN DEL SUSTITUTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

La página blanca a la derecha delinea los derechos legales y las responsabilidades del sustituto. Puede añadir más responsabilidades en la página 4 de estas directrices.

En Florida, las responsabilidades del sustituto empiezan cuando el médico determina que usted ya no puede tomar sus propias decisiones para el cuidado de su salud, A MENOS que usted especifique algo diferente.

- Ponga sus iniciales en el primer espacio en blanco si desea que su sustituto tenga acceso a su información médica mientras usted todavía mantiene sus capacidades mentales.
- Ponga sus iniciales en el segundo espacio en blanco si desea que su sustituto pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud mientras usted todavía mantiene sus capacidades mentales. Tenga presente que si selecciona esta opción, las decisiones que usted y su sustituto tomen podrían ser distintas. Si eso ocurriera, se respetarán sus deseos y no los de su sustituto.

Si desea que la autoridad del sustituto empiece cuando un médico diga que usted ya no puede tomar sus propias decisiones, **no** ponga sus iniciales en ninguno de los espacios en blanco y táchelos con una línea.



PARTE 1: DIRECTRICES PARA MI ATENCIÓN MÉDICA

Preparé este documento con mucho detenimiento para mostrar mis preferencias personales y de tratamiento, en caso de que yo no pueda comunicar mis deseos o de que no sea capaz de tomar mis propias decisiones acerca de mi salud. Todo documento escrito antes de este pierde validez y legalidad. Entiendo que necesito preparar otro documento si deseo que mi sustituto tenga autoridad para tomar decisiones en mi nombre acerca de electrochoques, cirugía cerebral, esterilización, finalización del embarazo o tratamientos experimentales.

Mi nombre: _____ Mi fecha de nacimiento: _____

Mi dirección: _____

Números telefónicos (principal): _____ (Secundario): _____

PARTE 2: DESIGNACIÓN DEL SUSTITUTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Si no puedo comunicar mis deseos y decisiones sobre el cuidado de mi salud, o si mi médico determina que no soy capaz de tomar mis propias decisiones de salud, elijo a la(s) siguiente(s) persona(s) nombrada(s) en la página 2 de este documento para que expresen mis deseos y tomen decisiones sobre mi salud. Mi sustituto puede hacer lo siguiente:

- Tener acceso a mi información médica y hablar con mis proveedores de atención médica.
- Autorizar el tratamiento o hacer que se lo suspenda o retire, según mis deseos.
- Autorizar que se releve mi información médica a los proveedores de atención médica correspondientes.
- Autorizar el ingreso, el alta o la transferencia a instituciones de cuidado médico.
- Tomar decisiones respecto a la donación de órganos y tejidos, según mis deseos.
- Aplica en mi nombre para recibir beneficios.

La autoridad de mi sustituto para la atención médica entra en vigencia cuando mi médico determine que soy incapaz de tomar mis propias decisiones, **a menos** que yo ponga mis iniciales en una, o ambas, de las siguientes alternativas:

Si pongo mis iniciales aquí _____, mi sustituto para la atención médica queda inmediatamente autorizado para recibir mi información médica.

Si pongo mis iniciales aquí _____, mi sustituto para la atención médica queda inmediatamente autorizado para tomar decisiones sobre mi salud. Cualquier decisión que yo tome mientras tenga la capacidad de hacerlo prevalece sobre toda instrucción o decisión de mi sustituto que sea diferente a la mía.

Barcode:

Etiqueta del hospital

Instrucciones para la página 2 de 5

En esta página, usted identifica a la(s) persona(s) que desea hable(n) en su nombre, si usted es incapaz de tomar sus propias decisiones. Es muy importante que hable sobre sus deseos con estas personas para verificar que entienden cuál es su función y están dispuestos a aceptarla.

Llene cada sección con los nombres, la relación o parentesco, los números telefónicos y las direcciones.

Recomendamos elegir solamente una persona como su sustituto principal. Si para usted fuese difícil escoger entre dos o más personas a su sustituto principal, considere seleccionar a quien vive más cerca suyo como el sustituto principal y a los demás, como alternos. Luego, puede añadir una nota escrita en la página 4 de este documento indicando que espera que tomen las decisiones de forma conjunta.

El documento también le brinda espacio para nombrar a un segundo alternativo. Si no elige dos sustitutos alternos, marque una X en todo el espacio que quede en blanco.

Su(s) sustituto(s) debe tener 18 años de edad o más y no puede ser ni un proveedor de atención médica ni un empleado de la institución de atención médica que se encarga de usted, a menos que usted esté relacionado con esa persona, sea por consanguinidad, matrimonio, pareja doméstica o adopción.

Si elige a su cónyuge como sustituto, las leyes de Florida exigen que indique si desea, o no desea, que esa persona continúe siendo su sustituto en el caso de que su matrimonio atravesase por un proceso de terminación o haya terminado. Ponga sus iniciales en Sí o No, según sus deseos, o ponga sus iniciales en No aplica si no elige a su cónyuge como su sustituto.

Encontrará la Guía sobre el sustituto para la atención médica y la Guía para la conversación sobre la planificación anticipada del cuidado médico en HonoringChoicesFL.com. Estas hojas de datos brindan sugerencias respecto a cómo elegir un sustituto y cómo iniciar la conversación sobre la planificación anticipada del cuidado médico.

Entiendo que mi sustituto para la atención médica debe tener mínimo 18 años de edad y no puede ser ni proveedor de atención médica ni empleado de ningún proveedor de cuidados de salud que me brinde atención directa, a menos que yo tenga alguna relación esa persona, sea por consanguinidad, matrimonio, pareja doméstica o adopción.

MI PRINCIPAL (PRIMER) SUSTITUTO PARA EL CUIDADO MÉDICO

Nombre: _____ Relación o parentesco: _____

Números telefónicos: (Principal) _____ (Secundario) _____

Dirección: _____

Si revoco la autoridad de mi sustituto principal, o si mi sustituto principal no desea, no puede o no está disponible para tomar una decisión médica por mí, nombro como el primer sustituto alternativo a:

1^{ER} ALTERNO PARA EL CUIDADO MÉDICO

Nombre: _____ Relación o parentesco: _____

Números telefónicos: (Principal) _____ (Secundario) _____

Dirección: _____

Si revoco la autoridad de mi sustituto principal y de mi primer sustituto alternativo, o si estos no desean, no pueden o no están disponibles para tomar una decisión médica por mí, nombro como el segundo sustituto alternativo a:

2^{DO} SUSTITUTO ALTERNO PARA EL CUIDADO MÉDICO

Nombre: _____ Relación o parentesco: _____

Números telefónicos: (Principal) _____ (Secundario) _____

Dirección: _____

Si elegí a mi cónyuge legal como mi sustituto principal o alternativo, deseo que esa persona continúe siendo mi sustituto en caso de que la disolución, la anulación o la terminación de nuestro matrimonio esté en proceso o haya concluido.

Ponga sus iniciales en uno: Sí _____

No _____

No aplica _____

Barcode:

Etiqueta del hospital

Instrucciones para la página 3 de 5

PARTE 3: TESTAMENTO VITAL E INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Mientras usted pueda hablar por sí mismo(a), se le pedirá que tome decisiones sobre su cuidado médico. Si llega el momento en que usted no pueda hablar por sí mismo(a), se le pedirá a la persona nombrada como sustituto que tome las decisiones en su nombre. Recuerde que solamente se considerarán sus deseos escritos cuando usted no pueda hablar por sí mismo(a) Y tenga una de las tres enfermedades.

Ponga sus iniciales en el espacio en blanco junto a cada enfermedad para la que usted desea que se respeten sus preferencias

Luego, le pedimos que piense en sus preferencias para el cuidado médico, en caso de tener una de esas enfermedades.

En cada tratamiento mencionado, encierre en un círculo *sí deseo* o *no deseo*, según sus preferencias. Si tiene alguna instrucción especial acerca de estas preferencias para el cuidado médico, escríbalas en la parte 4 de la siguiente página de este documento.

Tiene también la oportunidad de decidir si desea, o no desea, ser donante de órganos.

Ponga sus iniciales en la primera línea si desea donar sus órganos. Ponga sus iniciales en la segunda línea si no desea donar sus órganos.

Encontrará hojas de datos acerca de cada una de estas preferencias y de la donación de órganos en **HonoringChoicesFL.com**.

PARTE 3: TESTAMENTO VITAL E INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Entiendo que mis preferencias abajo indicadas aplican **SOLAMENTE** en caso de que no pueda comunicarme ni tomar mis propias decisiones Y de que dos médicos determinen que tengo al menos una de las siguientes enfermedades (ponga sus iniciales en todo lo que corresponda):

Al poner mis iniciales aquí_____, deseo que se respeten mis deseos en caso de que me encuentre en **CONDICIÓN TERMINAL** (estado causado por una lesión, una enfermedad o una afección que no ofrece ninguna probabilidad razonable de recuperación y que, sin tratamiento, se espera que cause la muerte).

Al poner mis iniciales aquí_____, deseo que se respeten mis deseos en caso de que me encuentre en **ETAPA TERMINAL** (estado irreversible y causado por una lesión, una enfermedad o una afección que deriva en un deterioro grave y permanente, por el cual el tratamiento posiblemente sea ineficaz hasta un grado razonable de probabilidad médica).

Al poner mis iniciales aquí_____, deseo que se respeten mis deseos en caso de que me encuentre en **ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE** (estado permanente e irreversible de inconsciencia, sin ninguna acción voluntaria ni tipo de conducta cognitiva y en el cual la persona es incapaz de comunicarse o de interactuar deliberadamente con el entorno).

Mis deseos y preferencias para el cuidado médico se mencionan a continuación y deseo que mi sustituto y los proveedores de atención médica acaten mis decisiones **en caso de que yo no pueda hablar por mí mismo(a) Y de que me encuentre en alguna de las condiciones antes mencionadas.**

Preferencias para el cuidado médico	Encierre en un círculo su decisión	
Reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés)	Sí deseo	No deseo
Respirador o ventilador (sonda respiratoria)	Sí deseo	No deseo
Sondas para alimentación	Sí deseo	No deseo
Hidratación intravenosa	Sí deseo	No deseo
Diálisis	Sí deseo	No deseo
Cuidado terminal y paliativo	Sí deseo	No deseo

DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Si pongo mis iniciales aquí_____, deseo donar mis ojos, mis tejidos y mis órganos, de ser posible.

O

Si pongo mis iniciales aquí_____, no deseo donar mis ojos, ni mis tejidos ni mis órganos.

Si tengo instrucciones específicas, las he escrito en la parte 4 de la página 4.

Puede haber situaciones en las que mis preferencias para tratamientos no puedan respetarse, según las leyes de Florida o la misión y las políticas de los proveedores de atención médica, y mi sustituto o yo podemos solicitar la transferencia a otro proveedor de cuidados de la salud.

Barcode:

Etiqueta del hospital

Instrucciones para la página 4 de 5

PARTE 4: COMENTARIOS Y OTRAS INSTRUCCIONES (OPCIONAL)

En esta sección, usted puede añadir más notas y deseos, como obligaciones para su sustituto, otras preferencias en el cuidado de su salud y cualquier preferencia basada en sus creencias culturales, religiosas o personales.

Estos son algunos ejemplos de cosas que otras personas han escrito: preferencias acerca de los analgésicos en cuanto al nivel de conciencia de la persona, interés en terapias alternativas y límites de tiempo y períodos de prueba para las opciones médicas. Algunas personas añaden notas acerca de dónde preferirían pasar sus últimos días, como en el hospital, en un asilo médico o en casa, con o sin atención terminal. Otros añaden notas personales acerca del tipo de música que les gustaría que tocara suavemente, a quién desearían tener a su lado y si les gustaría recibir el apoyo de algún líder espiritual o religioso.

Si el espacio no es suficiente para poner todos sus comentarios, puede añadir otra página de notas a este documento. Si lo hace, escriba una nota en última línea indicando que añade más páginas y, luego, firme y feche cada una de las páginas adicionales.

No tiene que escribir nada, si no se le ocurre ninguna cosa. Si no tiene que añadir ninguna nota en esta sección, haga una X sobre toda la parte 4.

PARTE 4: COMENTARIOS Y OTRAS INSTRUCCIONES (OPCIONAL)

Escribí las siguientes instrucciones específicas y pido a mi sustituto, familiares y proveedores de atención médica que respeten mis deseos. ***Si no hay ninguno, ponga una X en toda esta sección.***

This image shows a full page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook paper. There are no margins, text, or other markings on the page.

Barcode:

Etiqueta del hospital

Instrucciones para la página 5 de 5

PARTE 5: AUTORIDAD LEGAL

A fin de considerar este documento como legal, usted debe firmar y fechar esta página en presencia de dos testigos. Todos deben firmar en la misma fecha. Los testigos deben ver que usted firma este documento. Los testigos no necesitan ver las páginas anteriores ni tampoco saber cuáles son sus deseos. Las firmas de los testigos confirman que vieron que usted firmó este documento.

La(s) persona(s) nombrada(s) como sustituto(s) no puede(n) ser testigo(s). Un testigo debe ser alguien diferente a su cónyuge y a un pariente consanguíneo.

Usted firmar en la línea de arriba de la *firma*, escribe su nombre en letra de imprenta y pone la fecha y la hora. Los dos testigos harán lo mismo, debajo de su firma, y añadirán sus direcciones.

Este documento no requiere notarizarse.

PARTE 5: AUTORIDAD LEGAL

Preparé este documento por mi propia voluntad y con claridad de pensamiento para expresar mis decisiones acerca del cuidado futuro de mi salud:

Firma

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Hora

Firma del testigo número 1

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Hora

Dirección

Teléfono

Firma del testigo número 2

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Hora

Dirección

Teléfono

Su(s) sustituto(s) para el cuidado médico no pueden ser testigos en este documento. Al menos uno de los testigos debe ser alguien diferente a su cónyuge o a un pariente consanguíneo.

Barcode:

Etiqueta del hospital

Además del sustituto para el cuidado médico y los sustitutos alternos para el cuidado médico, diga dónde y quién guardará las copias de estas directrices médicas anticipadas:

MÉDICOS

Nombre: _____ Información para establecer contacto: _____

Nombre: _____ Información para establecer contacto: _____

Nombre: _____ Información para establecer contacto: _____

HOSPITALES

Nombre: _____ Información para establecer contacto: _____

Nombre: _____ Información para establecer contacto: _____

OTROS (FAMILIARES, AMIGOS, CLERO)

Nombre: _____ Información para establecer contacto: _____

Nombre: _____ Información para establecer contacto: _____

Nombre: _____ Información para establecer contacto: _____

PASOS PARA DESPUÉS DE LLENAR ESTE DOCUMENTO

Ahora que terminó las directrices para la atención médica, debe también dar los siguientes pasos:

Informe a la persona nombrada como su sustituto para el cuidado médico, si aún no lo ha hecho. Verifique que el sustituto se sienta capaz de realizar esta importante tarea en un momento futuro.

Converse con el resto de familiares y amigos cercanos que podrían estar involucrados, en caso de que usted sufriera una enfermedad o una lesión graves. Asegúrese que sepan quién es su sustituto para el cuidado médico y cuáles son sus deseos.

Verifique sus deseos se entienden y que tanto el médico como otros proveedores de atención médica los respetarán. Mantenga una copia de estas directrices para la atención médica en un lugar donde se las pueda encontrar fácilmente.

Si va al hospital o a un asilo médico, lleve una copia de estas directrices para la atención médica y solicite que se las incluya en su expediente médico.

Revise sus deseos para el cuidado médico cada vez que le hagan un examen físico y siempre que ocurra alguna de las siguientes *cinco "d"*:

Década:	cuando empiece una nueva década de su vida.
Deceso:	siempre que enfrente la muerte de un ser querido.
Divorcio:	cuando enfrente un divorcio u otro cambio grande en su familia.
Diagnóstico:	cuando le diagnostiquen alguna enfermedad grave.
Deterioro:	cuando se presente un deterioro importante en su salud o de alguna enfermedad existente, sobre todo si ya no puede vivir solo.

¿SIGNIFICA “NO TRATAR” LA PREPARACIÓN DE DIRECTRICES ANTICIPADAS?

Sus directrices anticipadas indican tanto el tratamiento que usted desea recibir como el tratamiento que *no* desea recibir.

SI NOMBRO UN SUSTITUTO PARA EL CUIDADO MÉDICO, ¿RENUNCIO AL DERECHO DE DECIDIR POR MÍ MISMO?

El nombramiento de un sustituto no lo despoja de la capacidad de tomar sus propias decisiones. Mientras usted sea capaz, siempre tendrá el derecho de tomar sus propias decisiones o de revocar estas directrices.

¿ES LA PLANIFICACIÓN PARA EL CUIDADO MÉDICO SOLAMENTE PARA ANCIANOS Y GENTE CON MALA SALUD?

La planificación para el cuidado médico es, en realidad, para todas las personas adultas, independientemente de su edad o estado de salud. Un accidente o una enfermedad pueden presentarse repentinamente e impedirle tomar sus propias decisiones acerca de su salud, así que mantenga esa conversación hoy mismo. Asegúrese que sus familiares y proveedores de atención médica sepan qué tipo de cuidados desea si repentinamente usted enfrenta una lesión o una enfermedad.

¿CÓMO SE TOMAN LAS DECISIONES SI YO NO PUEDO HABLAR POR MÍ MISMO Y TAMPOCO HE NOMBRADO UN SUSTITUTO PARA EL CUIDADO MÉDICO?

El proveedor de atención médica designará un *apoderado* para que tome las decisiones por usted si usted es incapaz de hablar. En Florida, la elección del apoderado debe seguir una determinada jerarquía y, a veces, exige que la mayoría de sus familiares se pongan de acuerdo y tomen las decisiones. Eso suele llevar a desacuerdos y más estrés para los seres queridos.

¿PUEDO OBTENER AYUDA CON LA PLANIFICACIÓN PARA EL CUIDADO MÉDICO?

Eso es lo que diferencia a Honoring Choices Florida de otras directrices anticipadas para la atención médica que usted tal vez haya visto: brindar ayuda es parte del plan. Contamos con un equipo de facilitadores capacitados, que son exptros en guiar estas conversaciones. Alguno de ellos se reunirá con usted y sus familiares en un lugar y una hora convenientes para usted a fin de guiar la conversación acerca de sus valores, objetivos y experiencias. Lo mejor de todo es que la ayuda se ofrece de forma gratuita, si vive en uno de los 16 condados de la zona este o central del norte de Florida. Si desea averiguar acerca de la disponibilidad de un facilitador, hacer una cita, preguntar algo o solicitar copias de este folleto, llame al **877.227.0050** o visite **HonoringChoicesFL.com**.

Una vez que haya completado la planificación anticipada para el cuidado médico y compartido copias con sus allegados, llene la siguiente tarjeta para la cartera, recórtela y téngala junto a otros documentos importantes que lleva siempre consigo, como su identificación con foto y la tarjeta del seguro de salud.

Es importante que llene la información en ambos lados de la tarjeta para la cartera.
Recorte la tarjeta y téngala en su cartera.



Honoring Choices®
FLORIDA

Mi nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Tengo un plan anticipado para el cuidado de mi salud de fecha: _____

Está archivado en:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____





Honoring Choices® FLORIDA

Community Hospice & Palliative Care
4266 Sunbeam Road
Jacksonville, FL 32257



Honoring Choices® FLORIDA

Una iniciativa para la
planificación anticipada del
cuidado médico dirigida por
Community Hospice &
Palliative Care

877.227.0050
HonoringChoicesFL.com

Una revisión realizada en el 2013 de las muertes de los pacientes en varios hospitales de la zona noreste de Florida reveló que menos del 14 por ciento de ellos tenía directrices anticipadas en su expediente médico.

En Honoring Choices Florida, sabemos que eso no basta.

Por ello, nos asociamos con los sistemas de salud del área para encontrar algo mejor. Juntos ayudamos a que la gente mantenga conversaciones importantes sobre sus deseos para el cuidado médico.

Estamos listos para colaborar con usted y sus seres queridos. Conversemos, entonces.

Honoring Choices Florida es un programa de Community Hospice & Palliative Care. Este programa se brinda exclusivamente gracias al generoso apoyo filantrópico. Si desea donar al programa, llame a Community Hospice & Palliative Care Foundation al **904.886.3883** o visite **Support.CommunityHospice.com**.

©2018 Community Hospice & Palliative Care. Reservados todos los derechos.
Community Hospice es una marca de servicio de Community Hospice & Palliative Care.

El nombre *Honoring Choices Florida* se usa bajo licencia de Twin Cities Medical Society Foundation.



Honoring Choices® FLORIDA

Mi sustituto para el cuidado médico es:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ (domicilio)

_____ (trabajo)

_____ (celular)



Es importante que llene la información en
ambos lados de la tarjeta para la cartera.
Recorte la tarjeta y téngala en su cartera.