

# AVISO CON RESPECTO A LOS DIRECTORIOS ANTICIPADOS

Herndon Surgery Center, Inc. requiere el aviso siguiente sea firmado por cada paciente antes del procedimiento programado para estar dentro del acto de la autodeterminación (PSDA) y ley estatal. Un directorio anticipado es una declaración de un individuo que 1) indica el tipo de tratamiento médico querido o no querido; y/o 2) señala un agente para tomar las decisiones del cuidado médico para el individuo en caso que el individuo no pueda tomar estas decisiones. Los directorios anticipados se hacen y se atestiguan típicamente antes de enfermedad seria y de lesión.

Hay muchos tipos de directorios anticipados pero las dos formas mas comunes son:

## Instrucciones individuales del cuidado médico

Éstos indican generalmente el tipo de asistencia médica que un individuo quiere o no quiere si él es incapaz de tomar sus propias decisiones.

## Energía Durable del Abogado para el Cuidado Médico

Esto es un papel firmado, anticuado y atestiguado que nombra a otra persona como el agente o señala un agente para tomar las decisiones del cuidado médico para el individuo en caso que el individuo no pueda tomar estas decisiones.

Debido a la naturaleza de los servicios proporcionados en Herndon Surgery Center, Inc. los únicos tipos de directorios anticipados que se pueden aplicar es " la peticiones de renunciar la resucitacion " (NO REANIMA). Una orden de NO REANIMA es utilizado típicamente por los pacientes enfermos terminal que no quieren ser reanimados si él sufre la detención cardiaca o respiratoria o otra situación peligrosa para la vida. Si usted ha ejecutado una orden de NO REANIMA, hable por favor de esta edición con su médico antes de firmar este impreso. Firmando con iniciales y firmando debajo usted reconozce que usted no ha ejecutado una orden de NO REANIMA y usted consiente a la resucitación y a la transferencia a un cuidado de alto nivel.

\_\_\_\_\_ Entiendo que no se me requiere tener un Directorio Anticipado para recibir el tratamiento medico en esta facilidad de cuidado médico.

\_\_\_\_\_ Entiendo que no me requieren revocar un Directorio Anticipado para recibir el tratamiento médico en esta facilidad de cuidado médico.

\_\_\_\_\_ No he ejecutado un Directorio Anticipado; o

\_\_\_\_\_ He ejecutado un Directorio Anticipado pero no contiene a orden de NO REANIMA.

He leído y entiendo completamente la información presentada en esta forma de liberacion.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo a la firma del paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si el paciente no puede firmar o es un menor de edad, firme por favor abajo:

\_\_\_\_\_  
El pariente más cercano o firma del guarda legal

\_\_\_\_\_  
Testigo a la firma del pariente o guarda

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_