

DIRECTIVE TO PHYSICIANS AND FAMILY OR SURROGATES

Advance Directives Act (see §166.033, Health and Safety Code)

Instructions for completing this document:

This is an important legal document known as an Advance Directive. It is designed to help you communicate your wishes about medical treatment at some time in the future when you are unable to make your wishes known because of illness or injury. These wishes are usually based on personal values. In particular, you may want to consider what burdens or hardships of treatment you would be willing to accept for a particular amount of benefit obtained if you were seriously ill.

You are encouraged to discuss your values and wishes with your family or chosen spokesperson, as well as your physician. Your physician, other health care provider, or medical institution may provide you with various resources to assist you in completing your advance directive. Brief definitions are listed below and may aid you in your discussions and advance planning. Initial the treatment choices that best reflect your personal preferences. Provide a copy of your directive to your physician, usual hospital, and family or spokesperson. Consider a periodic review of this document. By periodic review, you can best assure that the directive reflects your preferences.

In addition to this advance directive, Texas law provides for two other types of directives that can be important during a serious illness. These are the Medical Power of Attorney and the Out-Of-Hospital Do-Not-Resuscitate Order. You may wish to discuss these with your physician, family, hospital representative, or other advisers. You may also wish to complete a directive related to the donation of organs and tissues.

DIRECTIVE

I, _____, recognize that the best health care is based upon

a partnership of trust and communication with my physician. My physician and I will make health care or treatment decisions together as long as I am of sound mind and able to make my wishes known. If there comes a time that I am unable to make medical decisions about myself because of illness or injury, I direct that the following treatment preferences be honored:

If, in the judgment of my physician, I am suffering with a terminal condition from which I am expected to die within six months, even with available life-sustaining treatment provided in accordance with prevailing standards of medical care:

_____ I request that all treatments other than those needed to keep me comfortable be discontinued or withheld and my physician allow me to die as gently as possible; OR

_____ I request that I be kept alive in this terminal condition using available life-sustaining treatment. (THIS SELECTION DOES NOT APPLY TO HOSPICE CARE.)

If, in the judgment of my physician, I am suffering with an irreversible condition so that I cannot care for myself or make decisions for myself and am expected to die without life-sustaining treatment provided in accordance with prevailing standards of medical care:

_____ I request that all treatments other than those needed to keep me comfortable be discontinued or withheld and my physician allow me to die as gently as possible; OR

_____ I request that I be kept alive in this irreversible condition using available life-sustaining treatment. (THIS SELECTION DOES NOT APPLY TO HOSPICE CARE.)

Additional requests: (After discussion with your physician, you may wish to consider listing particular treatments in this space that you do or do not want in specific circumstances, such as artificially administered nutrition and hydration, intravenous antibiotics, etc. Be sure to state whether you do or do not want the particular treatment.)

After signing this directive, if my representative or I elect hospice care, I understand and agree that only those treatments needed to keep me comfortable would be provided and I would not be given available life-sustaining treatments.

If I do **not** have a Medical Power of Attorney, and I am unable to make my wishes known, I designate the following person(s) to make health care or treatment decisions with my physician compatible with my personal values:

1. _____
2. _____

(If a Medical Power of Attorney has been executed, then an agent already has been named and you should not list additional names in this document.)

If the above persons are not available, or if I have not designated a spokesperson, I understand that a spokesperson will be chosen for me following standards specified in the laws of Texas.

If, in the judgment of my physician, my death is imminent within minutes to hours, even with the use of all available medical treatment provided within the prevailing standard of care, I acknowledge that all treatments may be withheld or removed except those needed to maintain my comfort. I understand that under Texas law this directive has no effect if I have been diagnosed as pregnant. This directive will remain in effect until I revoke it. No other person may do so.

Signed _____ Date _____

City, County, State of Residence _____

Two competent adult witnesses must sign below, acknowledging the signature of the declarant. The witness designated as **Witness 1** may not be a person designated to make a health care or treatment decision for the patient and may not be related to the patient by blood or marriage.

This witness may not be entitled to any part of the estate and may not have a claim against the estate of the patient. This witness may not be the attending physician or an employee of the attending physician. If this witness is an employee of a health care facility in which the patient is being cared for, this witness may not be involved in providing direct patient care to the patient. This witness may not be an officer, director, partner, or business office employee of a health care facility in which the patient is being cared for or of any parent organization of the health care facility.

Witness 1 _____

Witness 2 _____

Definitions:

"Artificially administered nutrition and hydration" means the provision of nutrients or fluids by a tube inserted in a vein, under the skin in the subcutaneous tissues, or in the gastrointestinal tract.

"Irreversible condition" means a condition, injury, or illness:

- (1) that may be treated, but is never cured or eliminated;
- (2) that leaves a person unable to care for or make decisions for the person's own self; and
- (3) that, without life-sustaining treatment provided in accordance with the prevailing standard of medical care, is fatal.

Explanation: Many serious illnesses such as cancer, failure of major organs (kidney, heart, liver, or lung), and serious brain disease such as Alzheimer's dementia may be considered irreversible early on. There is no cure, but the patient may be kept alive for prolonged periods of time if the patient receives life-sustaining treatments. Late in the course of the same illness, the disease may be considered terminal when, even with treatment, the patient is expected to die. You may wish to consider which burdens of treatment you would be willing to accept in an effort to achieve a particular outcome. This is a very personal decision that you may wish to discuss with your physician, family, or other important persons in your life.

"Life-sustaining treatment" means treatment that, based on reasonable medical judgment, sustains the life of a patient and without which the patient will die. The term includes both life-sustaining medications and artificial life support such as mechanical breathing machines, kidney dialysis treatment, and artificially administered nutrition and hydration. The term does not include the administration of pain management medication, the performance of a medical procedure necessary to provide comfort care, or any other medical care provided to alleviate a patient's pain.

"Terminal condition" means an incurable condition caused by injury, disease, or illness that according to reasonable medical judgment will produce death within six months, even with available life-sustaining treatment provided in accordance with the prevailing standard of medical care.

Explanation: Many serious illnesses may be considered irreversible early in the course of the illness, but they may not be considered terminal until the disease is fairly advanced. In thinking about terminal illness and its treatment, you again may wish to consider the relative benefits and burdens of treatment and discuss your wishes with your physician, family, or other important persons in your life.

DIRECTIVA A LOS MÉDICOS Y A FAMILIARES O SUBSTITUTOS

Ley de Directivas Anticipadas (ver §166.033 del Código de Salud y Salubridad)

Instrucciones para llenar este documento:

Este es un documento legal importante conocido como Directiva Anticipada. Su función es ayudar a comunicar sus deseos relacionados con el tratamiento médico para un momento futuro cuando no tenga la capacidad de hacer conocer sus deseos debido a una enfermedad o lesión. Estos deseos se basan generalmente en sus valores personales. En particular, sería bueno considerar qué sacrificios o dificultades de tratamiento está dispuesto a soportar a cambio del beneficio que obtendría en caso de estar gravemente enfermo.

Se le sugiere que hable sobre sus valores y deseos con su familia o con la persona escogida como su vocero, lo mismo que con su doctor. El doctor, otro proveedor médico o una institución médica pueden ofrecerle algunos recursos para ayudarlo a completar la directiva anticipada. A continuación se dan unas definiciones breves que le podrán ayudar en sus discusiones y en la planeación. Escriba sus iniciales al lado de las opciones de tratamiento que mejor reflejen sus preferencias personales. Deles una copia de la directiva a su doctor, a su hospital habitual y a su familia o vocero. Haga una revisión periódica del documento. Mediante la revisión periódica, puede asegurar que la directiva refleje sus preferencias.

Además de esta directiva anticipada, la ley de Texas estipula otros dos tipos de directivas que pueden ser importantes en caso de una enfermedad grave. Estas son: el Poder médico y la Orden de no revivir fuera del hospital. Sería bueno hablar sobre estos con el doctor, su familia, un representante del hospital o con otros consejeros. También es posible que desee llenar una directiva relacionada con la donación de órganos y tejidos.

DIRECTIVA

Yo, _____, reconozco que la mejor atención médica se basa en una relación de confianza y comunicación con mi doctor. Juntos, mi doctor y yo tomaremos las decisiones sobre tratamiento y atención médica mientras yo esté en condiciones mentales de hacer conocer mis deseos. Si en algún momento no tenga la capacidad de tomar decisiones médicas respecto a mi salud debido a una enfermedad o lesión, ordeno que se respeten las siguientes preferencias respecto al tratamiento:

Si, a juicio de mi doctor, padezco una enfermedad terminal de la que se espera moriré dentro de los seis meses, incluso con tratamientos disponibles para prolongar la vida, suministrados de acuerdo con las normas actuales de atención médica:

_____ Pido que no me den o que me retiren todo tratamiento salvo aquellos necesarios para mantenerme cómodo, y que mi doctor me deje morir tan dignamente como sea posible; O

_____ Pido que me mantengan con vida en esta situación terminal usando los tratamientos disponibles para prolongar la vida. (ESTA PREFERENCIA NO APLICA A LOS CUIDADOS PARA PACIENTES TERMINALES).

Si, a juicio de mi doctor, tengo un padecimiento irreversible, que no permitirá que me cuide ni que tome decisiones por mí mismo y se espera que moriré si no me suministran tratamientos para prolongar la vida de acuerdo con las normas actuales de atención médica:

_____ Pido que no me den o que me retiren todo tratamiento salvo aquellos necesarios para mantenerme cómodo, y que mi doctor me deje morir tan dignamente como sea posible; O

_____ Pido que me mantengan con vida en esta situación irreversible usando los tratamientos disponibles para prolongar la vida. (ESTA PREFERENCIA NO APLICA A LOS CUIDADOS PARA PACIENTES TERMINALES).

Peticiones adicionales: (Después de hablar con el doctor, sería bueno pensar en escribir en el espacio disponible algunos tratamientos en particular que usted quiere o no quiere que se le den bajo circunstancias específicas, como la administración artificial de nutrición e hidratación, antibióticos por vía intravenosa, etc. Asegúrese de anotar si quiere o no quiere el tratamiento en particular).

Después de firmar esta directiva, si mi representante o yo elegimos los cuidados para pacientes terminales, entiendo y estoy de acuerdo en que me den solamente aquellos tratamientos para mantenerme cómodo y que no me den los tratamientos disponibles para prolongar la vida.

Si **no** tengo un poder para la atención médica, y no puedo dar a conocer mis deseos, designo a las siguientes personas para que tomen con mi doctor decisiones sobre tratamiento o atención médica que sean compatibles con mis valores personales:

1. _____
2. _____

(Si usted ya firmó un poder médico, entonces ya habrá nombrado a un agente y no deberá anotar otros nombres en este documento).

Si las personas nombradas antes no están disponibles, o si no he nombrado a un vocero, comprendo que se escogerá un vocero para mí, siguiendo las pautas especificadas por la ley de Texas.

Si, a juicio de mi doctor, mi muerte es inminente dentro de minutos u horas, a pesar de que me den todo tratamiento médico disponible suministrado dentro de las pautas de atención actuales, reconozco que me pueden retirar o no dar todo tratamiento salvo aquellos necesarios para mantenerme cómodo. Comprendo que bajo la ley de Texas esta directiva no tiene efecto si se ha diagnosticado que estoy embarazada. Esta directiva seguirá en vigor hasta que yo la revoque. Nadie más puede hacerlo.

Firmado _____ Fecha _____

Cuidad, Condado y Estado de mi domicilio _____

Dos testigos adultos hábiles tienen que firmar a continuación, reconociendo la firma del declarante. El testigo designado **Testigo 1** no puede ser una de las personas designadas para tomar decisiones sobre tratamiento o atención médica para el paciente y no puede estar relacionado con el paciente por sangre ni matrimonio. Este testigo no puede tener derecho a ninguna parte de la propiedad testamentaria y no puede tener un reclamo en contra de la propiedad testamentaria del paciente. Este testigo no puede ser el médico que lo atiende ni un empleado del medico que lo atiende. Si el testigo es empleado del centro de salud en el cual se atiende al paciente, este testigo no puede estar directamente involucrado en la prestación de la atención al paciente. Este testigo no puede ser funcionario, director, socio ni empleado de la oficina de administración del centro de atención médica donde se atiende al paciente ni de ninguna organización matriz del centro de atención médica.

Testigo 1 _____

Testigo 2 _____

Definiciones:

"Administración artificial de nutrición e hidratación" quiere decir el suministro de nutrientes o líquidos mediante una sonda puesta en una vena, bajo la piel en los tejidos subcutáneos o en el tracto gastrointestinal.

"Padecimiento irreversible" quiere decir un padecimiento, lesión o enfermedad:

- (1) que se puede tratar, pero que nunca se cura ni se elimina;
- (2) que deja a la persona incapaz de cuidarse o tomar decisiones por sí misma, y
- (3) que, sin el tratamiento para prolongar la vida suministrado conforme con las normas actuales de atención médica, es mortal.

Explicación: muchas enfermedades graves como el cáncer, la insuficiencia de cualquier órgano vital (el riñón, el corazón, el hígado o el pulmón) y una enfermedad cerebral grave, como la demencia de Alzheimer, se consideran irreversibles desde muy temprano. No tienen cura, pero al paciente se le puede mantener con vida por un tiempo prolongado si recibe tratamientos para prolongar la vida. Más tarde durante la evolución de la misma enfermedad, esta se puede considerar terminal cuando, incluso con tratamiento, se espera que el paciente muera. Sería bueno considerar qué sacrificios de tratamiento está dispuesto a soportar para lograr un resultado particular. Esta es una decisión muy personal que quizás podría consultar con su doctor, familia u otras personas importantes en su vida.

"Tratamiento para prolongar la vida" quiere decir un tratamiento que, a juicio médico, preserva la vida de un paciente y sin el cual el paciente moriría. El término se refiere a medicamentos y medios artificiales para preservar la vida, como máquinas para respirar, tratamiento de diálisis del riñón e administración artificial de hidratación y nutrición. El término no se refiere a la administración de medicamentos para el dolor, la intervención quirúrgica necesaria para dar alivio ni ningún otro servicio médico ofrecido para aliviar el dolor del paciente.

"Padecimiento terminal" quiere decir un padecimiento incurable causado por lesión, enfermedad o dolencia que a juicio médico produciría la muerte dentro de los seis meses, incluso con el tratamiento disponible para prolongar la vida suministrado de acuerdo con las normas de atención médica actuales.

Explicación: muchas enfermedades graves se consideran irreversibles desde muy temprano en la evolución de la enfermedad, pero no se consideran terminales hasta que la enfermedad haya avanzado bastante. Al pensar en una enfermedad terminal y su tratamiento, sería bueno considerar los beneficios y sacrificios relacionados con el tratamiento y hablar de sus deseos con su doctor, familia u otras personas importantes en su vida.