

La Decisión Correcta en el Momento Correcto
Planificación Avanzada para Cuidados Médicos en Idaho
Instrucciones Anticipadas
Tarjeta para la Cartera

La tarjeta adjunta se ofrece con el propósito de hacerle saber al personal médico acerca de sus deseos en relación con los cuidados médicos durante la fase final de la vida, (Declaración de Última Voluntad) y para saber a quién contactar en caso de que usted no pueda hablar por sí mismo, (Carta de Poder Ilimitado Para Cuidados Médicos). Si usted no ha completado una Declaración de Última Voluntad o la Carta de Poder Ilimitado para Cuidados Médicos, visite nuestra página web, www.abetterwaycoalition.org y seleccione The Right Choice.

Cómo usar esta tarjeta: Imprima esta página y complete la información en ambos lados de la tarjeta, incluyendo su firma y la/s fecha/s de cuando completó las Instrucciones Anticipadas. Una vez que haya completado su tarjeta, si desea, puede laminarla en plástico para protegerla.

<p>INFORMACION IMPORTANTE PARA EL PERSONAL MÉDICO</p> <p>Yo, _____ completé la Declaración de Última Voluntad en la fecha _____, Está guardada en _____.</p> <p>Yo deseo (marque y coloque sus iniciales)</p> <p>___ Opción 1. Medidas Heroicas y Alimentación Artificial</p> <p>___ Opción 2. Alimentación Artificial sin Medidas Heroicas</p> <p> ___ Solamente Hidratación</p> <p> ___ Solamente Nutrición</p> <p> ___ Ambos, Hidratación y Nutrición</p> <p>___ Opción 3. Ninguna Medida Heroica ni Ninguna Alimentación Artificial.</p>	<p>INFORMACION IMPORTANTE PARA EL PERSONAL</p> <p>Yo, _____ completé la Carta de Poder Ilimitado Para Cuidados Médicos en la fecha _____. Está guardada en _____.</p> <p>Mis agentes son: Nombre: _____ Teléfono _____</p> <p>1. _____ () _____</p> <p>2. _____ () _____</p> <p>3. _____ () _____</p> <p>Tipo de Sangre: _____</p> <p>Donante de Órganos: _____</p> <p style="text-align: center;">A Better Way Coalition: Life on Our Own Term</p>
--	--