

ES MI DESEO

APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE	TELÉFONO(2)
DOMICILIO			
CIUDAD:	PROVINCIA:	CP:	

En caso de que yo no pueda decidir, quiero que decidan por mí las siguientes personas:

(Le recomendamos que designe a una persona cercana a usted, que conozca su enfermedad, en quien usted confíe y que sepa que estará a su lado).

APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE	TELÉFONO(2)
DOMICILIO			
CIUDAD:	PROVINCIA:	CP:	

APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE	TELÉFONO(2)
DOMICILIO			
CIUDAD:	PROVINCIA:	CP:	

SÍ, QUIERO	NO, QUIERO	(MARQUE CON UNA "X")
		Deseo que se suspenda cualquier tratamiento para mi enfermedad si a juicio del médico no estoy mejorando (como quimioterapia, radioterapia, transfusiones, etc.).
		Recibir tratamiento para aliviar los síntomas asociados a la enfermedad, por ejemplo náuseas, vómito, falta de sueño.
		Que me administren el medicamento suficiente para aliviar el dolor, aunque me sienta somnoliento o aunque duerma casi todo el tiempo.
		Que no me obliguen a comer si yo no quiero hacerlo.
		Si estoy cansado y puedo recibir atención por teléfono, no me obliguen a ir al hospital.
		En caso de que esté sufriendo mucho, recibir tratamiento para estar más tiempo dormido y sin molestias.
		Morir en mi hogar rodeado de mis cosas si esto es posible.
		En caso de fiebre, que me coloquen un paño húmedo y fresco.
		Que mantengan humedecidos mis labios y boca para evitar resequedad.
		Estar limpio siempre y que se me arreglen el cabello, las uñas y los dientes sin que me cause dolor o incomodidad.
		Que me den masaje en las piernas y los brazos.
		Estar acompañado siempre que sea posible hasta el momento de la muerte.
		Que me tomen de la mano y me hablen, aunque parezca que no escucho.
		Que alguien rece a mi lado cuando sea posible

Al morir:

		Ser enterrado.
		Ser incinerado.

Yo, _____
quiero que mi familia, mis médicos, mis amigos y demás personas cumplan con lo que aquí he expresado.

Este documento es válido sólo cuando yo no pueda tomar mis propias decisiones o expresar lo que quiero.

Fecha:

Firma