

Declaración Católica sobre la toma de Decisión de Atención Médica

Instrucciones para mí cuidado de la salud

Mi fe católica enseña que la vida humana es un regalo precioso de Dios. No somos sus dueños sino sus guardianes. Nadie debe presumir nunca adoptar un curso de acción o inacción que tenga la intención de acelerar mi muerte, incluso si el motivo es aliviar mi sufrimiento. Habiendo pensado seriamente en mis creencias y los principios que la Iglesia enseña sobre la toma de decisiones al final de la vida, he establecido las siguientes instrucciones para mi cuidado de aquellos que deben tomar decisiones por mí si me vuelvo incompetente, es decir, incapaz de tomar estas decisiones por mí mismo.

Soporte espiritual

Solicito que mi familia, comunidad parroquial y amigos me apoyen a través de la oración y el sacrificio y que los sacramentos de la Iglesia se pongan a mi disposición mientras me preparo para la muerte o enfrento una enfermedad grave. Deseo ver a un sacerdote católico romano y recibir el Sacramento de los Enfermos (formalmente llamados "últimos ritos"), así como la Confesión y la Comunión.

Atención médica y tratamiento

Deseo recibir atención médica y tratamiento adecuados para mi condición, siempre que sea útil y ofrezca una esperanza razonable de beneficio y no sea excesivamente gravoso para mí, es decir, no impone un riesgo grave, dolor excesivo, costo prohibitivo, o una carga extrema. Me opongo a cualquier acto u omisión que por sí mismo o por intención causará mi muerte, incluso con el propósito de eliminar el sufrimiento. Ordeno que todas las decisiones sobre mi tratamiento y atención médica se tomen de acuerdo con las enseñanzas morales católicas que figuran en documentos tales como: Atención a pacientes en un "Estado vegetativo permanente (Papa Juan Pablo II, 20 de marzo de 2004), Declaración sobre la eutanasia (Congregación para la Doctrina de la Fe, 1980), y Toma de decisiones sobre tratamiento médico: Orientación Moral y Consideraciones de la Enseñanza Católica (Conferencia católica de Nebraska).

Alimentos y fluidos (nutrición e hidratación)

Si no puedo (incluso con asistencia) tomar alimentos y bebidas por vía oral, deseo que me proporcionen nutrición e hidratación médicamente asistida (MANH) siempre que sea capaz de mantener mi vida. Incluso si estoy en un estado vegetativo persistente, MANH debe continuar. MANH debería suspenderse si es inútil (ya no puede sostener mi vida). MANH debe suspenderse si me impone cargas excesivas (riesgo grave, dolor excesivo, costo prohibitivo u otra carga extrema). MANH debe suspenderse si la muerte es inevitable y tan inminente que se considera inútil continuar MANH.

Medicamentos para aliviar el dolor.

Si mi condición incluye dolor físico, deseo recibir medicamentos para aliviar el dolor en dosis suficientes para controlar el dolor, incluso si tales dosis me hacen menos alerta o receptivo, e incluso si controlar mi dolor de esta manera es probable que acorte mi vida. No me deben dar medicamentos para el dolor con el fin de acelerar mi muerte.

Muerte inminente por enfermedad terminal

Si mi muerte por una enfermedad terminal está cerca, deseo rechazar un tratamiento que solo asegure una prolongación precaria y gravosa de mi vida.

El embarazo

Si estoy embarazada, deseo que se tomen todos los medios para preservar y nutrir la vida de mi hijo no nacido, incluida la continuación de los procedimientos de mantenimiento de la vida.

Nombramiento de mi Agente de Atención Médica

Yo, _____ por la presente designo y nombro
Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código postal: _____
Teléfono (H) _____ (W), _____ (C) _____
Correo electrónico _____

Como mi agente de atención médica para tomar decisiones de atención médica por mí en caso de que me diagnostiquen coma, incompetencia o incapacidad mental o física de comunicación. Mi agente debe tomar decisiones por mí solo mientras dure mi incompetencia. He discutido cuidadosamente mis preferencias para el tratamiento médico con el agente mencionado anteriormente y le ordeno a mi agente que elija en mi nombre el curso de tratamiento apropiado o no que sea consistente con el que precede a "Instrucciones para mi atención médica". Cobro a mi agente y a todos los que me atienden que no aprueben ni cometan ninguna acción u omisión que intencionalmente cause mi muerte. En todas las decisiones con respecto a mi atención médica, le indico a mi agente que actúe de acuerdo con la enseñanza católica.

Si la persona nombrada como mi agente no está disponible o no puede actuar como mi agente de atención médica, designo a las siguientes personas para que actúen en mi nombre.

Agente Alternativa 1

Agente Alternativa 2

Nombre: _____ Nombre: _____
 Dirección: _____ Dirección: _____
 Teléfono: _____ Teléfono: _____
 Firma: _____ Firma: _____

Opción Uno: Dos Testigos

Primer Testigo

 Firma Nombre Impreso

 Dirección Teléfono Fecha

Segundo Testigo

 Firma Nombre Impreso

 Dirección Teléfono Fecha

Opcion Dos: Notario Público

Estado de Nebraska,)
)ss
 Condado de _____)
 En este ____ día de _____ 20____, ante mi,
 _____, Notario Público en y para
 _____ Condado,

Testigo de mi mano y sello notarial en

 en dicho condado, el día y el último año escrito anteriormente

Nota: Lo siguiente puede no servirle como su agente de atención médica designado: 1. El médico tratante; 2. Empleado del médico tratante que no está relacionado con el directamente por sangre, matrimonio o adopción; 3. Persona no relacionada con el director por sangre, matrimonio o adopción que es: A. propietario, operador o empleado de un proveedor de atención médica en el que el director es un paciente o residente; o B. actualmente se desempeña como abogado de hecho para diez o más directores. (Estatuto Nebraska 30-3406)

Es posible que lo siguiente no sirva como testigo de su declaración: cónyuge, padre, hijo, nieto, hermano, presunto heredero, médico tratante, su abogado, empleado de seguro de vida o salud del director; y no más de un testigo puede ser administrador o empleado de un proveedor de atención médica que esté cuidando o tratando al director. (Estatuto Nebraska 30-3405)