

CINCO DESEOS[®]

MIS DESEOS SON LOS SIGUIENTES:

1 Designar a Una Persona Que Tome Decisiones Sobre el Cuidado de Mi Salud Cuando Yo No Lo Pueda Hacer

2 Escoger el Tratamiento Médico Que Deseo o No Deseo Recibir

3 Cuán Cómodo Deseo Estar

4 Cómo Deseo Que Me Traten

5 Qué Deseo Comunicarles a Mis Seres Queridos

Nombre (use letra de molde)

Fecha de Nacimiento

Cinco Deseos

En la vida hay muchas situaciones que están fuera de nuestras manos. Sin embargo, este documento CINCO DESEOS le permite tomar el control sobre algo muy importante – cómo desea que lo traten cuando esté gravemente enfermo. Es un documento muy fácil de completar, que le permite expresar exactamente lo que usted desea. Una vez que lo complete y lo firme debidamente, es válido bajo las leyes de casi todos los estados.

¿Qué es Cinco Deseos?

Cinco Deseos es el primer testamento en vida (“living will”) que habla sobre sus necesidades personales, emocionales y espirituales, así como de sus deseos sobre su tratamiento médico. Le permite escoger a la persona que desea designar para que tome decisiones sobre el cuidado de su salud cuando usted no lo pueda hacer. Cinco Deseos le permite expresar cómo desea que lo(a) traten si está gravemente

enfermo. Fue escrito con la ayuda de la American Bar Association Commission on Legal Problems of the Elderly, conjuntamente con los expertos nacionales en asuntos sobre el cuidado al final de la vida. Es un documento fácil de usar. Sólo tiene que indicar su preferencia marcando una casilla, o trazando un círculo, o puede escribir sus deseos.

¿Cómo puede ayudarle Cinco Deseos a usted y a su familia?

- Le permite comunicarle a su familia, sus amistades y su médico cómo desea que lo traten cuando esté gravemente enfermo.
- Sus familiares no necesitan tratar de adivinar lo que usted desea. Los protege a ellos cuando usted esté gravemente enfermo de tener que
- tomar decisiones importantes sin saber cuáles son sus deseos.
- Cinco Deseos le permite conocer cuáles son los deseos de sus padres, su esposo(a) o sus amistades. Así podrá darles su apoyo cuando más lo necesiten. Usted podrá comprender lo que ellos realmente desean.

¿Cómo comenzó Cinco Deseos?

Jim Towey es el fundador de la organización. Su inspiración fué producto de sus 12 años trabajando con la Madre Teresa, incluyendo un año viviendo en un hospicio que la Madre dirigía en Washington, DC. Inspirado por esta experiencia personal, el Sr. Towey aspiró a desarrollar un método para que los pacientes y sus familiares hicieran planes, en caso de enfermedades graves. El

resultado fue Cinco Deseos y la respuesta a este documento ha sido inmensa. Cinco Deseos fue presentado en dos ocasiones en los programas de CNN y el *Today Show* de NBC, y también en las revistas de *Time* y *Money*. Importantes periódicos nacionales han llamado a Cinco Deseos el primer “testamento en vida con un corazón”.

¿Quiénes deben de utilizar Cinco Deseos?

Cinco Deseos es para todas las personas mayores de 18 años, ya sean casadas, solteras, padres de familia, hijos adultos o amistades. Más de seis millones de norteamericanos de todas las edades ya han completado el

documento Cinco Deseos. Ha resultado tan efectivo que abogados, doctores, hospitales, hospicios, iglesias, sinagogas, empresas y grupos de personas jubiladas también están utilizando este documento.

LOS ESTADOS DONDE CINCO DESEOS ES VÁLIDO

Si usted reside en el **Distrito de Columbia** o en uno de los **38 estados** nombrados aquí, usted puede utilizar Cinco Deseos y podrá tener la tranquilidad de saber que este documento cumple con todos los requisitos de las leyes de su estado.

Alaska	Hawaii	Mississippi	Pennsylvania
Arizona	Idaho	Missouri	Rhode Island
Arkansas	Illinois	Montana	South Carolina
California	Iowa	Nebraska	South Dakota
Colorado	Louisiana	New Jersey	Tennessee
Connecticut	Maine	New Mexico	Virginia
Delaware	Maryland	New York	Washington
District of Columbia	Massachusetts	North Carolina	West Virginia
Florida	Michigan	North Dakota	Wyoming
Georgia	Minnesota	Oklahoma	

Si el estado donde usted reside no aparece en esta lista, significa que Cinco Deseos no cumple con los requisitos técnicos de los estatutos de su estado. En estos casos, es posible que algunos médicos en su estado se rehúsen a cumplir con los deseos expresados en su documento Cinco Deseos. A pesar de esto, muchos residentes de los estados que no aparecen en la lista completan el documento Cinco Deseos, junto con la planilla legal de su estado. Cinco Deseos ayuda a expresar sus preferencias, y es una guía útil para familiares, amigos, y todos los proveedores de su asistencia médica. Casi todos los médicos y los profesionales del cuidado de la salud entienden que es su deber estar atentos a los deseos del paciente, como quiera que éstos se expresen.

¿Cómo puedo yo cambiar para Cinco Deseos?

Si ya usted tiene un testamento en vida o un poder notarial sobre los asuntos del cuidado de la salud y desea cambiarlo por el documento Cinco Deseos, sólo necesita completar y firmar el documento Cinco Deseos de acuerdo con las instrucciones. Su firma en el documento Cinco Deseos revoca cualquier otra directiva anticipada que usted tuviera. Para asegurar la validez de su documento, haga lo siguiente:

- Destruya todas las copias de su testamento en vida, o poder notarial para el cuidado de la salud, o escriba la palabra “revocado” a lo largo de su documento. Si usted recibió la ayuda de un abogado para completar dicho documento, déjele saber que lo ha revocado. ADEMÁS...
- Avísele a la persona que usted ha designado para que tome decisiones por usted sobre tratamientos médicos cuando usted no lo pueda hacer, a sus familiares, y a su médico, que usted ha cambiado su testamento en vida y que ahora tiene el documento Cinco Deseos. Cercíorese de que conozcan sus nuevos deseos.

DESEO 1

La Persona a Quien Designo Para Que Tome Decisiones Por Mí Cuando Yo No Lo Pueda Hacer

Si yo me encuentro en condiciones donde no puedo tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud, quisiera por este medio nombrar a la persona que podrá tomar estas decisiones por mí. Esta persona será mi Representante Legal Para Las Decisiones Sobre El Cuidado De Mi Salud [En inglés, “Health Care Agent”] (podrá utilizarse la terminología apropiada del estado donde resida: por ejemplo, apoderado, agente, sustituto). Esta persona decidirá por mí la asistencia médica que he de recibir bajo las siguientes condiciones:

- El médico que me atiende decide que estoy incapacitado(a) y no puedo tomar decisiones por mí mismo(a), Y
- Otro profesional en el cuidado de la salud confirma que esto es cierto.

Si el estado donde yo resido utiliza otro método para determinar mi incapacidad para tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud, esas regulaciones deben de cumplirse.

Yo escojo para ser mi Representante Legal Para Las Decisiones Sobre El Cuidado De Mi Salud a:

Nombre

Teléfono

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

En caso de que esta persona no pueda o no acepte tomar estas decisiones por mí, O si la persona designada está divorciada o legalmente separada de mí, O si esta persona ha fallecido, he designado a las siguientes personas como alternos:

Nombre del Primer Alterno

Nombre del Segundo Alterno

Dirección

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

Ciudad/Estado/Código Postal

Teléfono

Teléfono

Es Importante Escoger Bien A La Persona Que Nos Representará En Las Decisiones Sobre El Cuidado De La Salud

Escoja a una persona que lo conozca bien, le tenga aprecio y pueda tomar decisiones que a veces serán difíciles. Hay veces que un esposo o esposa, o un familiar cercano no es la persona indicada por la emotividad de la relación. Hay veces que sí puede ser una esposa, esposo o un familiar cercano. Usted sabrá mejor que nadie a quién debe de escoger. Asegúrese que esa persona podrá defender sus deseos para que se lleven a cabo. Es bueno escoger a una persona que resida cerca para que esté disponible cuando lo necesiten. No deje de comunicarle a la persona que usted haya escogido lo que usted desea. Asegúrese que esté de acuerdo con respetar lo que usted haya escogido y que lo llevará a cabo.

La persona que usted haya designado para tomar las decisiones sobre el cuidado de su salud (En inglés, “Health Care Agent”) deberá ser **mayor de 18 años** (21 si reside en el estado de Colorado) y **no** deberá ser:

- Su proveedor de cuidado médico o de seguro médico, incluyendo el dueño o administrador de la institución o comunidad donde usted reside y que le provee servicios para el cuidado de su salud.
- Un empleado de la compañía de su seguro médico, o de su proveedor de cuidado médico.
- Un individuo que es un representante, agente o apoderado para más de 10 personas, excepto cuando éste sea su esposo(a) o un familiar cercano.

Entiendo que mi Representante Legal Para Las Decisiones Sobre El Cuidado De Mi Salud está autorizado(a) para tomar decisiones por mí en cuanto a lo siguiente (Por favor, tache lo que usted NO DESEA AUTORIZARLE a su Representante):

- Podrá escoger por mí la asistencia médica, servicios médicos, pruebas, cirugía o medicinas que pueda yo necesitar para identificar el problema médico que existe y así poderlo tratar. Estas decisiones pueden incluir tratamiento necesario para mantenerme vivo(a). Si el cuidado o tratamiento ya ha comenzado, mi Representante puede tomar la decisión de ponerle fin al tratamiento, o de lo contrario, autorizar que continúe.
- Mi Representante podrá interpretar las instrucciones que yo he indicado en este documento o que haya expresado en alguna ocasión y actuar según entienda mis valores o crea que serían mis deseos.
- Podrá decidir por mí, si es necesario, que yo sea internado(a) en un hospital, clínica, hospicio, centro médico, sanatorio, hogar de ancianos, etc. Mi Representante podrá tomar la decisión de contratar cualquier tipo de asistencia médica, o ayuda personal, que pueda necesitar. Mi Representante podrá también despedir a dichas personas si es necesario.
- Podrá tomar la decisión de pedir, retirar, o no proporcionar tratamiento médico, incluyendo alimentación e hidratación artificial o cualquier tipo de tratamiento que prolongue mi vida artificialmente.
- Podrá tener acceso a mi expediente médico y mi expediente personal. Si fuese necesaria mi firma para obtener algún expediente, mi Representante está autorizado(a) a firmar por mí.
- Podrá trasladarme a otro estado para recibir el tratamiento necesario, o para poder llevar a cabo mis deseos.
- Podrá autorizar o rehusar autorización de medicamentos para calmar el dolor.
- Podrá llevar a cabo cualquier proceso legal que sea necesario para que mis deseos se cumplan.
- Podrá autorizar la donación de mis órganos o tejidos según lo permita la ley.
- Podrá solicitar la asistencia de las agencias de Medicare, Medicaid u otros programas y seguros médicos que sean necesarios. Mi Representante tendrá acceso a mi expediente personal y mis cuentas bancarias para obtener la información necesaria para procesar los formularios de dichas agencias.
- Si deseo cambiar, añadir y/o limitar los poderes de mi Representante Legal Para Las Decisiones Sobre El Cuidado De Mi Salud, lo hago a continuación:

Si Cambio De Parecer En Cuanto A Un Representante Legal Para Las Decisiones Sobre El Cuidado De La Salud Haré Lo Siguiente:

- Destruiré todas las copias de esta sección del documento Cinco Deseos, **O**
- Informaré a mi médico, familiares u otros que deseo revocar, cambiar o limitar a la persona que había designado como mi Representante Legal Para Las Decisiones Sobre El Cuidado De Mi Salud, **O**
- Escribiré la palabra “REVOCADO” junto al nombre de la persona a quien deseo desautorizar como mi Representante y firmaré mi nombre en esa página.

DESEO 2

El Tratamiento Médico Que Deseo O No Deseo Recibir

***M**i vida es valiosa y merezco ser tratado(a) con dignidad. Cuando llegue el momento que me encuentre imposibilitado y sin poder tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud, deseo que se me trate dignamente y que se cumplan los siguientes deseos, así como cualquier instrucción expresada por medio de la persona a quien he designado como mi Representante Legal Para Las Decisiones Sobre El Cuidado de Mi Salud.*

Todos Los Que Proveen Mi Asistencia Médica Sepan Que:

- No deseo sentir dolor. Deseo que el médico que me atienda alivie mi dolor mediante los medicamentos necesarios, aunque me produzcan un estado soñoliento, o duerma más de lo acostumbrado.
- No deseo que ninguna persona que esté al cuidado de mi salud haga u omita algo que intencionalmente ocasionara mi muerte.
- Deseo que me ofrezcan alimentos y líquidos oralmente y que me mantengan limpio(a) y abrigado(a).

¿Qué Significa Para Mí “Sistemas Para Mantener La Vida”?

Sistemas para mantener la vida significa cualquier procedimiento médico, mecanismo o medicamentos que se utilicen para mantener la vida.

Sistemas para mantener la vida incluyen: mecanismos médicos colocados dentro de mí que me suministren ayuda respiratoria artificial; alimentación e hidratación artificial mediante mecanismos médicos; resucitación cardiopulmonar; cirugía de mayor

importancia; transfusiones de sangre; diálisis; antibióticos; y cualquier otro medio utilizado para mantenerme con vida. Si deseo limitar el significado de “sistemas para mantener la vida” por mis creencias religiosas o razones personales, indico aquí estas limitaciones para que quede bien claro lo que deseo y bajo qué condiciones lo deseo:

En Caso de Emergencia

Si usted tiene alguna emergencia médica y es atendido(a) por el personal de ambulancia o rescate, puede que ellos busquen una identificación en forma de brazalete o un documento que indique que existe una orden de **No Resucitar**. Algunos estados requieren que este documento de **No Resucitar** lo complete y lo

firmé un médico. Este formulario le indica al personal de la ambulancia que usted no desea que ellos utilicen sistemas para mantener la vida si su condición es de extrema gravedad y la muerte es inminente. Favor de discutir esto con su médico para asegurarse si este documento de **No Resucitar** es requerido en su estado.

He aquí el tipo de tratamiento médico que deseo o no deseo tener en las cuatro circunstancias aquí indicadas: Deseo que mi Representante Legal Para El Cuidado de Mi Salud, mi familia, mis médicos y otros proveedores del cuidado de mi salud, mis amistades y todos sepan cuáles son mis instrucciones.

Fallecimiento Inminente:

Si el médico que me atiende y otro proveedor del cuidado de la salud ambos determinan que mi fallecimiento es inminente y el uso de mecanismos artificiales o sistemas para mantener la vida sólo pospondrían mi fallecimiento (**escoja uno de los siguientes**):

- ☐ Deseo que se utilicen sistemas para mantener la vida.
- ☐ No deseo que se utilicen sistemas para mantener la vida. Si éstos han comenzado, deseo que se retiren.
- ☐ Deseo que se utilicen sistemas para mantener la vida si mi médico opina que podrían ayudar mi estado de salud, pero deseo que mi médico suspenda esta ayuda si no beneficia mi condición médica ni mis síntomas.

Estado de Coma Sin Esperanza de Revivir o de Recuperación:

Si el médico que me atiende y otro proveedor del cuidado de la salud ambos determinan que estoy en estado de coma y no se espera que me recupere o que me restablezca y determinan que existe daño al cerebro y que los sistemas para mantener la vida sólo pospondrían mi fallecimiento (**escoja uno de los siguientes**):

- ☐ Deseo que se utilicen sistemas para mantener la vida.
- ☐ No deseo que se utilicen sistemas para mantener la vida. Si éstos han comenzado, deseo que se retiren.
- ☐ Deseo que se utilicen sistemas para mantener la vida si mi médico opina que podrían ayudar mi estado de salud, pero deseo que mi médico suspenda esta ayuda si no beneficia mi condición médica ni mis síntomas.

Daño Cerebral Severo y Permanente Sin Esperanza de Recuperación:

Si el médico que me atiende y otro proveedor del cuidado de la salud ambos determinan que sufro daño cerebral severo y permanente (por ejemplo, puedo abrir los ojos, pero no puedo hablar ni entender) y no se espera que me recupere y los sistemas para mantener la vida sólo pospondrían mi fallecimiento (**escoja uno de los siguientes**):

- ☐ Deseo que se utilicen sistemas para mantener la vida.
- ☐ No deseo que se utilicen sistemas para mantener la vida. Si éstos han comenzado, deseo que se retiren.
- ☐ Deseo que se utilicen sistemas para mantener la vida si mi médico opina que podrían ayudar mi estado de salud, pero deseo que se suspenda esta ayuda si no beneficia mi condición médica ni mis síntomas.

Otra Condición Médica Donde No Desearía Que Se Utilizaran Sistemas Para Mantener La Vida:

Si existe otra condición médica donde no desearía que se utilizaran sistemas para mantener la vida, lo indico aquí. Bajo estas condiciones considero que los costos y lo oneroso del tratamiento son mayores que su beneficio y no desearía sistemas para mantener la vida. (Por ejemplo, usted puede escribir que esto aplicaría a la “fase final de una enfermedad”. Esto significa que el estado de su salud ha empeorado y usted no puede valerse por sí mismo, ni mentalmente ni físicamente y los sistemas para mantener la vida tampoco lo(a) ayudarían. Dejar el espacio en blanco si no desea aclarar ningún otro deseo.)

Los próximos tres deseos que expreso en este documento tienen que ver con mis deseos personales, emocionales y espirituales y son importantes para mí. Deseo ser tratado(a) con dignidad al acercarse el final de mi vida y quisiera que se cumplieran mis Deseos 3, 4 y 5, siempre y cuando sea posible. Entiendo que quizás los miembros de mi familia, mis médicos y otros proveedores de asistencia médica, mis amistades y demás personas no puedan cumplir con mis deseos según lo expresado aquí y que no están bajo ninguna obligación legal de hacerlo. No es mi intención añadirles deberes legales adicionales a mis médicos y otros proveedores de asistencia médica. Tampoco es mi intención que los próximos deseos sirvan de excusa para que mis médicos y demás proveedores de asistencia médica dejen de prestarme la asistencia médica que exige la ley.

DESEO 3

Cuán Cómodo Deseo Estar

(Favor de tachar lo que no desea)

- No quiero sentir dolor. Deseo que mi médico me dé medicamentos suficientes para aliviar mi dolor aunque esto me produzca un estado soñoliento o duerma más de lo normal.
- Si muestro síntomas de depresión, náusea, o falta de aire, o alucinaciones, deseo que los que me atiendan hagan lo que puedan para aliviarme.
- Si padezco de fiebre deseo que se coloque sobre mi frente un paño húmedo y fresco.
- Deseo que mi boca y mis labios se mantengan humedecidos para evitar la resequedad.
- Deseo que me den masajes frecuentemente con aceites tibios.
- Deseo que me mantengan fresco(a) y limpio(a) en todo momento. Deseo que me bañen con agua tibia lo más frecuentemente posible.
- Deseo escuchar mi música favorita cuantas veces sea posible hasta el momento de mi fallecimiento.
- Deseo recibir ayuda en cuanto a mi aseo personal, como afeitarme, cortarme la uñas, peinarme el cabello y cepillarme los dientes, siempre y cuando esto no me inflija dolor o me sea incómodo.
- Deseo que me lean lecturas religiosas y poesías de mi agrado cuando se acerque el momento de mi fallecimiento.

DESEO 4

Cómo Deseo Que Me Traten

(Favor de tachar lo que no desea.)

- Deseo estar acompañado(a) lo más posible. Si mi muerte es inminente, deseo estar acompañado(a) en esta etapa final.
- Deseo que alguien me sujete la mano y me hable cuando sea posible, aunque parezca que no puedo responder ni puedo sentir el toque de una mano.
- Deseo que alguien esté a mi lado rezando por mí, lo más frecuentemente posible.
- Deseo que se le haga saber a los miembros de mi comunidad de fé que estoy enfermo(a) y que se les pida que oren por mí y que me visiten.
- Deseo que los que me cuiden sean bondadosos conmigo y que me traten con alegría y no con tristeza.
- Deseo tener a mi alrededor fotografías de mis seres queridos.
- Si padezco de incontinencia, deseo que se me mantenga mi ropa y la ropa de cama lo más limpias posible y si las mismas se ensucian, que se cambien lo antes posible.
- Deseo morir en mi hogar, siempre y cuando sea posible.

DESEO 5

Lo Que Deseo Comunicarles A Mis Seres Queridos

(Favor de tachar lo que no desea)

- Deseo que los miembros de mi familia y mis seres queridos sepan que los quiero.
- Deseo que mi familia, amigos u otras personas me perdonen las veces que los haya ofendido.
- Deseo que mis familiares y amistades sepan que los perdono si alguna vez me han herido.
- Deseo que mi familia y mis seres queridos sepan que no le temo a la muerte y que para mí no significa el final, sino el comienzo de algo nuevo.
- Deseo que los miembros de mi familia se reconcilien entre ellos antes de mi muerte, si es posible.
- Deseo que mi familia y mis amigos me recuerden como yo era antes de mi enfermedad y que mantengan ese recuerdo después de mi muerte.
- Deseo que mi familia y mis amistades, así como los que provean mi asistencia médica, respeten mis deseos, aunque no estén de acuerdo con ellos.
- Deseo que mi familia y mis amistades vean en mi muerte un instrumento de amor, paz y crecimiento personal para ellos y para mí. Saber esto le dará un sentido especial a los últimos días de mi vida.
- Deseo que mis familiares y amistades busquen ayuda si es que tienen dificultad aceptando mi muerte. Deseo que el recuerdo de mi vida les traiga alegría y no tristeza.
- Después de mi fallecimiento, deseo se haga lo siguiente (hacer un círculo alrededor de uno): Entierro o Cremación.
- Mi cuerpo o mis restos deberán ser colocados en el siguiente sitio: _____

- La siguiente persona conoce lo que deseo para mi funeral: _____

Si alguien desea saber cómo quisiera que me recordaran, por favor digan lo siguiente:

Si hay algún servicio en memoria mía, deseo que este servicio incluya lo siguiente (indique música, canciones, lecturas o alguna otra instrucción específica):

(Por favor añada otros deseos aquí. Si fuese necesario, adjuntar una hoja de papel adicional. Por ejemplo, usted puede incluir su deseo de donar tejidos u órganos.)

Asegúrese de firmar este documento en presencia de dos testigos.

Firma: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Teléfono : _____ Fecha: _____

Yo, el testigo, declaro que la persona cuya firma aparece en este documento (en adelante “la persona”) es conocida por mí personalmente y que él o ella firmó o reconoció a este documento [Representante Legal Para Las Decisiones Sobre El Cuidado De Mi Salud (En inglés, “Health Care Agent”) y/o Testamento en Vida (En inglés, “Living Will”)] en presencia mía y que él o ella aparenta estar en su sano juicio y no lo firma bajo coacción alguna ni con intención de fraude.

- El individuo nombrado como Representante Legal Para Las Decisiones Sobre El Cuidado De La Salud (ni agente, apoderado, sustituto, defensor del paciente), o su sucesor,
- El proveedor del cuidado de la salud, incluyendo el dueño o administrador de una institución que provee cuidado comunitario al individuo nombrado en este documento,
- Un a empleado(a) del proveedor del cuidado de la salud,

- La persona responsable por las finanzas del individuo nombrado en este documento,
- Empleado(a) de la compañía de seguro de vida o seguro médico de la persona,
- Familiar consanguíneo, o político, o adoptado, de la persona,
- Hasta donde yo lo sé, en la actualidad, yo no soy un acreedor de la persona, ni me beneficiaría de ninguna parte de su herencia bajo ningún testamento ni codicilo.

Firma del Testigo #1	Firma del Testigo #2
Imprima el nombre del testigo #1	Imprima el nombre del testigo #2
Dirección	Dirección
Teléfono	Teléfono

- Si reside en Missouri, sólo notarice su firma.

- Si reside en North Carolina, South Carolina o West Virginia, notarice su firma y las firmas de los testigos.

ESTADO DE

CONDADO DE

El día ____ de _____, de 20 ____, _____, _____,
y _____, que personalmente reconozco (o prueban satisfactoriamente) ser la persona nombrada en este
documento y los individuos nombrados testigos, respectivamente, comparecen ante mí, Notario Público para y dentro del estado y condado aquí
indicados, y declaran que libre y voluntariamente firmaron este documento según lo indicado en él.

Mi comisión expira:

Notario Público

Qué Debe De Hacer Cuando Haya Completado Cinco Deseos

- Asegúrese de que usted y los testigos firmen este documento, estrictamente de acuerdo con las instrucciones. Sólo entonces será su documento Cinco Deseos legal y válido.
- Comuníquese sus deseos a su Representante Legal Para Las Decisiones Sobre El Cuidado De La Salud, miembros de su familia y demás encargados del cuidado de su salud. Asegúrese de que tengan copias de su documento Cinco Deseos.
- Mantenga el original que usted ha firmado en un lugar específico en su hogar. NO lo deposite en una caja de seguridad en el banco. Manténgalo en un lugar accesible, de modo que alguien lo pueda encontrar cuando se necesite.
- Complete la tarjeta al pie de la página. Llévela consigo en todo momento y así podrán tener acceso a sus Cinco Deseos fácilmente.
- No deje de comunicarle a su médico cuáles son sus deseos y asegúrese de que él entienda lo que usted desea y que esté dispuesto a seguir sus instrucciones. Déle una copia de su documento Cinco Deseos, y asegúrese de que forme parte de su expediente clínico y de que su médico le comunique a otros médicos que lo puedan estar atendiendo que cumplan sus deseos.
- Si usted es admitido a un hospital, clínica, sanatorio, hospicio, hogar de ancianos, etc., asegúrese de llevar una copia y de que ellos incluyan su documento Cinco Deseos en su expediente médico.
- Las siguientes personas tienen copias de mi documento Cinco Deseos propiamente ejecutado:

Residentes de instituciones en los estados de CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA y SOUTH CAROLINA deberán seguir las siguientes instrucciones sobre los testigos.

Si usted reside en ciertas instituciones (un hogar de ancianos, institución licenciada para el cuidado a largo plazo, un hogar para incapacitados mentales, o incapacitados en su desarrollo, o una institución para el cuidado de la salud mental) en uno de los estados aquí nombrados, quizás necesite seguir otras instrucciones en cuanto a los testigos del documento para que éste documento sea válido. Para más información, por favor póngase en contacto con la trabajadora social o la representante de los pacientes en la institución donde usted reside.

Cinco Deseos está diseñado para ayudarlo(a) a planear para su futuro. No es nuestra intención proveerle consejo legal. No pretende responder todas las preguntas que puedan surgir. Cada persona y cada situación es distinta. Las leyes pueden cambiar. Si usted tiene una pregunta o un problema específicos, le sugerimos que se comunique con un profesional médico o legal.

Identificación Cinco Deseos para llevar en su billetera

Aviso importante para todo el personal médico:

Yo tengo un testamento en vida Cinco Deseos.

(Important Notice to Medical Personnel: I have a Five Wishes Advance Directive.)

Firma (Signature)

Mi Representante Legal Para Las Decisiones Sobre El Cuidado De Mi Salud es (My Health Care Agent is):

Nombre (Name)

Dirección (Address) Ciudad, Estado, Código Postal
(City/State/Zip)

Teléfono (Phone)

Mi médico es (My primary care physician is):

Nombre (Name)

Dirección (Address) Ciudad, Estado, Código Postal
(City/State/Zip)

Teléfono (Phone)

Mi documento se encuentra en (My document is located at):

Recorte la tarjeta y dóblela. Para mayor seguridad, puede laminarla.

Lo que se está diciendo sobre Cinco Deseos:

“Mi madre falleció hace más de un año. Nosotros sabíamos cuáles eran sus deseos porque ella tenía un testamento en vida Cinco Deseos. Cuando llegó el momento de las decisiones, mi hermano y yo no dudamos nunca lo que teníamos que hacer y pudimos llevar a cabo sus deseos con mucha paz.”

Cheryl K.
Longwood, Florida

“Tengo que decirles que me encanta el documento Cinco Deseos. Es un documento claro, fácil de entender, que hace mucho énfasis en los puntos de verdadera importancia, como es el cuidado humano, y no tanto en el tratamiento médico. Yo lo he utilizado para mí y para mi esposo.”

Susan W.
Flagstaff, Arizona

“No quiero que mis hijos tengan que tomar decisiones por mí como lo he tenido que hacer yo por mi madre. No me daba cuenta de cuántas opciones médicas hay que considerar. Gracias por darnos un documento tan sensible y compasivo. Lo completaré y lo tendré a mano para mis hijos.”

Diana W.
Hanover, Illinois

Para Hacer un Pedido:

Usted puede ordenar copias adicionales de Cinco Deseos, o el video Cinco Deseos, o las Guías para los Próximos Pasos. Pregunte sobre el paquete familiar, que incluye 10 Cinco Deseos, 2 Guías para los Próximos Pasos y 1 video, con un descuento de más de un 50%. Para más información, visite el sitio cibernético de Envejecimiento Con Dignidad (“Aging with Dignity”), o llámenos.

1-888-5WISHES (1-888-594-7437)

Envejecimiento Con Dignidad

P.O. Box 1661
Tallahassee, Florida 32302-1661

www.agingwithdignity.org

El desarrollo de Cinco Deseos se ha logrado gracias a una generosa subvención de

**The Robert Wood Johnson
Foundation**
Princeton, New Jersey

Cinco Deseos es una marca registrada de Envejecimiento Con Dignidad. Todos los derechos están reservados. El contenido de esta publicación está protegido por los Derechos de Autor de Envejecimiento con Dignidad. Ninguna sección de esta publicación podrá reproducirse, ni transmitirse en forma alguna, ya sea electrónica o mecánica, incluyendo fotocopias, grabación o sistema de almacenamiento o acceso de información, sin previo consentimiento por escrito de Envejecimiento Con Dignidad. Aunque este documento contiene material que está protegido por los derechos de autor, se le permite fotocopiar el documento CINCO DESEOS ya completado sólo con el fin de proporcionarle copias a miembros de su familia, seres queridos, sus médicos, asistentes médicos o Representante Legal Para Las Decisiones Del Cuidado De La Salud. Reproducir CINCO DESEOS para cualquier otro fin está prohibido y requiere permiso por escrito de Envejecimiento Con Dignidad. Envejecimiento Con Dignidad desea agradecer a *Oregon Health Decisions* su contribución para la redacción del Deseo Número Dos, y también a Kate Callahan, Charles Sabatino y Tere Saenz, por su ayuda.