



# PREPARE™

## Su Cuidado Médico

# Guía de Preguntas de PREPARE

**PREPARE es un programa para ayudarle a:**

- Ser partícipe en SU cuidado médico
- Hablar con sus doctores
- Darle tranquilidad a su familia y amigos

**Paso 1:** Elija a una persona decisora

**Paso 2:** Decida lo que más le importa en la vida

**Paso 3:** Elija la flexibilidad que desea que tenga la persona decisora

**Paso 4:** Informe a otras personas sobre sus deseos

**Paso 5:** Hágales las preguntas correctas a los doctores

**Nombre:**

Para más información visite: [www.prepareforyourcare.org](http://www.prepareforyourcare.org)

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, 2012-2018. Todos los derechos reservados. Revisado en 2018. Nadie puede reproducir PREPARE materiales por ningún medio con fines comerciales o agregar o modificar PREPARE materiales de ninguna manera sin un acuerdo de licencia y permiso por escrito de los Regentes. Los Regentes no ofrecen garantías sobre los materiales de PREPARE. **Para obtener más información sobre esto y los términos de uso, vaya a [www.prepareforyourcare.org](http://www.prepareforyourcare.org)**

# Paso 1

## Elija a una persona para tomar decisiones médicas en su nombre (persona decisora)

Su persona decisora puede tomar decisiones médicas en su nombre si usted está demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones.

1. ¿Puede pensar en **ALGÚN** familiar o amigo que **PODRÍA** llegar a tomar decisiones médicas en su nombre si usted estuviera demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones?

Sí o posiblemente  
Escriba el nombre de la persona: \_\_\_\_\_

No

Si quiere, puede escribir por qué eligió a esta persona o personas.

---

---

2. ¿Cuándo quiere que alguien tome decisiones médicas en su nombre?

**SÓLO** quiero que alguien tome decisiones médicas en mi nombre si estoy demasiado enfermo para tomar mis propias decisiones.

Quiero que otra persona tome decisiones médicas en mi nombre ahora, **INCLUSO** cuando puedo tomar mis propias decisiones.

No estoy seguro.

Si quiere, puede escribir por qué se siente así.

---

---

## Paso 2

## Decida lo que más le importa en la vida

Estas 5 preguntas le ayudarán a clarificar que es lo que más le importa durante su vida y para su atención médica. Saber lo que más le importa en la vida puede ayudarle a tomar decisiones sobre la atención médica adecuada para usted.

### 1. ¿Qué es lo más importante en su vida?

Marque todas las que quiera.

- Familiares o amigos
- Religión
- Vivir solo y cuidarse a sí mismo
- No ser una carga para su familia
- Pasatiempos
- Mascotas
- Otra cosa: \_\_\_\_\_

Si quiere, puede escribir por qué se siente así.

---

---

---

## 2. ¿Qué experiencias ha tenido con enfermedades graves?

Preguntas para pensar:

- ¿Ha tenido su propia experiencia con enfermedades graves?
- ¿Recuerda a alguien cercano que estuvo muy enfermo o estaba muriendo?
- ¿Recuerda ver a alguien en la televisión que estuvo muy enfermo o se estaba muriendo?

---

Piense en lo que salió bien, en lo que no salió bien, y por qué. Si estuviera en la misma situación, ¿qué quisiera para sí mismo?

Es posible que, con el tiempo, cambie de idea sobre lo que quisiera.

---

Si quiere, puede escribir por qué se siente así.

---

---

---

---

## 3. ¿Qué es lo que más Importa en la Vida? La calidad de vida es diferente para cada persona.

**Para algunas personas**, lo más importante es mantenerse con vida el mayor tiempo posible incluso si:

- Tienen que estar conectados a máquinas y están sufriendo
- Están demasiado enfermos para hablar con sus familiares y amistades

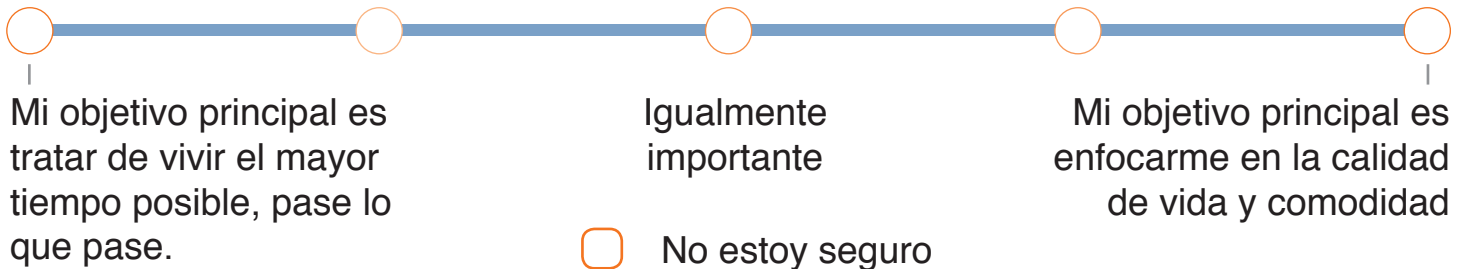
**Para otras personas**, lo más importante es enfocarse en su calidad de vida y comodidad.

- Estas personas prefieren una muerte natural, y no ser conectadas a máquinas para seguir con vida

Otras personas están en un punto intermedio. **¿Qué es lo que más le importa?** Sus objetivos pueden cambiar entre hoy en su estado actual de salud, y al final de la vida.

### 3A. HOY, EN SU ESTADO ACTUAL DE SALUD

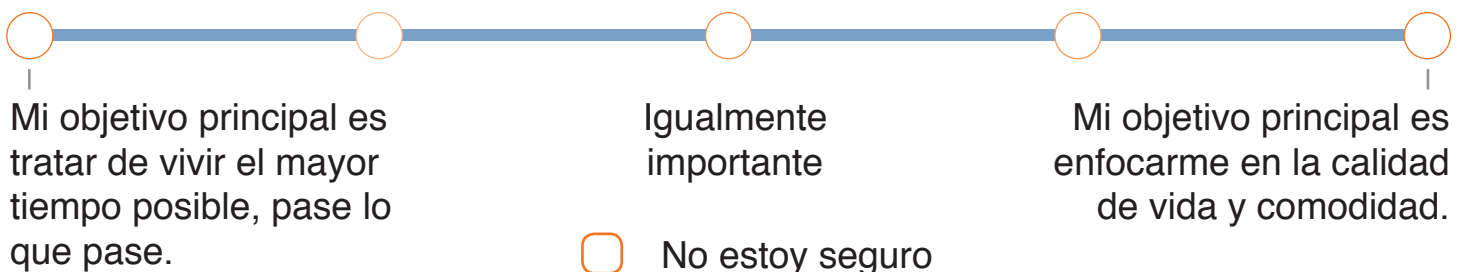
Coloque una X sobre la balanza para mostrar cómo se siente hoy en su estado actual de salud.



Si quiere, puede escribir por qué se siente así.

### 3B. AL FINAL DE LA VIDA

Coloque una X sobre la balanza para mostrar cómo se sentiría si estuviera tan enfermo que pudiera morir pronto.



Si quiere, puede escribir por qué se siente así.

**3C. AL FINAL DE LA VIDA,** algunas personas están dispuestas a pasar por mucho para tener la oportunidad de vivir más tiempo. Otras personas ya saben que ciertas cosas afectarían negativamente su calidad de vida.

**¿Al final de la vida, cuáles de las siguientes cosas afectarían negativamente su calidad de vida?**

**Marque las que quiere. ¿Qué le haría preferir enfocarse en su comodidad en vez de vivir el mayor tiempo posible?**

- No poder despertar nunca de un coma ni poder hablar con familiares y amigos
- No poder vivir sin estar conectado a máquinas
- No poder pensar por mí mismo, como en caso de demencia
- No poder alimentarme, bañarme, o cuidarme a mí mismo
- No poder vivir por mi cuenta
- Tener dolor o malestar constante y severo
- Alguna otra cosa: \_\_\_\_\_
- O,** estoy dispuesto a enfrentar todas estas cosas para tener la oportunidad de vivir más tiempo.

Si quiere, puede escribir por qué se siente así.

---

---

---

---

---

**4. ¿Cómo equilibra la calidad de vida y la atención médica? Las enfermedades y los tratamientos que se usan para ayudar a prolongar la vida pueden causar dolor y efectos secundarios, y dejarlo incapaz de cuidarse a sí mismo.**

**AL FINAL DE LA VIDA,** algunas personas están dispuestas a pasar por mucho para tener la oportunidad de vivir más tiempo. Otras personas ya saben que ciertas cosas afectarían negativamente su calidad de vida.

Los tratamientos de soporte vital pueden ser RCP, respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis o transfusiones de sangre.

**Si estuviera tan enfermo que pudiera morir pronto, ¿Cuáles serían sus preferencias?**

- Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar. Quiero permanecer en tratamientos de soporte vital, incluso si hay pocas esperanzas de mejorar o vivir una vida que valoro.
- Deseo probar tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar. PERO, NO DESEO permanecer en tratamientos de soporte vital si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de mejorar o vivir una vida que valoro.
- No deseo tratamientos de soporte vital, y quisiera enfocarme en sentirme cómodo. Prefiero tener una muerte natural.
- No estoy seguro.

¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y su persona decisora acerca de su decisión y sus preferencias? O, ¿Por qué eligió esta opción?

---

---

---

---

---

## 5. Con el tiempo, ¿ha cambiado su idea de lo que más le importa?

Es posible que, con el tiempo, cambie de idea sobre lo que quisiera. Asegúrese de decirle a su persona decisora, familiares o amigos, y doctor si cambia de opinión.

---

---

---

---

---



## Paso 3

### Elija la flexibilidad que desea que tenga la persona decisora

La flexibilidad le da a la persona decisora la libertad de trabajar con sus doctores y cambiar las decisiones médicas que usted tomó antes, si es que hay una mejor opción en el momento.

#### 1. ¿Cuánta flexibilidad quiere que tenga su persona decisora?

- FLEXIBILIDAD TOTAL:** Está bien que mi persona decisora cambie cualquiera de las decisiones médicas que tome antes si los doctores creen que es lo mejor para mí en ese momento.
- FLEXIBILIDAD LIMITADA:** Está bien que mi persona decisora cambie algunas de mis decisiones médicas si los doctores piensan que es mejor. Pero hay algunos deseos que no quiero que se cambien NUNCA, aunque lo recomienden mis doctores.
- NINGUNA FLEXIBILIDAD:** Mi persona decisora debe seguir todos mis deseos médicos exactos en todo momento. NO está bien cambiar mis decisiones, aunque los doctores lo recomienden.
- No estoy seguro.

Si quiere, puede escribir por qué se siente así.

---

---

---

---

---

---

---

## Paso 4

### Informe a otras personas sobre sus deseos

Puede tener a otros familiares y amigos cercanos que NO son su persona decisora.

#### 1. ¿Tiene familiares o amigos cercanos que podrían tener opiniones sobre su atención médica si llegara a enfermarse?

Estas personas pueden tener opiniones fuertes sobre su atención médica. Es posible que sus opiniones no coincidan con las de su persona decisora o con sus deseos.

Sí o Posiblemente

No

#### 2. ¿Con quién ha hablado sobre sus deseos para la atención médica?

Marque todas las que quiera, o a nadie todavía.

Mi persona decisora

Mi doctor

Mis amigos o familiares

Alguien más: \_\_\_\_\_

A nadie todavía

## Paso 5

# Hágales las preguntas correctas a los doctores

### ¿Cómo prefiere tomar decisiones médicas?

#### 1. ¿Cómo prefiere tomar decisiones médicas con sus doctores y proveedores médicos?

- Prefiero tomar todas mis decisiones médicas yo mismo.
- Prefiero que mis doctores y yo tomemos decisiones juntos.
- Prefiero que mis doctores tomen todas las decisiones médicas en mi nombre.

Es importante saber que sus doctores no pueden tomar decisiones por usted. Ellos sólo pueden darle a usted o su familia o amigos información para tomar decisiones.

Si quiere, puede escribir por qué se siente así.

---

#### 2. ¿Cómo prefiere tomar decisiones médicas con sus familiares y amigos cercanos?

- Prefiero tomar todas mis decisiones médicas yo mismo.
- Prefiero que mis familiares o amigos y yo tomemos decisiones médicas juntos.
- Prefiero que mis familiares o amigos tomen todas las decisiones médicas en mi nombre.

Si quiere, puede escribir por qué se siente así.

---

**3. Si tiene una enfermedad grave, ¿quiere que su doctor le diga qué tan enfermo está o cuánto tiempo tiene para vivir?**

- Si, me gustaría saber esta información.
- No, no quiero saberla.
- No estoy seguro.

Si quiere, puede escribir por qué se siente así.

---

---

---

---

---

---

---

## Preguntas Adicionales:

### Religión

1. **¿Qué deben saber sus proveedores médicos y su persona decisora sobre sus creencias religiosas o espirituales?**

---

---

---

---

---

---

---

---

### Deseos de Sepultura

2. **¿Qué debieran saber sus proveedores médicos y su persona decisora sobre la forma en que desea que se trate su cuerpo después de morir, y sus deseos fúnebres o de sepultura?**

---

---

---

---

---

---

---

---

# Su Siguiente Paso

## 1. ¿Cuál es su siguiente paso?

- Pedirle a alguien que sea su persona decisora
- Hablar con su familia y amigos sobre sus deseos médicos
- Hablar con sus proveedores médicos sobre sus deseos médicos
- Escribir sus deseos en un formulario de instrucciones anticipadas de atención de salud

### \*\* ¡Buen trabajo!

Comparta este formulario y sus elecciones con su familia, amigos y proveedores médicos.

Si también completa el formulario de instrucciones anticipadas de atención de salud de fácil lectura de PREPARE, puede poner esta guía de preguntas justo después de la página 10. De esta manera, toda la información importante sobre sus opciones estará en su formulario legal. Asegúrese de completar todas las preguntas en el formulario de instrucciones anticipadas de atención de salud. Algunas de ellas pueden ser similares.

## Notas

---

---

---

---

Para más información visite  
[www.prepareforyourcare.org](http://www.prepareforyourcare.org)



Su nombre: \_\_\_\_\_