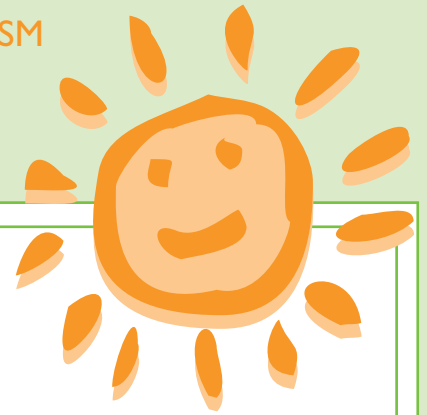


# Mis Deseos<sup>SM</sup>



Ésta es mi foto.

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Mis Deseos sobre:

El trato que deseo recibir.

El grado de comodidad que deseo tener.

Lo que deseo que sepan mis seres queridos.

Lo que deseo que sepan mis médicos y enfermeros.



Mi Familia:

Blank space for drawing or writing a story.

Dibuja o pega una fotografía o escribe una historia.



## Mis Deseos

Hay muchas cosas en la vida que no podemos controlar. **Mis Deseos te ofrecen una manera de controlar algo muy importante —cómo te tratarán si te endermas mucho. Es fácil de hacer y te ayuda a expresar exactamente lo que deseas.**

## ¿Cómo pueden Mis Deseos ayudarme a mí y a mi familia?

**Mis Deseos** te permite comunicarle a tus familiares, amigos y médicos cómo deseas que te traten si caes muy enfermo/a.

Tus familiares no tendrán que adivinar lo que deseas si tienes una enfermedad grave.

Tu familia puede saber lo que deseas por medio de **Mis Deseos**.

## ¿Quién debería usar Mis Deseos?

**Mis Deseos** no es un documento jurídico, sino una herramienta para comunicarse. Está dirigido a niños y adolescentes menores de 18 años. Si un niño no puede llenar este documento, instamos a las familias a usar este formulario para comunicar sus deseos por él.

## ¿Puedo cambiar Mis Deseos?

Podrás cambiar **Mis Deseos** cada vez que lo desees; éste es TU documento. Se recomienda revisar y actualizar **Mis Deseos** todos los años o cuando estos cambien.

## ¿Qué hago con Mis Deseos luego de llenar el formulario?

Este documento es TUYO y lo podrás compartir con quien desees. Tal vez desees colgarlo en tu habitación o mostrárselo a tu familia y a los profesionales de la salud que te atienden para que todos sepan cómo te sientes.





Me encanta...

No me gusta...

Dibuja o pega una fotografía o escribe una historia.



## Deseo N° 2

Mi Deseo sobre el grado de comodidad que deseo tener

- No quiero sentir dolor.
- Deseo que mi médico me dé suficientes medicamentos para aliviar el dolor, aunque me provoquen sueño.
- Si me siento mal, deseo que las personas que me atienden hagan lo que puedan para ayudarme a que me sienta mejor.
- Estas cosas me hacen sentir bien:

---



---

- Me gusta que me lean libros. Estos son los libros que me gustan:

---



---

- Me gusta jugar. Estos son mis juegos favoritos:

---



---

- Me gusta escuchar música. Ésta es la música que me gusta:

---



---

- Éstas son algunas cosas que no me gustan:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



¿De qué manera me siento más a gusto?

Dibuja o pega una fotografía o escribe una historia.



### Deseo N° 3

Mi Deseo sobre lo que quiero que sepan mis seres queridos

- Deseo que mis familiares y amigos sepan que los quiero.
- Deseo que mi familia, mis amigos y otras personas me perdonen por las veces que he herido sus sentimientos.
- Deseo que mi familia, mis amigos y otras personas sepan que los perdono si alguna vez hirieron mis sentimientos.
- Deseo que mis familiares se lleven bien entre ellos.
- Deseo que mi familia y mis amigos piensen en mí como era antes de enfermarme.
- Deseo que mi familia y mis amigos, así como quienes me cuidan, respeten mis deseos aunque no estén de acuerdo con ellos.
- Deseo que mi familia y mis amigos reciban apoyo si están muy tristes por mi enfermedad o muerte.
- A veces me da miedo:

---

---

- Deseo que mi familia sepa que no tengo miedo de:

---

---

- Si alguien pregunta cómo deseo que me recuerden, digan sobre mí lo siguiente:

---

---

- Si se reúnen para recordarme, deseo que esas personas:

---

---

- Si muero, asegúrense de que las siguientes personas se ocupen de mis cosas:

---

---

---

---



# Mis médicos y enfermeros:

Dibuja o pega una fotografía o escribe una historia.



# Deseo N° 4

## Lo que deseo que mis médicos y enfermeros sepan.

Soy una persona muy especial y a continuación encontrarán algunas de las cosas que me gustaría que sepan todos los que me cuidan.

- Deseo que me llamen por mi nombre o sobrenombre: \_\_\_\_\_
- Deseo que me digan su nombre, por qué vinieron y lo que me van a hacer antes de hacerlo.
- Si debo someterme a una intervención dolorosa, me gustaría que me pongan unguento anestésico siempre que sea posible.
- Deseo que me digan cuando algo pueda llegar a dolerme.
- Deseo que no divulguen nada de lo que les cuente sobre mí; sólo podrán contárselo a las siguientes personas:  
(Comprendo que otras personas deban saberlo si llegara a influir en mi tratamiento.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Comprendo que a veces deban tocarme o revisarme, pero les pido que respeten mi intimidad y dignidad de la siguiente manera:
  - Cierren la cortina.
  - Cúbranme con una bata o sábana.
  - Cierren la puerta cada vez que sea posible.
  - No me molesta que estas personas estén en mi habitación cuando me revisan:
  - \_\_\_\_\_
- Si estoy enojado/a, feliz, triste, asustado/a o me siento un/a tonto/a o solo/a, desearía poder hablar con usted al respecto.

Estas cosas me hacen sentir seguro/a:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Deseo que me respondan con la verdad y con palabras simples que pueda comprender.
- Sé que debo descansar y dormir, pero también deseo tener tiempo para jugar.
- Otras cosas que me gustaría que sepan de mí:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_







### **Compra:**

llame al (888) 5-WISHES o visite [www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org) para comprar más copias de Mis Deseos. Mis Deseos está basado en las voluntades anticipadas de Cinco Deseos (Five Wishes) de la organización sin fines de lucro Aging with Dignity.

**(888) 594-7437**

**[www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org)**

La elaboración de Mis Deseos estuvo a cargo del subcomité de Mis Deseos del Equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos con sede en el Central DuPage Hospital y cuenta con el apoyo del Equipo Auxiliar del Central DuPage Hospital.



P.O. Box 1661

TALLAHASSEE, FLORIDA 32302-1661