

# CINCO DESEOS<sup>®</sup>

## MIS DESEOS ACERCA DE:

La persona a quien deseo designar para que tome decisiones en mi nombre cuando yo no lo pueda hacer

El tipo de tratamiento médico que deseo o no deseo recibir

El grado de comodidad que deseo tener

El trato que deseo recibir de la gente

Lo que deseo que mis seres queridos sepan

Nombre (en letra de molde)

Fecha de nacimiento

# Cinco Deseos

*En la vida hay muchas situaciones que están fuera de nuestras manos. Este documento de Cinco Deseos le permite tomar el control sobre algo muy importante: cómo desea que lo traten cuando esté gravemente enfermo. Es un formulario fácil de completar que le permite expresar exactamente lo que usted desea. Una vez que lo complete y lo firme debidamente, tiene validez según las leyes de casi todos los estados.*

## ¿Qué es Cinco Deseos?

Cinco Deseos es el primer testamento en vida (living will) sobre sus necesidades personales, emocionales y espirituales, así como de sus deseos sobre su tratamiento médico. Le permite escoger a la persona que usted 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 le traten si está gravemente enfermo. Se redactó con la ayuda de la Comisión de

la Asociación de Abogados de los Estados Unidos sobre la Ley y el Envejecimiento (American Bar Association's Commission on Law and Aging) y los principales expertos del país 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, encerrar la instrucción en un círculo o escribir sus deseos.

## ¿Cómo puede ayudar Cinco Deseos a usted y a su familia?

- Le permite comunicar a su familia, a sus amigos y a su médico cómo desea que lo traten cuando esté gravemente enfermo.
- Sus familiares no necesitarán adivinar lo que usted desea. Si usted llega a enfermarse de gravedad, los protege a ellos de tener que tomar decisiones difíciles sin saber qué es lo que usted desea.
- Usted puede conocer los deseos de sus padres, su cónyuge o sus amigos. Así podrá darles su apoyo cuando más lo necesiten y comprender lo que ellos realmente desean.

## ¿Cómo comenzó Cinco Deseos?

Durante 12 años, Jim Towey trabajó con la Madre Teresa, y vivió un año en un hospicio que la madre dirigía en Washington, DC. Inspirado por esta experiencia personal, el Sr. Towey buscó una forma de que los pacientes y sus familiares hicieran planes previos en caso de una enfermedad grave. El resultado fue

Cinco Deseos, y la respuesta a este documento ha sido inmensa. Cinco Deseos fue presentado en los programas de CNN y el Today Show de NBC, y también en las revistas Time y Money. Los periódicos han llamado a Cinco Deseos el primer “testamento en vida con corazón”. Hoy Cinco Deseos está disponible en 23 idiomas.

## ¿Quiénes deben utilizar Cinco Deseos?

Cinco Deseos es para todas las personas mayores de 18 años, ya sean casadas, solteras, padres de familia, hijos adultos o amigos. Más de trece millones de estadounidenses de todas las edades ya lo han usado.

Ha resultado tan eficaz que abogados, doctores, hospitales, hospicios, comunidades religiosas, empleadores y grupos de personas jubiladas manejan este documento.

## Estados en los que Cinco Deseos tiene validez legal

Si usted reside en el **Distrito de Columbia** o en uno de los **42 estados** nombrados aquí, puede utilizar Cinco Deseos y tener la tranquilidad de saber que este documento cumple ampliamente con todos los requisitos de las leyes de su estado.

Alaska	Illinois	Montana	Carolina del Sur
Arizona	Iowa	Nebraska	Dakota del Sur
Arkansas	Kentucky	Nevada	Tennessee
California	Luisiana	Nueva Jersey	Vermont
Colorado	Maine	Nuevo México	Virginia
Connecticut	Maryland	Nueva York	Washington
Delaware	Massachusetts	Carolina del Norte	Virginia Occidental
Florida	Michigan	Dakota del Norte	Wisconsin
Georgia	Minnesota	Oklahoma	Wyoming
Hawaii	Mississippi	Pennsylvania	
Idaho	Missouri	Rhode Island	

Si el estado donde usted reside no aparece entre estos 42 estados, Cinco Deseos no cumple con los requisitos técnicos de las leyes de su estado. Por ello, es posible que algunos médicos en su estado se rehúsen a cumplir lo dispuesto en el documento Cinco Deseos. Sin embargo, muchos residentes de los estados que no aparecen en la lista completan el documento Cinco Deseos, además del formulario legal de su estado. Consideran que Cinco Deseos les ayuda a expresar todo lo que desean, y es una guía útil para familiares, amigos, y médicos y los responsables de su asistencia médica. La mayoría de los médicos y los profesionales del cuidado de la salud saben que es necesario escuchar los deseos del paciente, como quiera que éstos se expresen.

## ¿Cómo puedo cambiar a Cinco Deseos?

Tal vez usted ya tiene un testamento en vida o un poder médico general para asuntos del cuidado de la salud. Si en vez de ellos desea usar 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 otro documento de voluntades anticipadas que usted tenga. Para asegurar que se use el documento correcto, haga lo siguiente:

- Destruya todas las copias de su testamento en vida o un poder médico general para el cuidado de la salud anteriores, o escriba la palabra “revocado” en letras grandes a lo largo de su documento. Si usted recibió la ayuda de un abogado para completar los documentos anteriores, infórmele que los ha revocado. **ADEMÁS**
- Avise a la persona que usted haya designado como su representante legal para decisiones del cuidado de la salud, a sus familiares y a su médico que usted completó un nuevo Cinco Deseos. Cerciórese de que conozcan sus nuevos deseos.

# DESEO 1

## La persona a quien deseo designar para que tome decisiones en mi nombre cuando yo no lo pueda hacer.

**S**i yo ya no puedo tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud, este formulario nombra a la persona que selecciono para tomar estas decisiones en mi nombre. Esta persona será mi representante legal para decisiones del cuidado de la salud (Health Care Agent) (u otro término que se use en el estado donde resida: por ejemplo, apoderado, representante o sustituto), y decidirá en mi nombre la asistencia médica que he de recibir bajo las siguientes condiciones:

- El médico que me atiende determina que ya no puedo tomar decisiones por mí mismo, Y
- Otro profesional del cuidado de la salud está de acuerdo en que esto es cierto.

Si el estado donde yo resido utiliza otro método para determinar mi incapacidad para tomar decisiones del cuidado de la salud, debe usarse dicho método.

### Selecciono como mi representante legal para las decisiones del cuidado de la salud a:

Nombre de la primera selección

Teléfono

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

En caso de que esta persona no pueda o no esté dispuesta a tomar estas decisiones en mi nombre, *O BIEN* si está divorciada o legalmente separada de mí, *O BIEN* si esta persona falleció, he designado a las siguientes personas como mis siguientes selecciones:

Nombre de la segunda selección

Nombre de la segunda selección

Dirección

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

Ciudad/Estado/Código Postal

Teléfono

Teléfono

### Selección de la persona apropiada que actúe como su representante legal para decisiones del cuidado de la salud

Escoja a una persona que lo conozca bien, le tenga aprecio y pueda tomar decisiones difíciles. Su cónyuge o un familiar tal vez no sean la mejor opción porque están demasiado involucradas emocionalmente. En ocasiones, estas personas **son** su mejor selección. Usted sabrá mejor que nadie a quién debe escoger. Seleccione a alguien que pueda hacer que se respeten sus deseos. Asimismo, escoja a una persona que resida cerca para que pueda ayudarlo cuando usted la necesite. Independientemente de que seleccione a su cónyuge, familiar o amigo como representante legal para tomar decisiones de atención de la salud, asegúrese de comunicar a esta persona lo que usted desea y de que esté de acuerdo con respetar

y cumplir dichos deseos. La persona que usted designe como representante legal para decisiones del cuidado de la salud debe **tener como mínimo 18 años o más (21 años o más si reside en el estado de Colorado) y no debe ser:**

- Su proveedor de atención médica, ni el dueño o administrador del establecimiento médico, residencial o comunitario donde lo atiendan.
- Un empleado o el cónyuge de un empleado de su proveedor de atención médica.
- Un representante o apoderado de 10 personas o más, a menos que sea su cónyuge o un familiar cercano.

Entiendo que mi representante legal para decisiones del cuidado de la salud puede tomar decisiones en mi nombre. Deseo que mi representante legal realice lo siguiente: **(Tache todo lo que no desee que realice su representante legal.)**

- Decidir en mi nombre 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 la atención para mantenerme vivo. Si el cuidado o tratamiento ya han comenzado, mi representante legal puede tomar la decisión de continuarlo o suspenderlo.
- Interpretar las instrucciones que yo haya indicado en este documento o que haya expresado en alguna ocasión, de acuerdo con la interpretación de mi representante legal de mis valores y deseos.
- Consentir en mi nombre en la admisión a una institución de residencia con ayuda, un hospital, un hospicio o una residencia de ancianos. Mi representante legal puede contratar cualquier tipo de trabajador de asistencia médica que pueda necesitar, o despedirlo de ser necesario.
- Tomar la decisión de pedir, retirar o no proporcionar tratamiento médico, incluso alimentación e hidratación artificial y cualquier otro tratamiento que me mantenga vivo.
- Revisar y autorizar la divulgación de mi expediente médico y mi expediente personal. Si fuese necesaria mi firma para obtener alguno de estos expedientes, mi representante legal puede firmar en mi nombre.
- Trasladarme a otro estado para recibir el tratamiento necesario, o para llevar a cabo mis deseos.
- Autorizar o rehusar la autorización de cualquier medicamento o tratamiento necesario para calmar el dolor.
- Empezar cualquier acción judicial que sea necesaria para llevar a cabo mis deseos.
- Donar mis órganos o tejidos según lo permita la ley.
- Solicitar Medicare, Medicaid u otros programas o beneficios de seguros médicos para mí. Mi representante legal tendrá acceso a mis expedientes personales, como documentos bancarios para obtener la información necesaria para completar los formularios de dichos programas.
- A continuación indico cualquier cambio, adición o limitación a las facultades de mi representante legal:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Si cambio de parecer en cuanto a tener un representante legal para las decisiones del cuidado de la salud haré lo siguiente:**

- Destruir todas las copias de esta sección del formulario Cinco Deseos. *O BIEN*
- Informar a alguien, como mi médico, familiares, que desee revocar o cambiar a mi representante legal para decisiones del cuidado de la salud. *O BIEN*
- Escribir la palabra “Revocado” en letras grandes sobre el nombre del representante cuya autoridad desee cancelar, y firmar esa página.

# DESEO 2

## El tipo de tratamiento médico que deseo o no deseo recibir.

Considero que mi vida es valiosa y merezco ser tratado con dignidad. Cuando llegue el momento en que me encuentre muy enfermo y no pueda expresarme yo mismo, deseo que se cumplan y respeten los siguientes deseos, así como cualquier instrucción que haya dado a mi representante legal para decisiones del cuidado de la salud.

### Lo que los responsables de mi asistencia médica deben recordar:

- No deseo sentir dolor. Deseo que el médico que me atiende me administre suficiente medicamento para aliviar el dolor, aunque esto signifique que me sienta soñoliento o que duerma más de lo que dormiría sin medicamento.
- No deseo que mis médicos o enfermeras hagan u omitan algo con el fin de ocasionar mi muerte.
- Deseo que se me ofrezcan alimentos y líquidos por vía oral y que se me mantenga limpio y abrigado.

### Lo que el “tratamiento para mantener la vida” significa para mí

El tratamiento para mantener la vida significa cualquier procedimiento médico, dispositivo o medicamento que se utilicen para mantenerme con vida. Entre éstos se incluyen: dispositivos médicos que se me coloquen para respirar; alimentación e hidratación proporcionada mediante dispositivos médicos (sonda nasogástrica); reanimación cardiopulmonar (RCP); cirugía de importancia;

transfusiones de sangre; diálisis; antibióticos y cualquier otro medio utilizado para mantenerme con vida. Si deseo limitar el significado de tratamiento para mantener la vida debido a mis creencias religiosas o personales, indico aquí estas limitaciones para que quede muy claro lo que deseo y en qué condiciones.

---

---

---

---

---

### En caso de emergencia

Si usted tiene alguna emergencia médica y le atiende el personal de la ambulancia, puede ser que ellos busquen un brazalete o un documento que indique **No reanimar**. Algunos estados requieren que este documento de **No reanimar** lo complete y lo firme un

médico. Este formulario le indica al personal de la ambulancia que usted no desea que le apliquen tratamiento para mantener la vida si está agonizante. Verifique con su médico para saber si es necesario llenar un formulario **No reanimar** para usted.

*Éste es el tipo de tratamiento médico que deseo o no deseo recibir en las cuatro situaciones aquí indicadas. Deseo que mi representante legal para decisiones del cuidado de la salud, mi familia, mis médicos y otros proveedores de atención médica, mis amigos y demás personas sepan cuáles son mis instrucciones.*

### **Fallecimiento inminente:**

Si el médico que me atiende y otro profesional del cuidado de la salud determinan que mi fallecimiento es inminente, y el tratamiento para mantener la vida sólo pospondría mi muerte (escoja *una* de las siguientes opciones):

- Deseo recibir tratamiento para mantener la vida.
- No deseo recibir tratamiento para mantener la vida. Si éste ha comenzado, deseo que se suspenda.
- Deseo recibir tratamiento para mantener la vida si mi médico opina que podría ayudar; pero deseo que mi médico suspenda este tratamiento si no alivia el problema médico ni los síntomas.

### **Estado de coma sin esperanza de despertar o de recuperarse:**

Si el médico que me atiende y otro profesional del cuidado de la salud determinan que estoy en estado de coma, y no se espera que despierte o me recupere, y existe daño cerebral, y el tratamiento para mantener la vida sólo pospondría mi fallecimiento (escoja *una* de las siguientes opciones):

- Deseo recibir tratamiento para mantener la vida.
- No deseo recibir tratamiento para mantener la vida. Si éste ha comenzado, deseo que se suspenda.
- Deseo recibir tratamiento para mantener la vida si mi médico opina que podría ayudar; pero deseo que mi médico suspenda este tratamiento si no alivia el problema médico ni los síntomas.

### **Daño cerebral grave y permanente sin esperanza de recuperación:**

Si el médico que me atiende y otro profesional del cuidado de la salud determinan que sufro daño cerebral grave y permanente (por ejemplo, puedo abrir los ojos, pero no puedo hablar ni entender) y no se espera que mejore, y el tratamiento para mantener la vida sólo pospondría mi fallecimiento (escoja *una* de las siguientes opciones):

- Deseo recibir tratamiento para mantener la vida.
- No deseo recibir tratamiento para mantener la vida. Si éste ha comenzado, deseo que se suspenda.
- Deseo recibir tratamiento para mantener la vida si mi médico opina que podría ayudar; pero deseo que mi médico suspenda este tratamiento si no alivia el problema médico ni los síntomas.

### **Otras situaciones en las que no deseo que se me mantenga con vida:**

Si existen otras situaciones en las que no deseo que se me mantenga con vida, lo indico a continuación. En estos casos, considero que los costos y lo oneroso del tratamiento para mantener la vida son mayores que el beneficio que me aportaría. Por lo tanto, en esta situación, no deseo recibir tratamiento para mantener la vida. (Por ejemplo, usted puede escribir que esto se aplicaría a la “fase terminal de una enfermedad”. Esto significa que su salud ha empeorado y usted no puede valerse por sí mismo de ninguna manera, ni mental ni físicamente, y que los tratamientos para mantener la vida no le ayudarán a recuperarse. Deje el espacio en blanco si no desea describir ninguna otra situación.)

---

---

---

---

---

*Los próximos tres deseos tienen que ver con mis deseos personales, emocionales y espirituales, y son importantes para mí. Deseo que se me trate con dignidad al acercarse el final de mi vida, y quisiera que se realice lo escrito en los Deseos 3, 4 y 5, siempre y cuando sea posible. Entiendo que quizás mi familia, mis médicos y otros proveedores de asistencia médica, mis amigos y demás personas no puedan realizar lo expresado aquí o que no están bajo ninguna obligación legal de hacerlo. No es mi intención añadir deberes legales nuevos o adicionales a mis médicos y otros proveedores de asistencia médica. Tampoco es mi intención que estos deseos sirvan de excusa para que mis médicos o demás proveedores de asistencia médica no me presten la asistencia médica apropiada que exige la ley.*

## DESEO 3

### El grado de comodidad que deseo tener.

(Tache todo aquello con lo que no esté de acuerdo.)

- No quiero sentir dolor. Deseo que mi médico me dé medicamentos suficientes para aliviar el dolor, aunque esto signifique que me sienta somnoliento o que duerma más de lo que dormiría sin medicamento.
- Si muestro síntomas de depresión, náusea, dificultad para respirar o alucinaciones, deseo que los que me atiendan hagan lo que puedan para ayudarme.
- Si padezco de fiebre, deseo que se coloque sobre la frente un paño húmedo y fresco.
- Deseo que se me mantengan humedecidos los labios y la boca para evitar la resequedad.
- Deseo que me bañen con agua tibia con frecuencia. Deseo que me mantengan fresco y limpio en todo momento.
- Deseo que me den masajes con aceites tibios tan frecuentemente como se pueda.
- Deseo escuchar mi música favorita cuando sea posible hasta el momento de mi fallecimiento.
- Deseo recibir aseo personal, como afeitarme, cortarme la uñas, cepillarme el cabello y cepillarme los dientes, siempre y cuando esto no me cause dolor ni incomodidad.
- Deseo que me lean en voz alta lecturas religiosas y poesías de mi agrado cuando se acerque el momento de mi fallecimiento.
- Deseo conocer las opciones de atención médica, emocional y espiritual que pueden brindarme los centros de cuidados paliativos a mí y a mis seres queridos.

## DESEO 4

### El trato que deseo recibir de la gente.

(Tache todo aquello con lo que no esté de acuerdo.)

- Deseo estar acompañado cuando sea posible. Deseo estar acompañado cuando el momento de mi muerte sea inminente.
- Deseo que alguien me sujete la mano y me hable cuando sea posible, aunque parezca que no reacciono a la voz o al contacto de los demás.
- Deseo que alguien esté a mi lado rezando por mí, cuando sea posible.
- Deseo que se informe a los miembros de mi comunidad religiosa que estoy enfermo, y que se les pida que oren por mí y que me visiten.
- Deseo que se me trate con amabilidad y ánimo, y no con tristeza.
- Deseo tener fotografías de mis seres queridos en mi habitación o cerca de mi cama.
- Si padezco de incontinencia fecal o urinaria, deseo que se mantenga limpia mi ropa y la de cama, 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 que mis seres queridos sepan.

(Tache todo aquello con lo que no esté de acuerdo.)

- Deseo que mi familia y mis amigos sepan que los quiero.
- Deseo que mi familia, amigos y otras personas me perdonen las veces que los haya ofendido.
- Deseo que mi familia, amigos y demás personas sepan que los perdono si alguna vez me han herido.
- Deseo que mi familia y mis amigos sepan que no le temo a la muerte, y que para mí, no significa el final, sino un nuevo comienzo.
- 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 enfermar gravemente, y que así me recuerden después de mi muerte.
- Deseo que mi familia y mis amigos, así como los que me proporcionen cuidados, respeten mis deseos aunque no estén de acuerdo con ellos.
- Deseo que mi familia y mis amigos vean en mi muerte como un momento de crecimiento personal para todos, incluso para mí. Esto le dará un sentido especial a los últimos días de mi vida.
- Deseo que mi familia y amigos busquen ayuda si tienen dificultad para aceptar mi muerte. Deseo que el recuerdo de mi vida les traiga alegría y no tristeza.
- Después de mi fallecimiento, deseo que mi cuerpo (encierre en un círculo una opción) sea enterrado o cremado.
- Mi cuerpo o mis restos deberán ser colocados en el siguiente sitio:  
\_\_\_\_\_.
- La siguiente persona sabe lo que deseo para mi funeral:  
\_\_\_\_\_.

Si alguien desea saber cómo quisiera que me recordaran, digan lo siguiente acerca de mí:

---

---

---

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

---

---

---

(En el siguiente espacio, añada otros deseos. Por ejemplo, usted puede desear donar alguna o todas las partes de su cuerpo cuando muera. También es posible que desee elegir una organización de beneficencia para que reciba donaciones en su memoria. Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel adicional.)

---

---

---

# Firma del formulario Cinco Deseos

Asegúrese de firmar su formulario Cinco Deseos en presencia de dos testigos.

Yo, \_\_\_\_\_, pido que mi familia, mis médicos y otros proveedores del cuidado de la salud, mis amigos y demás personas, cumplan con mis deseos según los he comunicado a mi representante legal para decisiones del cuidado de la salud (si ya se ha designado a alguien, y si él o ella está disponible), o de acuerdo con lo expresado en este formulario. Este documento es válido sólo cuando yo no pueda tomar decisiones por mí mismo o expresar mis deseos. Si alguna parte de este formulario no puede cumplirse legalmente, pido que se respeten todas las demás secciones de este formulario. También, revoco cualquier otro documento de voluntades anticipadas sobre atención médica que haya hecho previamente.

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Declaración de los testigos • (Se requieren 2 testigos):

Yo, el testigo, declaro que conozco a la persona que firmó o confirmó este formulario (en adelante la “persona”), que él o ella firmó o confirmó éste (formularios de representante legal para decisiones de atención a la salud y/o testamento vital) en mi presencia, y que parece estar en pleno uso de sus facultades mentales, sin sometimiento a presión, fraude o influencia indebida.

Declaro también ser mayor de 18 años de edad y que NO SOY:

- La persona nombrada en este documento como representante legal para decisiones del cuidado de la salud (ni agente, apoderado, sustituto, defensor del paciente o representante), ni su sucesor,
- El proveedor del cuidado de la salud de la persona, incluido el dueño o administrador de una institución que provee atención médica, cuidado a largo plazo u otro establecimiento de atención residencial o comunitaria que atiende a la persona,
- Un empleado del proveedor del cuidado de la salud de la persona,
- El responsable del pago de la atención médica de la persona,
- Un empleado de la compañía de seguro de vida o seguro médico de la persona,
- Un pariente consanguíneo, político o por adopción de la persona, y,
- A mi leal saber y entender, no soy un acreedor de la persona, no tengo derecho a ninguna parte de su herencia según ningún testamento ni codicilo testamentario, mediante una disposición legal.

(Algunos estados pudieran tener menos normas acerca de quién puede ser testigo. A menos que conozca la normas del estado donde reside, siga la sección anterior.)

Firma del testigo #1	Firma del testigo #2
Escriba el nombre del testigo en letra de molde	Escriba el nombre del testigo en letra de molde
Dirección	Dirección
Teléfono	Teléfono

## Autorización ante notario • Sólo se requiere para los residentes de los estados de Missouri, Carolina del Norte, Carolina del Sur y Virginia Occidental

- Si reside en Missouri, sólo su firma debe ser autorizada por un notario.
- Si reside en Carolina del Norte, Carolina del Sur o Virginia Occidental, su firma y las firmas de sus testigos deben ser autorizadas por un notario.

STATE OF \_\_\_\_\_ COUNTY OF \_\_\_\_\_

On this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, the said \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, and \_\_\_\_\_, known to me (or satisfactorily proven) to be the person named in the foregoing instrument and witnesses, respectively, personally appeared before me, a Notary Public, within and for the State and County aforesaid, and acknowledged that they freely and voluntarily executed the same for the purposes stated therein.

My Commission Expires: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notary Public

## Lo que debe hacer cuando haya completado el documento Cinco Deseos

- Asegúrese de que usted y los testigos firmen este documento, de acuerdo con las instrucciones. Sólo entonces su documento Cinco Deseos será legal y válido.
- Comuníquese sus deseos a su representante legal para decisiones del cuidado de la salud, miembros de su familia y demás encargados de su cuidado. Proporciónese copias de su documento Cinco Deseos debidamente ejecutado.
- Mantenga el original que usted firmó en un lugar específico en su hogar. NO lo deposite en una caja de seguridad. Manténgalo en un lugar accesible, de modo que alguien lo pueda encontrar cuando se necesite.
- Complete la tarjeta tamaño cartera al pie de la página. Llévela con usted en todo momento, y así otras personas sabrán donde tiene su documento Cinco Deseos.
- Hable con su médico en su próxima visita al consultorio. Déle una copia de su documento Cinco Deseos, y asegúrese de que forme parte de su expediente clínico y de que su médico entienda sus deseos y esté dispuesto a seguirlos. Pídale que comunique a otros médicos que lo atiendan que cumplan dichos deseos.
- Si usted es admitido a un hospital o residencia de ancianos, lleve una copia de su documento Cinco Deseos, y pídale que la coloquen en su expediente médico.
- Proporcione copias de mi documento Cinco Deseos propiamente ejecutado a:

---



---



---

### Los residentes de Wisconsin deben adjuntar la declaración de notificación de Wisconsin al documento Cinco Deseos.

Encontrará más información y la declaración de notificación en [www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org).

### Los residentes en instituciones de CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NUEVA YORK, DAKOTA DEL NORTE, CAROLINA DEL SUR Y VERMONT deben cumplir normas especiales de testificación.

Si usted reside en ciertas instituciones (una residencia de ancianos, institución autorizada para cuidados a largo plazo, un hogar para personas con retraso mental o discapacidades del desarrollo, o una institución de salud mental) en uno de los estados indicados arriba, quizás necesite seguir “requisitos especiales para testigos” para que el documento Cinco Deseos sea válido. Para obtener más información, póngase en contacto con la trabajadora social o la representante de los pacientes de la institución donde usted reside.

*El documento Cinco Deseos está diseñado para ayudarle a planear para su futuro. No es nuestra intención dar consejo legal. No pretende responder todas las preguntas sobre cualquier asunto que pudiera surgir. Cada persona y cada situación son distintas. Las leyes pueden cambiar en cualquier momento. Si usted tiene una pregunta o un problema específicos, pida consejo a un profesional médico o legal.*

#### Tarjeta Cinco Deseos tamaño cartera

<p><b>Important Notice to Medical Personnel:</b> I have a Five Wishes Advance Directive.</p> <p><i>Aviso importante a todo el personal médico: Yo poseo un documento Cinco Deseos de voluntades anticipadas.</i></p> <hr/> <p><b>Signature</b> <i>Firma</i></p> <hr/> <p>Please consult this document and/or my Health Care Agent in an emergency. My Agent is:</p> <p><i>En caso de emergencia, consulte este documento o hable con mi representante legal para decisiones del cuidado de la salud. Mi representante legal es:</i></p> <p>Name <i>Nombre</i></p> <hr/> <p>Address <i>Dirección</i>      City/State/Zip <i>Ciudad/Estado/Código Postal</i></p> <hr/> <p>Phone <i>Teléfono</i></p> <hr/>	<p><b>My primary care physician is:</b> <i>Mi médico de atención primaria es:</i></p> <p>Name <i>Nombre</i></p> <hr/> <p>Address <i>Dirección</i>      City/State/Zip <i>Ciudad/Estado/Código Postal</i></p> <hr/> <p>Phone <i>Teléfono</i></p> <hr/> <p><b>My document is located at:</b> <i>Mi documento se encuentra en:</i></p> <hr/> <hr/> <hr/>
---	---

Recorte la tarjeta, dóblela y lámínela para conservarla mejor.

## 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.

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



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

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.