



UNIVERSITY HOSPITAL
Newark, New Jersey



150 Bergen Street
Newark, New Jersey 07103-2425
(973) 972-4300

HEALTH CARE PROXY AND/OR ADVANCE DIRECTIVE

USE PATIENT LABEL

If I am unable to make or communicate my health care decisions, this form names the person I choose to make any and all health care decisions for me. This person will be my **HEALTH CARE PROXY** (representative, surrogate).

Name: _____ Phone: _____

Alternate: _____ Phone: _____

I believe that my life is precious and I deserve to be treated with dignity and respect. When the time comes that I am very sick and not able to speak for myself, I would like the following wishes and any other directions given to my health care proxy honored.

1. _____ I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if it means I might be drowsy or sleep more. I want to be offered food and fluids by mouth and be kept clean, warm and comfortable. Do not put me on a ventilator. *Allow a natural death.*
2. _____ My goal is to only live as long as my quality of life is acceptable to me. I do not wish my life to be artificially prolonged by *medical interventions* if:
 - a. _____ I am unconscious and not expected to recover.
 - b. _____ I have profound dementia so advanced, I cannot recognize those who love me.
 - c. _____ I am on a ventilator with little or no chance of recovery.
 - d. _____ Treatment is likely to be ineffective or is only going to prolong my dying process.
3. _____ My goal is to live as long as possible, regardless of my physical or mental condition or quality of life. I direct that all *medically appropriate* measures be provided to keep me alive.

Additional statements or comments to clarify my goals and express my wishes:

I know the above instructions are general and will have to be interpreted. I also know that other decisions about my care may have to be made; therefore I have appointed a trusted person as my **HEALTH CARE PROXY** to work with my doctor and honor my wishes.

My healthcare proxy: ☐ may ☐ may not change the treatment preferences outlined above based on their knowledge of my wishes, and changes in my condition.

Signature: _____ Date: _____ Time: _____

Witness 1: _____

Witness 2: _____



**PODER PARA TOMAR DECISIONES DE
ATENCIÓN MÉDICA Y/O DIRECTIVA AVANZADA**

USE PATIENT LABEL

En caso de no poder tomar o comunicar mis decisiones respecto a mi atención médica, el presente formulario designa a la persona que escojo para tomar todas y cada una de esas decisiones en mi nombre. Esta persona será mi **APODERADO PARA DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA** (representante, agente).

Nombre: _____ Teléfono: _____

Sustituto: _____ Teléfono: _____

Considero que mi vida es valiosa y merezco que se me trate con dignidad y respeto. Cuando llegue el momento en que esté muy enfermo(a) y no pueda hablar por mí mismo(a), desearía que se respetaran los siguientes deseos y cualquier otra indicación impartida a mi apoderado para decisiones de atención médica.

1. _____ No quiero sentir dolor. Deseo que mi médico me suministre suficiente medicina para aliviar mi dolor, incluso si esto significa que podría estar somnoliento o dormir más. Deseo que se me suministren alimentos y líquidos por vía oral y que se me mantenga aseado(a), caliente y cómodo(a). No deseo que se me conecte a un respirador. *Permitan que se produzca una muerte natural.*
2. _____ Mi meta es vivir solamente en tanto que mi calidad de vida sea aceptable para mí. No deseo que mi vida se prolongue artificialmente mediante *intervenciones médicas* si:
 - a. _____ Estoy inconsciente y no se espera que me recupere.
 - b. _____ Tengo una demencia profunda tan avanzada que no puedo reconocer a mis seres queridos.
 - c. _____ Estoy conectado(a) a un respirador con poca o ninguna posibilidad de recuperación.
 - d. _____ Es probable que el tratamiento sea ineficaz o solo prolongue el proceso de mi muerte.
3. _____ Mi meta es vivir el mayor tiempo posible, independientemente de mi condición física, mental o mi calidad de vida. Instruyo que se tomen todas las medidas *médicamente apropiadas* para mantenerme con vida.

Declaraciones o comentarios adicionales para aclarar mis metas y expresar mis deseos:

Comprendo que las instrucciones anteriores son generales y deberán ser interpretadas. También comprendo que es posible que deban tomarse otras decisiones respecto a mi atención; por lo tanto, he designado a una persona de confianza como mi **APODERADO PARA DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA** para que trabaje con mi médico y cumpla mis deseos.

Mi apoderado para decisiones de atención médica: ☐ puede ☐ no puede modificar las preferencias de tratamiento descritas anteriormente sobre la base de su conocimiento de mis deseos y cambios en mi estado.

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Testigo 1: _____

Testigo 2: _____