

SURGICAL CENTER AT MILLBURN, LLC
37 EAST WILLOW STREET
MILLBURN, NJ 07041

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS-TESTAMENTO VITAL

El 11 de enero de 1992, entró en vigencia una nueva ley en New Jersey, que dicta que todas las instalaciones de atención médica pregunten a los pacientes si tienen instrucciones anticipadas ("advance directive") o testamento vital ("living will"). En el *Surgical Center at Millburn*, incluiremos esto como parte de nuestro proceso.

Si usted tiene instrucciones anticipadas o testamento vital, sírvase traer una copia al *Surgical Center at Millburn* el día de su procedimiento.

Las instrucciones anticipadas o testamento vital son utilizadas por un individuo para indicar su decisión voluntaria e informada de aceptar, rechazar o elegir entre varias alternativas para el tratamiento médico.

Las instrucciones anticipadas o testamento vital es un documento que le permite a usted dar instrucciones escritas a las personas que se ocupan de usted, indicando el tipo de atención médica que desearía recibir o rechazar en caso de que sea incapaz de expresar estas decisiones por sí mismo.

Existen dos tipos distintos de instrucciones anticipadas:

1. Instrucciones por medio de un poder ("Proxy directive"): Es un documento en el cual un adulto competente nombra a un pariente o amigo de confianza para que tome las decisiones médicas en su nombre cuando sea incapaz de tomar esas decisiones.
2. Instrucciones escritas ("Instruction directive"): En este documento, la persona que lo escribe proporciona instrucciones escritas respecto al tipo de tratamiento médico que desea o no desea que se le haga y bajo qué circunstancias.

Hay un folleto con información sobre las instrucciones anticipadas disponible en la División de Servicios para Ancianos. Si desea recibir el folleto, haga su solicitud a:

The Division of Aging
101 South Broad Street
CN 807
Trenton, NJ 08625

¿Tiene instrucciones anticipadas o testamento vital? ___SÍ ___ NO

Tome nota de: *Por la presente autorizo al Surgical Center at Millburn para que lleve a cabo los esfuerzos máximos de estabilización en caso de que dichos esfuerzos sean necesarios y para que me transfieran a un hospital, en caso de que dicha transferencia sea necesaria.*

Firma del paciente indicando el conocimiento de lo anterior:

Fecha: _____

Hora: _____ Testigo: _____