

# CINCO DESEOS<sup>®</sup> FIVE WISHES<sup>®</sup>

## MIS DESEOS ACERCA DE:

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

2 El tipo de tratamiento médico que deseo o no deseo recibir

3 El grado de comodidad que deseo tener

4 El trato que deseo recibir de la gente

5 Lo que deseo que mis seres queridos sepan.

Nombre (en letra de molde)

print your name

Fecha de nacimiento

birthdate



# Cinco Deseos

*En la vida hay muchas situaciones que están fuera de nuestras manos. Este folleto 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.
- Un testamento en vida de Cinco Deseos le permite conocer cuáles son 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?

Jim Towey trabajó con la Madre Teresa durante 12 años, 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 vital con corazón”.

## ¿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 y amigos. Más de ocho millones de estadounidenses de todas las edades ya lo han usado. Ha resultado tan

eficaz que abogados, doctores, hospitales, centros de cuidados paliativos, 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 **40 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	Idaho	Missouri	Rhode Island
Arizona	Illinois	Montana	Carolina del Sur
Arkansas	Iowa	Nebraska	Dakota del Sur
California	Luisiana	Nueva Jersey	Tennessee
Colorado	Maine	Nuevo México	Vermont
Connecticut	Maryland	Nueva York	Virginia
Delaware	Massachusetts	Carolina del Norte	Washington
Florida	Michigan	Dakota del Norte	Virginia Occidental
Georgia	Minnesota	Oklahoma	Wisconsin
Hawaii	Mississippi	Pennsylvania	Wyoming

Si el estado donde usted reside no aparece en esta lista, significa que 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 poder médico general para el cuidado de la salud anteriores, o escriba la palabra “revoked” (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 documento Cinco Deseos. Cerciórese de que conozcan sus nuevos deseos.

# DESEO 1 — WISH 1

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

## The Person I Want To Make Health Care Decisions For Me When I Can't Make Them For Myself.

*Si 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*

*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.*

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

### Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent

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 ayudarle 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.

*If I am no longer able to make my own health care decisions, this form names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent (or other term that may be used in my state, such as proxy, representative, or surrogate). This person will make my health care choices if both of these things happen:*

- *My attending or treating doctor finds I am no longer able to make health care choices, AND*
- *Another health care professional agrees that this is true.*

*If my state has a different way of finding that I am not able to make health care choices, then my state's way should be followed.*

Choose someone who knows you very well, cares about you, and who can make difficult decisions. A spouse or family member may not be the best choice because they are too emotionally involved. Sometimes they **are** the best choice. You know best. Choose someone who is able to stand up for you so that your wishes are followed. Also, choose someone who is likely to be nearby so that they can help when you need them. Whether you choose a spouse, family member, or friend as your Health Care Agent, make sure you talk about these wishes and be sure that this person agrees to respect and follow your wishes. Your Health Care Agent should be **at least 18 years or older** (in Colorado, 21 years or older) and should **not** be:

- Your health care provider, including the owner or operator of a health or residential or community care facility serving you.
- An employee or spouse of an employee of your health care provider.
- Serving as an agent or proxy for 10 or more people unless he or she is your spouse or close relative.

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

### The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

Nombre de la primera selección *First Choice Name*

Teléfono *Phone*

Dirección *Address*

Ciudad/Estado/Código Postal *City/State/Zip*

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:

If this person is not able or willing to make these choices for me, *OR* is divorced or legally separated from me, *OR* this person has died, then these people are my next choices:

Nombre de la segunda selección *Second Choice Name*

Nombre de la segunda selección *Third Choice Name*

Dirección *Address*

Dirección *Address*

Ciudad/Estado/Código Postal *City/State/Zip*

Ciudad/Estado/Código Postal *City/State/Zip*

Teléfono *Phone*

Teléfono *Phone*

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

### If I Change My Mind About Having A Health Care Agent, I Will

- Destruir todas las copias de esta sección del formulario Cinco Deseos. *O BIEN*
  - Informar a alguien, como mi médico, familiares, que deseo revocar o cambiar a mi representante legal para decisiones del cuidado de la salud. *O BIEN*
  - Escribir la palabra “Revoked” (Revocado) en letras grandes sobre el nombre del representante cuya autoridad deseo cancelar, y firmar esa página.
- Destroy all copies of this part of the Five Wishes form. *OR*
  - Tell someone, such as my doctor or family, that I want to cancel or change my Health Care Agent. *OR*
  - Write the word “Revoked” in large letters across the name of each agent whose authority I want to cancel. Sign my name on that page.

*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.)*

*I understand that my Health Care Agent can make health care decisions for me. I want my Agent to be able to do the following: (Please cross out anything you don't want your Agent to do that is listed below.)*

- 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.
- Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, or surgery. This care or service could be to find out what my health problem is, or how to treat it. It can also include care to keep me alive. If the treatment or care has already started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped.
- Interpret any instructions I have given in this form or given in other discussions, according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values.
- Consent to admission to an assisted living facility, hospital, hospice, or nursing home for me. My Health Care Agent can hire any kind of health care worker I may need to help me or take care of me. My Agent may also fire a health care worker, if needed.
- Make the decision to request, take away or not give medical treatments, including artificially-provided food and water, and any other treatments to keep me alive.
- See and approve release of my medical records and personal files. If I need to sign my name to get any of these files, my Health Care Agent can sign it for me.
- Move me to another state to get the care I need or to carry out my wishes.
- Authorize or refuse to authorize any medication or procedure needed to help with pain.
- Take any legal action needed to carry out my wishes.
- Donate useable organs or tissues of mine as allowed by law.
- Apply for Medicare, Medicaid, or other programs or insurance benefits for me. My Health Care Agent can see my personal files, like bank records, to find out what is needed to fill out these forms.
- Listed below are any changes, additions, or limitations on my Health Care Agent's powers.

# DESEO 2 — WISH 2

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

### My Wish For The Kind Of Medical Treatment I Want Or Don't Want.

*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.*

*I believe that my life is precious and I deserve to be treated with dignity. When the time comes that I am very sick and am not able to speak for myself, I want the following wishes, and any other directions I have given to my Health Care Agent, to be respected and followed.*

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

- No deseo sentir dolor. Deseo que el médico que me atienda 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.

#### What You Should Keep In Mind As My Caregiver

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means that I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- I do not want anything done or omitted by my doctors or nurses with the intention of taking my life.
- I want to be offered food and fluids by mouth, and kept clean and warm.

#### En caso de emergencia

#### In Case Of An Emergency

Si usted tiene alguna emergencia médica y le atiende el personal de la ambulancia, puede ser que ellos busquen un brazaletes 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.

If you have a medical emergency and ambulance personnel arrive, they may look to see if you have a **Do Not Resuscitate** form or bracelet. Many states require a person to have a **Do Not Resuscitate** form filled out and signed by a doctor. This form lets ambulance personnel know that you don't want them to use life-support treatment when you are dying. Please check with your doctor to see if you need to have a **Do Not Resuscitate** form filled out.

## 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.

---

---

---

---

---

## What “Life-Support Treatment” Means To Me

Life-support treatment means any medical procedure, device or medication to keep me alive. Life-support treatment includes: medical devices put in me to help me breathe; food and water supplied by medical device (tube feeding); cardiopulmonary resuscitation (CPR); major surgery; blood transfusions; dialysis; antibiotics; and anything else meant to keep me alive. If I wish to limit the meaning of life-support treatment because of my religious or personal beliefs, I write this limitation in the space below. I do this to make very clear what I want and under what conditions.

*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.*

*Here is the kind of medical treatment that I want or don't want in the four situations listed below. I want my Health Care Agent, my family, my doctors and other health care providers, my friends and all others to know these directions.*

### 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.**  
I want to have life-support treatment.
- No deseo recibir tratamiento para mantener la vida. Si éste ha comenzado, deseo que se suspenda.**  
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- 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.**  
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

### Close to death:

If my doctor and another health care professional both decide that I am likely to die within a short period of time, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

## 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.**  
I want to have life-support treatment.
- No deseo recibir tratamiento para mantener la vida. Si éste ha comenzado, deseo que se suspenda.**  
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- 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.**  
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

## 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.**  
I want to have life-support treatment.
- No deseo recibir tratamiento para mantener la vida. Si éste ha comenzado, deseo que se suspenda.**  
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Deseo recibir tratamiento para mantener la vida si mi médico opina que podrían ayudar; pero deseo que mi médico suspenda este tratamiento si no alivia el problema médico ni los síntomas.**  
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

## In A Coma And Not Expected To Wake Up Or Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I am in a coma from which I am not expected to wake up or recover, and I have brain damage, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

## Permanent And Severe Brain Damage And Not Expected To Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I have permanent and severe brain damage, (for example, I can open my eyes, but I can not speak or understand) and I am not expected to get better, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

## 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.)

---

---

---

---

---

## In Another Condition Under Which I Do Not Wish To Be Kept Alive:

If there is another condition under which I do not wish to have life-support treatment, I describe it below. In this condition, I believe that the costs and burdens of life-support treatment are too much and not worth the benefits to me. Therefore, in this condition, I do not want life-support treatment. (For example, you may write “end-stage condition.” That means that your health has gotten worse. You are not able to take care of yourself in any way, mentally or physically. Life-support treatment will not help you recover. Please leave the space blank if you have no other condition to describe.)

*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.*

*The next three wishes deal with my personal, spiritual and emotional wishes. They are important to me. I want to be treated with dignity near the end of my life, so I would like people to do the things written in Wishes 3, 4, and 5 when they can be done. I understand that my family, my doctors and other health care providers, my friends, and others may not be able to do these things or are not required by law to do these things. I do not expect the following wishes to place new or added legal duties on my doctors or other health care providers. I also do not expect these wishes to excuse my doctor or other health care providers from giving me the proper care asked for by law.*

# DESEO 3 — WISH 3

## El grado de comodidad que deseo tener.

### My Wish For How Comfortable I Want To Be.

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

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Si muestro síntomas de depresión, náusea, dificultad para respirar o alucinaciones, deseo que los que me atiendan hagan lo que puedan para ayudarme.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my care givers to do whatever they can to help me.</li></ul>                               |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Si padezco de fiebre, deseo que se coloque sobre la frente un paño húmedo y fresco.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Deseo que se me mantengan humedecidos los labios y la boca para evitar la resequedad.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I want my lips and mouth kept moist to stop dryness.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Deseo que me bañen con agua tibia con frecuencia. Deseo que me mantengan fresco y limpio en todo momento.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Deseo que me den masajes con aceites tibios tan frecuentemente como se pueda.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to be massaged with warm oils as often as I can be.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Deseo escuchar mi música favorita cuando sea posible hasta el momento de mi fallecimiento.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have my favorite music played when possible until my time of death.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li></ul>                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have personal care like shaving, nail clipping, hair brushing, and teeth brushing, as long as they do not cause me pain or discomfort.</li></ul>                       |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Deseo que me lean en voz alta lecturas religiosas y poesías de mi agrado cuando se acerque el momento de mi fallecimiento .</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Deseo conocer las opciones de atención médica, emocional y espiritual que pueden brindarme los hospicios a mí y a mis seres queridos.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones.</li></ul>   |

# DESEO 4 — WISH 4

## El trato que deseo recibir de la gente.

### My Wish For How I Want People To Treat Me.

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

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- Deseo estar acompañado cuando sea posible. Deseo estar acompañado cuando el momento de mi muerte sea inminente.

- I wish to have people with me when possible. I want someone to be with me when it seems that death may come at any time.

- 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.

- I wish to have my hand held and to be talked to when possible, even if I don't seem to respond to the voice or touch of others.

- Deseo que alguien esté a mi lado rezando por mí, cuando sea posible.

- I wish to have others by my side praying for me when possible.

- 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.

- I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me.

- Deseo que se me trate con amabilidad y ánimo, y no con tristeza.

- I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness.

- Deseo tener fotografías de mis seres queridos en mi habitación o cerca de mi cama.

- I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed.

- 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.

- If I am not able to control my bowel or bladder functions, I wish for my clothes and bed linens to be kept clean, and for them to be changed as soon as they can be if they have been soiled.

- Deseo morir en mi hogar, siempre y cuando sea posible.

- I want to die in my home, if that can be done.

# DESEO 5 — WISH 5

**Lo que deseo que mis seres queridos sepan.**

**My Wish For What I Want My Loved Ones To Know.**

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

**(Please cross out anything that you don't agree with.)**

• Deseo que mi familia y mis amigos sepan que los quiero.

• I wish to have my family and friends know that I love them.

• Deseo que mi familia, amigos y otras personas me perdonen las veces que los haya ofendido.

• I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others.

• Deseo que mi familia, amigos y demás personas sepan que los perdono si alguna vez me han herido.

• I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life.

• 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.

• I wish for my family and friends to know that I do not fear death itself. I think it is not the end, but a new beginning for me.

• Deseo que los miembros de mi familia se reconcilien entre ellos antes de mi muerte, si es posible.

• I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can.

• Deseo que mi familia y mis amigos me recuerden como yo era antes de enfermarme gravemente, y que así me recuerden después de mi muerte.

• I wish for my family and friends to think about what I was like before I became seriously ill. I want them to remember me in this way after my death.

• Deseo que mi familia y mis amigos, así como los que me proporcionen cuidados, respeten mis deseos aunque no estén de acuerdo con ellos.

• I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them.

• Deseo que mi familia y mis amigos vean en mi muerte un momento de crecimiento personal para todos, incluso para mí. Esto le dará un sentido especial a los últimos días de mi vida.

• I wish for my family and friends to look at my dying as a time of personal growth for everyone, including me. This will help me live a meaningful life in my final days.

- 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.

- I wish for my family and friends to get counseling if they have trouble with my death. I want memories of my life to give them joy and not sorrow.

- Después de mi fallecimiento, deseo que mi cuerpo (encierre en un círculo una opción) sea enterrado o cremado.

- After my death, I would like my body to be (circle one): buried or cremated.

- Mi cuerpo o mis restos deberán ser colocados en el siguiente sitio:

\_\_\_\_\_.

- My body or remains should be put in the following location

\_\_\_\_\_.

- La siguiente persona sabe lo que deseo para mi funeral:

\_\_\_\_\_.

- The following person knows my funeral wishes:

\_\_\_\_\_.

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

*If anyone asks how I want to be remembered, please say the following about me:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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):

*If there is to be a memorial service for me, I wish for this service to include the following (list music, songs, readings or other specific requests that you have):*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(En el siguiente espacio, añada otros deseos. Por ejemplo, usted puede incluir su deseo de donar alguna o todas las partes de su cuerpo cuando muera. Si fuese necesario, adjunte una hoja de papel adicional.)

*(Please use the space below for any other wishes. For example, you may want to donate any or all parts of your body when you die. Please attach a separate sheet of paper if you need more space.)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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 *Signature*: \_\_\_\_\_

Dirección *Address*: \_\_\_\_\_

Teléfono *Phone*: \_\_\_\_\_ Fecha *Date*: \_\_\_\_\_

## 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

*(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.)*

## Signing The Five Wishes Form

*Please make sure you sign your Five Wishes form in the presence of the two witnesses.*

*I, \_\_\_\_\_, ask that my family, my doctors, and other health care providers, my friends, and all others, follow my wishes as communicated by my Health Care Agent (if I have one and he or she is available), or as otherwise expressed in this form. This form becomes valid when I am unable to make decisions or speak for myself. If any part of this form cannot be legally followed, I ask that all other parts of this form be followed. I also revoke any health care advance directives I have made before.*

## Witness Statement •

(2 witnesses needed):

I, the witness, declare that the person who signed or acknowledged this form (hereafter “person”) is personally known to me, that he/she signed or acknowledged this [Health Care Agent and/or Living Will form(s)] in my presence, and that he/she appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

I also declare that I am over 18 years of age and am NOT:

- The individual appointed as (agent/proxy/surrogate/patient advocate/representative) by this document or his/her successor,
- The person’s health care provider, including owner or operator of a health, long-term care, or other residential or community care facility serving the person,
- An employee of the person’s health care provider,
- Financially responsible for the person’s health care,
- An employee of a life or health insurance provider for the person,
- Related to the person by blood, marriage, or adoption, and,
- To the best of my knowledge, a creditor of the person or entitled to any part of his/her estate under a will or codicil, by operation of law.

*(Some states may have fewer rules about who may be a witness. Unless you know your state’s rules, please follow the above.)*

Firma del testigo #1 *Signature of Witness #1*

---

Escriba el nombre del testigo en letra de molde  
*Printed Name of Witness*

---

Dirección *Address*

---

Teléfono *Phone*

Firma del testigo #2 *Signature of Witness #2*

---

Escriba el nombre del testigo en letra de molde  
*Printed Name of Witness*

---

Dirección *Address*

---

Teléfono *Phone*

## **Autorización ante notario · Notarization ·**

Sólo se requiere para los residentes de los estados de Missouri, Carolina del Norte, Carolina del Sur y Virginia Occidental  
Only required for residents of Missouri, North Carolina, South Carolina and West Virginia.

- *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.*
- *If you live in Missouri, only your signature should be notarized.*
- *If you live in North Carolina, South Carolina or West Virginia, you should have your signature, and the signatures of your witnesses, notarized.*

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

**Los residentes de WISCONSIN deben adjuntar la declaración de notificación de WISCONSIN al documento Cinco Deseos.**

**Residents of WISCONSIN must attach the WISCONSIN notice statement to Five Wishes.**

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

More information and the notice statement are available at [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.**

**Residents of Institutions In CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA, SOUTH CAROLINA, AND VERMONT Must Follow Special Witnessing Rules.**

*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.*

*If you live in certain institutions (a nursing home, other licensed long term care facility, a home for the mentally retarded or developmentally disabled, or a mental health institution) in one of the states listed above, you may have to follow special “witnessing requirements” for your Five Wishes to be valid. For further information, please contact a social worker or patient advocate at your*

## 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.*
- *Proporcione copias de mi documento Cinco Deseos propiamente ejecutado a:*
- *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.*
- *I have given the following people copies of my completed Five Wishes:*

_____	_____
_____	_____
_____	_____

*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 algún momento. Si usted tiene una pregunta o un problema específicos, pida consejo a un profesional médico o legal.*

*Five Wishes is meant to help you plan for the future. It is not meant to give you legal advice. It does not try to answer all questions about anything that could come up. Every person is different, and every situation is different. Laws change from time to time. If you have a specific question or problem, talk to a medical or legal professional for advice.*

### Tarjeta Cinco Deseos tamaño cartera

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

*Recorte la tarjeta, dóblela y laminela para conservarla mejor.*



## Lo que la gente opina sobre Cinco Deseos:

*“Mi madre falleció hace más de un año. Nosotros sabíamos cuáles eran sus deseos porque ella tenía el testamento en vida Cinco Deseos. Cuando llegó el momento final, mi hermano y yo no tuvimos dudas de lo que teníamos que hacer. Teníamos esa tranquilidad.”*

*Cheryl K.  
Longwood, Florida*

*“Debo decir 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 los aspectos concretos de la atención médica. Yo lo he utilizado para mí y para mi esposo.”*

*Susan W.  
Flagstaff, Arizona*

*“No quiero que mis hijos tengan que tomar decisiones en mi nombre como lo he tenido que hacer yo con mi madre. Gracias por darnos un documento tan sensible y compasivo. Lo puedo completar y tener archivado para mis hijos”.*

*Diana W.  
Hanover, Illinois*

Cinco Deseos fue creado por Aging with Dignity, una organización sin fines de lucro cuya misión es ayudar a las personas a planificar y recibir la atención que desean en caso de una enfermedad grave. El documento Cinco Deseos fue elaborado gracias a una subvención de The Robert Wood Johnson Foundation.

Five Wishes was created by Aging with Dignity, a nonprofit organization with a mission to help people plan and receive the care they want in case of a serious illness. Development of Five Wishes was made possible by a grant from The Robert Wood Johnson Foundation.

## Aging with Dignity

*P.O. Box 1661  
Tallahassee, Florida 32302-1661  
www.agingwithdignity.org  
1-888-594-7437*

Las traducciones de Cinco Deseos se realizaron con el apoyo de

Translations of Five Wishes made possible through support from



**United Health Foundation<sup>SM</sup>**

servicios profesionales de traducción proporcionados por

Professional translation services provided by

## Language Services Associates

Cinco Deseos es una marca registrada de Aging with Dignity. Todos los derechos reservados. El contenido de esta publicación está protegido por los derechos de autor de Aging with Dignity. Ninguna sección de esta publicación podrá reproducirse, ni transmitirse en forma alguna, ya sea electrónica o mecánica, incluidas fotocopias, grabación o algún sistema de almacenamiento o acceso de información, sin consentimiento por escrito de Aging with Dignity. Aunque este documento contiene material que está protegido por los derechos de autor, se le permite fotocopiar el documento Cinco Deseos ya completado con el fin de proporcionarle copias a miembros de su familia, seres queridos, médicos, proveedor de atención o representante legal para decisiones del cuidado de la salud. Todas las demás reproducciones o usos del documento Cinco Deseos requieren permiso de Aging with Dignity. Aging with Dignity 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.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437

Five Wishes is a trademark of Aging with Dignity. All rights reserved. The contents of this publication are copyrighted materials of Aging with Dignity. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without written permission from Aging with Dignity. While the contents of this document are copyrighted, you are permitted to photocopy them to provide a copy of your completed Five Wishes form to your physician, care provider, Health Care Agent, family members, or other loved ones. All other reproductions or uses of Five Wishes require permission from Aging with Dignity. Aging with Dignity wishes to thank Oregon Health Decisions for contributing to the drafting of wish number two, and Kate Callahan, Charles Sabatino, and Tere Saenz for their help.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437