# FLORIDA ORTHOPAEDIC INSTITUTE SURGERY CENTER
# VOLUNTAD PREVIA PARA ATENCION MEDICA

Una instrucción de voluntad previa es un documento con testigos o una declaración oral con testigos presentes, en el que instrucciones son dadas por un individuo acerca de cómo ese individuo desea que se tomen sus decisiones médicas, en caso de que tal individuo llegara a estar incapacitado para tomar sus propias decisiones. Un testamento de vida es una forma de voluntad previa, dejando las instrucciones deseadas para tratamiento médico elegido por el individuo en caso de que él llegara a estar incapacitado para hacerlo por sí mismo. Un poder legal duradero es otra forma de voluntad previa, dejando a otra persona como representante del individuo para tomar decisiones una vez que el individuo se encuentre incapacitado de tomar sus propias decisiones. Todos los pacientes tienen el derecho a participar en sus propias decisiones médicas y a llenar y completar su voluntad previa para asegurarse de que sus deseos se lleven a cabo con relación a su tratamiento médico. Un testamento de vida, suplente de atención médica o poder legal duradero, garantiza que las decisiones de tratamiento del paciente se concederán en caso de que el paciente se encuentre incapaz de tomar tales decisiones por sí mismo. Este centro de cirugía respeta el derecho del individuo para indicar sus deseos en forma de voluntad previa**.**

Sin embargo, a diferencia de un hospital de cuidados intensivos, el centro de cirugía no realiza rutinariamente procedimientos de " alto riesgo ". La mayoría de los procedimientos en esta instalación se consideran electivos y de riesgo mínimo. Usted discutirá los detalles de su procedimiento con su médico, quien podrá responder sus preguntas, así como los riesgos potenciales, el resultado esperado y la recuperación después de su cirugía.

Por lo tanto, es nuestra política, independientemente del contenido de cualquier voluntad previa o instrucciones por parte de un suplente de atención médica o un poder legal, que en caso de que se produjera un efecto adverso durante el tratamiento de usted en esta instalación, nosotros iniciaríamos tratamiento de resucitación o cualquier otra medida necesaria para estabilizar su salud y trasladarlo a usted a un hospital de cuidados intensivos para más evaluación. Ya estando usted en el hospital de cuidados intensivos, se tomarán medidas para seguir con el tratamiento ya iniciado o para retirar el tratamiento, tales medidas se ordenarán en conformidad con sus deseos, de voluntad previa o poder duradero. Su acuerdo con nuestra política en este centro no revoca o invalida cualquier voluntad previa que usted tenga en la actualidad. Si por cualquier motivo usted está en desacuerdo con nuestra política con respecto a nuestras medidas de resucitación**,** con mucho gusto le notificaremos a su médico que usted desea programar su procedimiento en otra instalación u hospital.

Antes de usted tomar una decisión acerca de voluntades previas, puede que usted desee considerar opciones adicionales, nosotros le podemos proporcionar más información con solicitud anticipada de parte suya . Para asegurar que se realizarán las decisiones de una persona incapacitada sobre su atención médica, el estado de Florida tiene estatutos y leyes actualmente en pie en cuanto a la voluntad previa del individuo. Los estatutos de Florida y las leyes estatales pueden encontrarse por vía electrónica del internet o en su biblioteca local.

Si usted tiene instrucciones sobre su voluntad previa, testamento de vida, o poder legal duradero, favor proporcionr una copia de ese documento a nuestro centro para incorporar esa información en su registro médico.

[] **SÍ**, tengo voluntad previa, testamento de vida o poder legal.
[] **NO**, no tengo instrucciones de voluntad previa**,** testamento de vida o poder legal.
Acepto la política de Florida Orthopaedic Institute Surgery Center en materia de voluntades previas.

_____

(Firma del paciente, tutor legal o designado) (Fecha)

_____

(Nombre impreso)
Si es firmado por alguien que no sea el paciente, por favor, márque su parentesco o relación con el paciente.
[] Padre o Madre/ Tutor Legal
[] Suplente de Atención Médica/Poder Legal