



# Animando Conversaciones al Final de la Vida

Una Perspectiva Católica Sobre las Directivas Anticipadas  
por la Conferencia Católica de Illinois



## Introducción

Este folleto proporciona una guía general para la creación de un plan de atención de la salud. Un plan de salud da a sus seres queridos determinados roles en la toma de decisiones. Ayuda a guiarlos en la toma de esas decisiones por usted cuando usted no puede. Este folleto también discute algunas pautas morales que ayudan a medida que usted crea su plan de salud. Además, este folleto se centra en cómo elegir a quienes tomarán decisiones por usted y a darles la autoridad para hablar en su nombre. Por último, este folleto proporciona información general sobre las Directivas Anticipadas en Illinois. Esos son los documentos legales que conforman su plan de salud.

## Cómo Utilizar Este Folleto

Usted debe completar una directiva anticipada mientras se encuentra en buen estado de salud. Después de leer este folleto, llene el Poder Notarial Duradero para el Cuidado Médico en Illinois sugerido y anexo, y entregue una copia a los miembros de la familia, su abogado y su

doctor. El formulario deberá ser llenado en inglés para que sus médicos y centro de atención médica puedan entender lo que usted quiere. Las traducciones del formulario al español y polaco se pueden encontrar en nuestra página web ([www.ilcatholic.org](http://www.ilcatholic.org), bajo "Publicaciones") sólo para fines informativos.

## ¿Por qué necesitamos los planes de salud, sobre todo al final de nuestras vidas?

La medicina moderna a menudo hace que sea posible extender la duración de nuestra vida física. Sin embargo, en algunos casos, lo que es médicamente posible no es moralmente apropiado. Cada uno de nosotros tiene que pensar y hablar sobre nuestros objetivos de vida con nuestros médicos, sacerdotes y seres queridos – mucho antes de que se necesite dicha atención médica. Además, cada uno de nosotros debe estar familiarizado con los principios morales católicos sobre la muerte y el morir mientras nos preparamos para nuestra transición a la vida eterna con Dios.

Los planes de salud son documentos legales llamados Directivas Anticipadas. Usted puede utilizar las Directivas Anticipadas para indicar qué tratamientos médicos quiere o no quiere a medida que envejece, o si usted tiene un accidente. Estas Directivas Anticipadas también le permiten designar a una persona de confianza – un apoderado – para llevar a cabo sus deseos. Si usted tiene más de 18 años y es capaz de tomar sus propias decisiones, puede completar una o más Directivas Anticipadas.

En primer lugar, vamos a compartir algunas pautas morales. Luego veremos las Directivas Anticipadas en Illinois.

## ¿Qué principios Católicos guían las Directivas Anticipadas y su cuidado?

Una guía católica explica los principios morales claves que pueden ayudar a formar su plan de cuidado de la salud. Se llama las Directivas Éticas y Religiosas para los Servicios Médicos Católicos, o ERDs [por sus siglas en inglés] para abreviar. Los servicios de salud católicos, como los hospitales, tienen copias de las ERDs. También se pueden encontrar en línea en [www.usccb.org/about/doctrine/ethical-and-religious-directives](http://www.usccb.org/about/doctrine/ethical-and-religious-directives). Mientras se prepara sus Directivas Anticipadas, considere la posibilidad de solicitar la orientación de su párroco.

Éstos son algunos de esos principios rectores:

- La Biblia enseña que nuestra vida humana es un don sagrado de Dios. Debemos protegerla. Nunca debemos intencionalmente y directamente utilizar o evitar un procedimiento, dispositivo o medicamento para rechazar ese regalo y causar la muerte de cualquier persona.
- Al mismo tiempo, no estamos obligados a someternos o evitar todos los tratamientos para preservar la vida.
- Como creyentes en el misterio de la resurrección, sabemos que nuestra vida actual no es todo lo que hay. Es moralmente permisible decir “No” a una intervención médica que no ofrece un beneficio razonable o impone una carga o gasto excesivos en nosotros, nuestra familia o nuestra comunidad. La muerte es un comienzo, no un fin.
- Cada persona tiene dos derechos básicos respecto a la atención médica y el tratamiento: (1) el derecho a ser informado de forma clara y precisa acerca de un curso de tratamiento propuesto, incluyendo sus riesgos, beneficios, costos y alternativas; y (2) el derecho a decidir si recibir o no recibir atención moralmente razonable.

Estas son algunas de las cuestiones adicionales a tener en cuenta, como se indica en las ERDs. Para su referencia, la ERD específica es señalada entre paréntesis y mencionada al final de esta sección.

- **Considerar a toda la persona.** El bienestar de toda la persona debe ser tenido en cuenta. (ERD no. 33)
- **Permitir preparación para la muerte.** Las personas en peligro de muerte como los avanzados de edad o enfermos terminales necesitan información para ayudarles a entender su condición. Ellos deben hablar sobre su plan con sus familiares, así como los proveedores de atención como médicos y sacerdotes. (ERD no. 55)
- **Medios necesarios razonables deben ser usados.** A tiene la obligación moral de utilizar ordinaria – conocido como proporcionales – tratamientos con una esperanza razonable para preservar la vida. (ERD no. 56)



- **Los medios no razonables no tienen que ser utilizados.** Una persona puede renunciar a medios de preservar la vida que sean extraordinarios, claramente inútiles, o agobiantes – conocidos como desproporcionados. Esto es cierto si estos medios no pueden razonablemente llegar a su objetivo o imponen cargas físicas, económicas o emocionales para el paciente o para otros. (ERD no. 57)
- **Alimentos y agua – conocidos como la alimentación e hidratación – generalmente deberán ser proveídos, pero algunas veces son opcionales.** La nutrición y/o hidratación medicamente asistida se convierte(n) en opcional moralmente cuando no se puede esperar razonablemente que ella/ellas prolongue(n) la vida o cuando ella/ellas sean excesivamente gravosa(s), sea(n) inútil(es) para usted, o pueda(n) causar molestias físicas, tales como vómitos intratables o acumulación de líquido. (ERD no. 58)
- **La eutanasia y el suicidio asistido no son permisibles.** La intención y el esfuerzo para matar directamente siempre serán

malos. La eutanasia o el suicidio asistido nunca deben ser tolerados o alentados de ninguna manera. (ERD no. 60)

- **Aliviar el dolor.** Los pacientes deben mantenerse libre de dolor tanto como sea posible a fin de que puedan morir cómodamente y con dignidad. El manejo eficaz del dolor en todas sus formas es fundamental en el cuidado apropiado de los moribundos. El hospicio patrocinado por lo católico y los médicos y enfermeros de cuidados paliativos pueden ayudar. (ERD no. 61)
- **Lugar para morir.** En la medida en que sea razonable, usted debería ser capaz de morir en el lugar donde desee, y recibir el respeto, así como el cuidado apropiado de sus seres queridos y los profesionales médicos como médicos, enfermeras de cuidados paliativos y capellanes. (ERD no. 61)
- **Proporcionar cuidado y apoyo con amor.** Cuando se espera la muerte, los más cercanos al paciente deben ofrecer respeto, amor y apoyo. (ERD, Introducción a la Parte V)

Ahora, vamos a discutir las formas de Directivas Anticipadas en Illinois. Usted puede utilizar éstos para expresar principios de orientación católica para sus opciones de atención en muchos entornos y situaciones.

## Directivas Anticipadas en Illinois

Hay cuatro tipos de Directivas Anticipadas en Illinois:

1. **Poder Notarial Duradero para el Cuidado Médico.** En este documento usted autoriza a una persona (llamada su apoderado) para tomar decisiones de atención médica por usted. Su documento puede guiar a su apoderado con respecto al cuidado de la salud en general, así como las decisiones de fin de vida hechas en su representación. El Poder Notarial para el Cuidado Médico es la Directiva Anticipada preferida para usar.
2. **Testamento Vital.** Un testamento vital es una declaración escrita en presencia de testigos de sus decisiones con respecto a los procedimientos para retrasar la muerte si usted tiene una condición terminal y está muriendo de forma inminente. Un testamento vital se dirige a un conjunto muy limitado de

circunstancias. No se refiere a la variedad de situaciones de cuidado de la salud que pueden ocurrir.

3. **Órdenes del Médico para Tratamiento que Sostiene la Vida (Illinois POLST)**, por sus siglas en inglés). Este documento es una orden médica que el personal de emergencia y otros profesionales de la salud siguen en general, sobre sus preferencias de tratamiento. Esto incluye las preferencias durante una crisis de salud como un ataque al corazón. Se necesita un médico o un profesional de la salud autorizado para ayudar con esta forma. Este formulario es para individuos gravemente enfermos. No es para todos.
4. **Declaración para Tratamiento de Salud Mental.** Esta Directiva Anticipada es para las personas que deseen dar a conocer sus decisiones o las preferencias relacionadas con el tratamiento de la salud mental. Esto le permite a quien tome las decisiones por usted a tomar decisiones de atención de salud mental limitada. Esto incluiría la admisión a corto plazo a un centro de salud mental (hasta por 17 días).

### **¿Por qué es importante un Poder Notarial Duradero para la Atención Médica?**

- Se le permite nombrar a una persona de confianza (un apoderado) para poner adelante sus deseos si usted no es capaz. Muchas veces se trata de un cónyuge, hijo adulto o un hermano o hermana. Puede ser un amigo.
- Ayuda a asegurarse de que usted sólo reciba el tratamiento médicamente apropiado necesario y no tratamientos innecesarios.
- Guía a quienes toman decisiones difíciles en su nombre, y asegura que ellos estén ayudando a satisfacer sus necesidades y llevando a cabo sus deseos.
- Puede utilizar guías morales de acuerdo con la doctrina católica para dirigir su atención al cuidado de su final de vida.

## ¿Qué hace un buen apoderado?

- Su apoderado debe ser alguien dispuesto y capaz de entender las opciones médicas razonables y tomar decisiones por usted, como usted lo haría si pudiera.
- Su apoderado debe ser alguien que usted sepa que actuará de manera razonable, de buena fe y para su beneficio.
- Su apoderado debe ser alguien que lo conoce bien a usted – alguien que sabe lo que es más importante para usted; lo importante que es para usted el evitar dolor y sufrimiento; y si usted prefiere estar en casa o en una institución durante los últimos días o semanas de su vida como lo permitan las circunstancias.
- Su apoderado debe estar de acuerdo en respetar sus deseos expresados en sus Directiva Anticipada. Su apoderado debe respetar y estar dispuestos a defender sus preferencias y solicitudes razonables.
- Su apoderado debe querer saber que sus decisiones por usted reflejen sus deseos para decisiones médicas apropiadas.
- Lo ideal sería que su apoderado viva cerca de usted y esté disponibles para usted, sus médicos y su equipo de salud.
- Su apoderado debe estar dispuesto a participar. Esto podría incluir estar presente en caso de hospitalización. De acuerdo a como cualquier enfermedad grave progresa, su apoderado debe estar razonablemente disponible para reunirse con su médico para discutir su condición y sus opciones de tratamiento.

## ¿Cómo sabrá mi apoderado qué hacer?

Debe haber tres etapas en el proceso de toma de decisiones:

1. Si usted ha manifestado claramente sus intenciones en la Directiva Anticipada, y la has compartido con el apoderado, su apoderado debe seguir sus decisiones, siempre que estén de acuerdo con las obligaciones legales, principios morales católicos, la atención médica razonable y su propia conciencia.



2. Si usted no ha establecido claramente sus decisiones acerca de una situación en particular, su apoderado debe tratar de “ponerse en sus zapatos” y de tomar decisiones razonables que usted haría, si pudiera, en diálogo con su médico.
3. Cuando sus deseos no son conocidos, su apoderado debe actuar en sus “mejores intereses.” Lo que podría estar en el “mejor interés” de una persona puede no estar en el “mejor interés” de otra. Por lo tanto, es importante que dé a conocer sus preferencias en una Directiva Anticipada.

### ¿Qué pasa si no nombro un apoderado en una Directiva Anticipada?

Si no hay nadie disponible, su médico, enfermeros y otros profesionales de la salud le pedirán a un albacea designado por la corte, amigos cercanos o miembros de su familia que tomen decisiones por usted. La ley sobre sustitutos para la toma de decisiones sobre atención médica en Illinois (Illinois Health Care Surrogate Act) identifica a los individuos – o a un grupo, como todos sus hijos adultos – que hablarán por usted.

Esta persona que tome decisiones podría no ser la persona o personas que usted hubiera elegido, podría no conocer sus preferencias para el cuidado de la salud, y podría no conocerlo a usted. Si un grupo de personas – como sus hijos mayores de edad – se identifican, ellos podrían no estar de acuerdo sobre su cuidado. Por lo tanto, es importante que elija a través de un Poder Notarial Duradero para la Atención Médica a quien usted desee.

### ¿Qué pasa si estoy solo?

A veces usted no tiene una persona de confianza para nombrar como su apoderado, o su apoderado o sustituto, no puede ser localizado, o un albacea aún no ha sido nombrado. Entonces, es especialmente importante que hable con su médico y otros profesionales de la salud cuando usted esté en capacidad de hacerlo. Juntos pueden crear una guía escrita sobre lo que usted quiere o no quiere. De esa manera, si alguna vez está en estado crítico, no puede expresar sus propios deseos y otra persona que tome decisiones no esté disponible, ellos sabrán sus pensamientos sobre estos temas. Hay que dejar constancia en su expediente médico.



## ¿Dónde puedo obtener un formulario para un Poder Notarial Duradero para la Atención Médica?

Se incluye en este folleto el formulario para el Poder Notarial Duradero para la Atención Médica en Illinois con Instrucciones Opcionales Sugeridas. Estas instrucciones sugeridas reflejan la orientación ética dada anteriormente. Usted puede usar este formulario o pedirle a su abogado que incluya las Instrucciones Opcionales Sugeridas en cualquier poder notarial para la atención médica preparado para usted. Entregue una copia a los miembros de la familia, su abogado y su doctor. Usted también puede encontrar el formulario para el Poder Notarial Duradero para la Atención Médica en Illinois con Instrucciones Opcionales Sugeridas en nuestra página web, [www.ilcatholic.org](http://www.ilcatholic.org). Diríjase a "Multimedia" y luego a "Publicaciones."

Además, los cuatro tipos de directivas anticipadas en Illinois se pueden encontrar en la página web del Departamento de Salud Pública de Illinois al [www.dph.illinois.gov](http://www.dph.illinois.gov).

## Glosario de términos

- Paciente:** La persona que está completando una Directiva Anticipada – preferiblemente, el Poder Notarial Duradero para la Atención Médica. El formulario llama al paciente el “principal.”
- Apoderado:** La persona designada por usted bajo su Poder Notarial Duradero para la Atención Médica para tomar decisiones de atención médica por usted.
- Sustituto:** Las personas que determine la ley sobre sustitutos para la toma de decisiones sobre atención médica en Illinois para tomar decisiones de atención médica por usted si usted es incapaz de tomar tales decisiones por sí mismo y no ha nombrado a un apoderado bajo un Poder Notarial Duradero para la Atención Médica.
- Albacea:** La persona designada por la corte estatal para tomar decisiones de atención médica por usted si usted es incapaz de tomar tales decisiones por sí mismo.

## ERD Citadas en Este Folleto

**ERD no. 33:** “El bienestar de toda la persona debe tenerse en cuenta al decidir sobre cualquier intervención terapéutica o el uso de la tecnología. Los procedimientos terapéuticos que puedan causar daño o efectos secundarios indeseables sólo pueden estar justificados por un beneficio proporcional para el paciente.”

**ERD no. 55:** “... Las personas en peligro de muerte deben ser proporcionadas con información que sea necesaria para ayudarles a entender su condición y tener la oportunidad de discutir su condición con los miembros de su familia y proveedores de cuidado. También se les debe ofrecer la adecuada información médica que les permitirá hacer frente a las opciones morales legítimas disponibles para ellos. Se les debe proporcionar el apoyo espiritual, así como la oportunidad de recibir los sacramentos con el fin de prepararse bien para la muerte.”

**ERD no. 56:** “Una persona tiene la obligación moral de utilizar medios ordinarios o proporcionales para la conservación de su vida. Los medios proporcionales son los que a juicio del paciente, ofrecen una esperanza razonable de beneficio y no implican una carga excesiva o imponen gastos excesivos a la familia o a la comunidad.”

**ERD no. 57:** "Una persona puede renunciar a los medios extraordinarios o desproporcionados para preservar la vida. Los medios desproporcionados son aquellos que a juicio del paciente no ofrecen una esperanza razonable de beneficio o implican una carga excesiva, o imponer gastos excesivos a la familia o a la comunidad."

**ERD no. 58:** "En principio, existe la obligación de proporcionar a los pacientes con la alimentación y el agua, incluyendo la nutrición e hidratación médicamente asistidas para aquellos que no pueden tomar alimentos por la vía oral. Esta obligación se extiende a los pacientes en condiciones crónicas y presumiblemente irreversibles (por ejemplo, el 'estado vegetativo persistente') que se puede razonablemente esperar que vivan indefinidamente si se les da esa atención. La nutrición e hidratación asistidas médicamente se han vuelto moralmente opcionales cuando razonablemente no se puede esperar que prolonguen la vida o cuando podrían ser 'excesivamente gravosas para el paciente o [podrían] causar una notable molestia física, por ejemplo, como resultado de complicaciones en el uso de los medios empleados.' Por ejemplo, en un paciente que se acerca a la muerte inevitable por una enfermedad progresiva y fatal subyacente, ciertas medidas para proporcionar nutrición e hidratación pueden llegar a ser excesivamente gravosas y por lo tanto no son obligatorias a la luz de su capacidad muy limitada para prolongar la vida o proporcionar comodidad."

**ERD no. 60:** "La eutanasia es una acción u omisión que por sí misma o intencionalmente causa la muerte fin de aliviar el sufrimiento. ... Los pacientes moribundos que soliciten la eutanasia deben recibir cuidado amoroso, apoyo psicológico y espiritual, y remedios apropiados para el dolor y otros síntomas para que puedan vivir con dignidad hasta el momento de la muerte natural."

**ERD no. 61:** "Los pacientes deben estar libres de dolor tanto como sea posible a fin de que puedan morir cómodamente y con dignidad, y en el lugar donde deseen morir. Puesto que una persona tiene derecho a prepararse para su muerte en plena conciencia, él o ella no deben ser privados de la conciencia sin una razón de peso. Las medicinas capaces de aliviar o suprimir el dolor se pueden dar a una persona que está muriendo, incluso si esta terapia puede indirectamente acortar la vida de la persona, siempre que la intención no sea acelerar la muerte."

**ERD, Introducción a la Parte V:** Cuando alguien se enfrenta a la realidad de la muerte, aquellos más cercanos al paciente deben ayudar a proporcionar una comunidad de respeto, amor y apoyo. "Lo que a menudo es más difícil de enfrentar es el proceso de la muerte en sí, sobre



todo la dependencia, la impotencia y el dolor que tan frecuentemente acompañan a la enfermedad terminal. Uno de los propósitos principales de la medicina en el cuidado a los moribundos es el alivio del dolor y el sufrimiento causado por el mismo. El manejo efectivo del dolor en todas sus formas es fundamental en el cuidado adecuado del agonizante.”

**Nota:** Este folleto tiene como objetivo proporcionar información general sobre la enseñanza católica y el proceso de toma de decisiones de Illinois para la salud. No proporciona asesoramiento legal. Para obtener asesoría legal precisa, por favor consulte a un abogado. Si tiene alguna pregunta sobre los aspectos médicos de sus opciones de tratamiento como las cargas, la longitud de la atención u otras preocupaciones, por favor hable con su médico. Si tiene alguna pregunta sobre los aspectos morales, por favor, póngase en contacto con su párroco.

La forma suministrada en este folleto está en inglés. Recomendamos llenar el formulario en inglés para asegurar que sus deseos serán comprendidos y respetados por su médico, familia y amigos. Una traducción al español del formulario se puede encontrar en [www.ilcatholic.org](http://www.ilcatholic.org) (bajo “ Publicaciones”) sólo para fines informativos.

# ILLINOIS STATUTORY SHORT FORM POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

## Notice to the Individual Signing the Illinois Power of Attorney for Health Care

No one can predict when a serious illness or accident might occur. When it does, you may need someone else to speak or make health care decisions for you. If you plan now, you can increase the chances that the medical treatment you get will be the treatment you want.

In Illinois, you can choose someone to be your “health care agent.” Your agent is the person you trust to make health care decisions for you if you are unable or do not want to make them yourself. These decisions should be based on your personal values and wishes. It is important to put your choice of agent in writing. The written form is often called an “advance directive.” You may use this form or another form, as long as it meets the legal requirements of Illinois. There are many written and online resources to guide you and your loved ones in having a conversation about these issues. You may find it helpful to look at these resources while thinking about and discussing your advance directive.

### **What are the things I want my health care agent to know?**

The selection of your agent should be considered carefully, as your agent will have the ultimate decision making authority once this document goes into effect, in most instances after you are no longer able to make your own decisions. While the goal is for your agent to make decisions in keeping with your preferences and in the majority of circumstances that is what happens, please know that the law does allow your agent to make decisions to direct or refuse health care interventions or withdraw treatment. Your agent will need to think about conversations you have had, your personality, and how you handled important health care issues in the past. Therefore, it is important to talk with your agent and your family about such things as:

- (i) What is most important to you in your life?
- (ii) How important is it to you to avoid pain and suffering?
- (iii) If you had to choose, is it more important to you to live as long as possible, or to avoid prolonged suffering or disability?
- (iv) Would you rather be at home or in a hospital for the last days or weeks of your life?
- (v) Do you have religious, spiritual, or cultural beliefs that you want your agent and others to consider?
- (vi) Do you wish to make a significant contribution to medical science after your death through organ or whole body donation?

- (vii) Do you have an existing advanced directive, such as a living will, that contains your specific wishes about health care that is only delaying your death?

If you have another advance directive, make sure to discuss with your agent the directive and the treatment decisions contained within that outline your preferences. Make sure that your agent agrees to honor the wishes expressed in your advance directive.

### **What kind of decisions can my agent make?**

If there is ever a period of time when your physician determines that you cannot make your own health care decisions, or if you do not want to make your own decisions, some of the decisions your agent could make are to:

- (i) talk with physicians and other health care providers about your condition;
- (ii) see medical records and approve who else can see them;
- (iii) give permission for medical tests, medicines, surgery, or other treatments;
- (iv) choose where you receive care and which physicians and others provide it;
- (v) decide to accept, withdraw, or decline treatments designed to keep you alive if you are near death or not likely to recover. You may choose to include guidelines and/or restrictions to your agent's authority;
- (vi) agree or decline to donate your organs or your whole body if you have not already made this decision yourself. This could include donation for transplant, research, and/or education. You should let your agent know whether you are registered as a donor in the First Person Consent registry maintained by the Illinois Secretary of State or whether you have agreed to donate your whole body for medical research and/or education;
- (vii) decide what to do with your remains after you have died, if you have not already made plans;
- (viii) talk with your other loved ones to help come to a decision (but your designated agent will have the final say over your other loved ones).

Your agent is not automatically responsible for your health care expenses.

### **Whom should I choose to be my health care agent?**

You can pick a family member, but you do not have to. Your agent will have the responsibility to make medical treatment decisions, even if other people close to

you might urge a different decision. The selection of your agent should be done carefully, as he or she will have ultimate decision-making authority for your treatment decisions once you are no longer able to voice your preferences. Choose a family member, friend, or other person who:

- (i) is at least 18 years old;
- (ii) knows you well;
- (iii) you trust to do what is best for you and is willing to carry out your wishes, even if he or she may not agree with your wishes;
- (iv) would be comfortable talking with and questioning your physicians and other health care providers;
- (v) would not be too upset to carry out your wishes if you became very sick; and
- (vi) can be there for you when you need it and is willing to accept this important role.

### **What if my agent is not available or is unwilling to make decisions for me?**

If the person who is your first choice is unable to carry out this role, then the second agent you chose will make the decisions; if your second agent is not available, then the third agent you chose will make the decisions. The second and third agents are called your successor agents and they function as back-up agents to your first choice agent and may act only one at a time and in the order you list them.

### **What will happen if I do not choose a health care agent?**

If you become unable to make your own health care decisions and have not named an agent in writing, your physician and other health care providers will ask a family member, friend, or guardian to make decisions for you. In Illinois, a law directs which of these individuals will be consulted. In that law, each of these individuals is called a “surrogate.” There are reasons why you may want to name an agent rather than rely on a surrogate:

- (i) The person or people listed by this law may not be who you would want to make decisions for you;
- (ii) Some family members or friends might not be able or willing to make decisions as you would want them to;
- (iii) Family members and friends may disagree with one another about the best decisions;
- (iv) Under some circumstances, a surrogate may not be able to make the same kinds of decisions that an agent can make.



## **What if there is no one available whom I trust to be my agent?**

In this situation, it is especially important to talk to your physician and other health care providers and create written guidance about what you want or do not want, in case you are ever critically ill and cannot express your own wishes. You can complete a living will. You can also write your wishes down and/or discuss them with your physician or other health care provider and ask him or her to write it down in your chart. You might also want to use written or online resources to guide you through this process.

## **What do I do with this form once I complete it?**

Follow these instructions after you have completed the form:

- (i) Sign the form in front of a witness. See the form for a list of who can and cannot witness it;
- (ii) Ask the witness to sign it, too;
- (iii) There is no need to have the form notarized;
- (iv) Give a copy to your agent and to each of your successor agents;
- (v) Give another copy to your physician;
- (vi) Take a copy with you when you go to the hospital;
- (vii) Show it to your family and friends and others who care for you.

## **What if I change my mind?**

You may change your mind at any time. If you do, tell someone who is at least 18 years old that you have changed your mind, and/or destroy your document and any copies. If you wish, fill out a new form and make sure everyone you gave the old form to has a copy of the new one, including, but not limited to, your agents and your physicians.

## **What if I do not want to use this form?**

In the event you do not want to use the Illinois statutory form provided here, any document you complete must be executed by you, designate an agent who is over 18 years of age and not prohibited from serving as your agent, and state the agent's powers, but it need not be witnessed or conform in any other respect to the statutory health care power.

If you have questions about the use of any form, you may want to consult your physician, other health care provider, and/or an attorney.

\_\_\_\_\_ (Principal's initials)

**MY POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE**

THIS POWER OF ATTORNEY REVOKES ALL MY PREVIOUS POWERS OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE. *(You must sign this form and a witness must also sign it before it is valid.)*

My name (print your full name): \_\_\_\_\_

My address: \_\_\_\_\_

**MY HEALTH CARE AGENT:** I WANT THE FOLLOWING PERSON TO BE MY HEALTH CARE AGENT (An agent is your personal representative under state and federal law):

Agent name: \_\_\_\_\_

Agent address: \_\_\_\_\_

Agent phone number: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ (Please check box if applicable) If a guardian of my person is to be appointed, I nominate the agent acting under this power of attorney as guardian.

**MY SUCCESSOR HEALTH CARE AGENT(S) (optional):** If the agent I selected is unable or does not want to make health care decisions for me, then I request the person(s) I name below to be my successor health care agent(s). Only one person at a time can serve as my agent (add another page if you want to add more successor agent names).

Successor Agent #1 name: \_\_\_\_\_

Successor Agent #1 address: \_\_\_\_\_

Successor Agent #1 phone number: \_\_\_\_\_

Successor Agent #2 name: \_\_\_\_\_

Successor Agent #2 address: \_\_\_\_\_

Successor Agent #2 phone number: \_\_\_\_\_

**MY AGENT’S DECISION-MAKING AUTHORITY: MY AGENT CAN MAKE HEALTH CARE DECISIONS FOR ME, INCLUDING:**

- (i) Deciding to accept, withdraw or decline treatment for any physical or mental condition of mine, including life-and-death decisions;
- (ii) Agreeing to admit me to or discharge me from any hospital, home, or other institution, including a mental health facility;
- (iii) Having complete access to my medical and mental health records, and sharing them with others as needed, including after I die;
- (iv) Carrying out the plans I have already made, or, if I have not done so, making decisions about my body or remains, including organ, tissue or whole body donation, autopsy, cremation, and burial.

The above grant of power is intended to be as broad as possible so that my agent will have the authority to make any decision I could make to obtain or terminate any type of health care, including withdrawal of nutrition and hydration and other life-sustaining measures.

I AUTHORIZE MY AGENT TO *(please place your initials on any one line below)*:

\_\_\_\_\_ Make decisions for me only when I cannot make them for myself. The physician(s) taking care of me will determine when I lack this ability. (If no box is initialed, then the box above shall be implemented.)

OR

\_\_\_\_\_ Make decisions for me only when I cannot make them for myself. The physician(s) taking care of me will determine when I lack this ability. Starting now, for the purpose of assisting me with my health care plans and decisions, my agent shall have complete access to my medical and mental health records, the authority to share them with others as needed, and the complete ability to communicate with my personal physician(s) and other health care providers, including the ability to require an opinion of my physician as to whether I lack the ability to make decisions for myself.

OR

\_\_\_\_\_ Make decisions for me starting now and continuing after I am no longer able to make them for myself. While I am still able to make my own decisions, I can still do so if I want to.

**MY LIFE-SUSTAINING TREATMENT:** The subject of life-sustaining treatment is of particular importance. Life-sustaining treatments may include tube feedings or fluids through a tube, breathing machines, and CPR. In general, in making decisions concerning life-sustaining treatment, your agent is instructed to consider the relief of suffering, the quality as well as the possible extension of your life, and your previously expressed wishes. Your agent will weigh the burdens versus benefits of proposed treatments in making decisions on your behalf.

Additional statements concerning the withholding or removal of life-sustaining treatment are described below. These can serve as a guide for your agent when making decisions for you. Ask your physician or health care provider if you have any questions about these statements.

SELECT ONLY ONE STATEMENT BELOW THAT BEST EXPRESSES YOUR WISHES (optional):

\_\_\_\_\_ *(This statement is based on the teachings and traditions of the Catholic Church and is suggested as an alternative to the two statements below.)* In general, I want means to sustain my life, including treatments which are not excessively burdensome or ineffective; however, I do not want treatment if the burdens associated with it outweigh the expected benefits or if the treatment would be ineffective. I want my agent to consider the relief of suffering and the burdens associated with treatment(s) when considering starting, withdrawing and/or withholding any type of treatment.

OR

\_\_\_\_\_ The quality of my life is more important than the length of my life. If I am unconscious and my attending physician believes, in accordance with reasonable medical standards, that I will not wake up or recover my ability to think, communicate with my family and friends, and experience my surroundings, I do not want treatments to prolong my life or delay my death, but I do want treatment or care to make me comfortable and to relieve me of pain.

OR

\_\_\_\_\_ Staying alive is more important to me, no matter how sick I am, how much I am suffering, the cost of the procedures, or how unlikely my chances for recovery are. I want my life to be prolonged to the greatest extent possible in accordance with reasonable medical standards.

**SPECIFIC LIMITATIONS TO MY AGENT’S DECISION-MAKING AUTHORITY:** The above grant of power is intended to be as broad as possible so that your agent will have the authority to make any decision you could make to obtain or terminate any type of health care. If you wish to limit the scope of your agent’s powers or prescribe special rules or limit the power to authorize autopsy or dispose of remains, you may do so specifically in this form.

*(The following are optional statements based on the teachings and traditions of the Catholic Church. Under the law, you may include any one or more of the following statements in your power of attorney for health care by placing your initials on the line appearing before the statement(s). Statements that are not initialed will not be effective.)*

- A. \_\_\_\_\_ **Fidelity to Catholic Teaching.** I intend the instructions in this form to be consistent with the teachings of the Roman Catholic Church.
  
- B. \_\_\_\_\_ **Statement of Faith.** I believe that my life is a precious gift from God and that earthly life is only a beginning. I believe that I have ultimately been created for eternal life, that death is not the ultimate end, but a transition to a new life. Therefore, I wish to face death with the confidence of faith.
  
- C. \_\_\_\_\_ **Allow Preparation for Death.** If I am in danger of death, I wish to be provided with whatever information is necessary to help me understand my condition and to discuss my condition with family members and care providers. I wish that I, and my Agent acting on my behalf, be offered the appropriate medical information that would make it possible to address the morally legitimate choices that are available. I wish to be provided the spiritual support as well as the opportunity to receive the sacraments in order to prepare well for death.
  
- D. \_\_\_\_\_ **Euthanasia and Assisted Suicide.** I reject any action or omission which, of itself and by intention, causes death in order to alleviate suffering, commonly referred to as “euthanasia.” I do not wish to be encouraged to take my own life or to be provided with the means necessary to bring about my own death through “assisted suicide.” Foregoing means of preserving life that are too burdensome to me, or insufficiently beneficial for sustaining my life, is not the same as euthanasia or assisted suicide.
  
- E. \_\_\_\_\_ **Nutrition and/or Hydration.** In general, because nutrition and/or hydration are necessary for survival, they should be provided to me. There are certain circumstances, however, in which nutrition and/or hydration

may not be ethically obligatory and may be withheld or withdrawn. I wish to always be offered food and water by mouth if I am able to orally ingest and assimilate them. Nutrition and/or hydration should be offered if I am in a chronic and presumably irreversible condition which would make me unable to take food orally, but in which I would be reasonably expected to survive if provided with basic care (e.g. in the rare case that I am in a “persistent vegetative state” and not actively dying).

Medically-assisted nutrition and/or hydration is not ethically obligatory in these conditions: <sup>1</sup>

- (i) If the provision of nutrition and/or hydration cannot reasonably be expected to prolong my life.
- (ii) If I judge, or, if I am not decisional, my Agent judges, based on demonstrable evidence, that certain means to provide nutrition and/or hydration would be “excessively burdensome” for me. An intervention may be considered “excessively burdensome” when, in my judgment or the judgment of my Agent acting on my behalf, it is “too painful, too harmful, too psychologically repugnant to me, too restrictive of my mental abilities, too limiting to my freedom or preferred activities (as may be the case if I would require being restrained physically or chemically to prevent me from pulling out a feeding tube), or too costly.”
  - a. I ask to be fed by mouth to the extent possible before resorting to medically-assisted nutrition and/or hydration or before discontinuing the oral provision of nutrition and/or hydration if I am also receiving medically-assisted nutrition and/or hydration.
  - b. If I may benefit nutritionally from medically assisted nutrition and/or hydration, but can also take food by mouth, it may be acceptable to opt for feeding by mouth, even if receiving nutrition and/or hydration by mouth carries with it certain risks or provides less nutritional value, provided that I or my Agent judges that the benefits of eating by mouth (e.g. the

---

<sup>1</sup> Cf. USCCB, *Ethical and Religious Directives for Catholic Healthcare Services*, 5th Edition (2009): Introduction to Part V: Issues in Care for the Seriously Ill and Dying, and no. 58.

enjoyment of eating, the interpersonal dimension) are worth the risks involved, and informed consent is provided.

- c. If I am not decisional but still object to the decisions of my Agent, attention should be given to my desires and willingness to attempt eating (e.g. nutrition and/or hydration shall not be withheld from a non-decisional person who has dementia but who is able and agreeable to eating with encouragement, even if the decision-maker requests denying nutrition and/or hydration.)
  - (iii) If the provision of nutrition and/or hydration would cause me significant physical discomfort, for example resulting from complications in use of the means employed (e.g. aspiration pneumonia, infection).
  - (iv) If I am drawing close to inevitable death from an underlying progressive and fatal condition and providing nutrition and/or hydration would offer only a very limited ability to prolong life or provide comfort.
  
- F. \_\_\_\_\_ **Pain Relief.** I wish to be kept as free from pain as possible so that I may die comfortably and with dignity, and in the place where I wish to die. Medicines capable of alleviating or suppressing pain may be given to me, even if this therapy may indirectly shorten my life, so long as the intent is not to hasten or cause my death. If I am experiencing suffering that cannot be alleviated, I ask that competent Catholic spiritual counsel be provided to me to help me appreciate the Christian understanding of redemptive suffering.
  
- G. \_\_\_\_\_ **Consciousness.** Because a person has the right to prepare for his or her death while fully conscious, I do not want to be deprived of consciousness without a compelling reason.
  
- H. \_\_\_\_\_ **Pregnancy.** If this document is applied at any time when I am pregnant, defined as beginning at fertilization, I direct my health care agent and my physician to also recognize my unborn child as a human patient under their care. Notwithstanding any other provision of this form, no one shall authorize or perform a direct abortion on me (that is, a directly intended termination of pregnancy before viability or the directly intended destruction of a viable fetus.)

I. \_\_\_\_\_ **Gamete Extraction.** My Agent shall have no power to consent to or direct the medically assisted extraction of my gametes (sperm or eggs) for the purposes of artificial reproduction or for the production of embryos to be used in research.

J. \_\_\_\_\_ **Access to Sacraments.** Under no circumstances shall I be denied access to the Catholic sacraments where and when they are commonly available. Under no circumstances shall I be denied access to Catholic clergy and other competent Catholic spiritual counsel, including clergy and counsel of my own choosing.

K. \_\_\_\_\_ **Disclosure of Medical Records.** I consent and direct that, and I direct my agent to consent and direct that, the contents of my medical records be disclosed by my health care providers to the following third parties, upon request of the respective third party (e.g., if there are other family members you would like to be able to review your medical records along with your health care agent or successor health care agent):

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

L. \_\_\_\_\_ **Visitation.** I consent to and direct that, and I direct my agent to consent and direct that, the following individuals be given reasonable access to visit me (e.g., family members or friends you want to be allowed to visit you):

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

M. \_\_\_\_\_ **Catholic Burial.** I would like my loved ones to pray for me after I have departed from this life and ask for the grace of a Catholic funeral Mass. My remains shall be interred in keeping with the teachings and traditions of the Catholic Church. *(If you initial this statement M, you may also initial one of the following optional statements.)*

(i) \_\_\_\_\_ I do not wish for my remains to be cremated.

OR

(ii) \_\_\_\_\_ I wish for my remains to be cremated. If I am cremated, my remains must be placed in a vessel that respects the sacred nature of the remains and, once burial rites have been held and



the cremation has occurred, my remains must be brought to the cemetery for final disposition where their presence witnesses to my faith in the resurrection of the body.

N. \_\_\_\_\_ **Desire for Unity.** I am grateful to my Agent for being willing to make decisions on my behalf. I desire that my family and loved ones remain as united as possible, and that my Agent's decisions be respected and supported.

(If you wish to include further limitations or special rules, you may do so below.)

---

---

---

My Signature: \_\_\_\_\_

Today's Date: \_\_\_\_\_

**WITNESS:** HAVE YOUR WITNESS AGREE TO WHAT IS WRITTEN BELOW, AND THEN COMPLETE THE SIGNATURE PORTION:

I am at least 18 years old. (*Initial one of the options below*):

\_\_\_\_\_ I saw the principal sign this document, OR

\_\_\_\_\_ the principal told me that the signature or mark on the principal signature line is his or hers.

I am not the agent or successor agent(s) named in this document. I am not related to the principal, the agent, or the successor agent(s) by blood, marriage, or adoption. I am not the principal's physician, advanced practice nurse, dentist, podiatric physician, optometrist, psychologist, or a relative of one of those individuals. I am not an owner or operator (or the relative of an owner or operator) of the health care facility where the principal is a patient or resident.

Witness signature: \_\_\_\_\_

Witness printed name: \_\_\_\_\_

Witness address: \_\_\_\_\_

Today's date: \_\_\_\_\_

“Incluso los más débiles y los más vulnerables,  
los enfermos, los ancianos, los no nacidos y los pobres son  
**OBRAS MAESTRAS DE LA CREACIÓN DE DIOS,**  
hechos a su imagen, destinada a vivir para siempre,  
y merecedora de la máxima reverencia  
y respeto.”

Papa Francisco



Catholic Conference  
*of Illinois*

Chicago Office:  
65 E. Wacker Dr., Suite 1620  
Chicago, IL 60601  
Phone: (312) 368-1066  
Fax: (312) 368-1090

Springfield Office:  
108 E. Cook St.  
Springfield, IL 62704  
Phone: (217) 528-9200  
Fax: (217) 528-7214

[www.ilcatholic.org](http://www.ilcatholic.org)  
Fall 2016