

Forma De la Historia Del Valor

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Si alguien le ayudó a cumplir esta forma, favor de llenar su nombre, su dirección, y su relación con usted.

Nombre: _____

Dirección: _____

Relación: _____

La Actitud General Hacia La Vida y La Salud

¿Qué quiere usted decirle a alguien que está leyendo este documento acerca de su actitud general hacia la vida?

¿Cuáles son sus metas para el futuro?

¿Está usted satisfecho con lo que ha cumplido en su vida?

Para usted, ¿por qué vale la vida?

¿De qué tiene usted más miedo? ¿Qué le molesta a usted?

¿Cuáles actividades le gustan? (diversiones, mirar la TV, etc.)

¿Cómo describiría usted el estado presente de su salud?

Si ahora usted tiene problemas de salud o es minusválido, ¿Cómo le afectan a usted? a su familia? su trabajo? su capacidad de funcionar?

¿Qué quiere usted que otros (la familia, los amigos, los médicos) sepan de sus problemas de salud?

¿Tiene usted problemas en comer, preparar la comida, dormir, vestirse y bañarse, etc.?

¿Qué quisiera decirle a alguien que lee este documento de su salud en general?

Las Relaciones Personales

¿Qué papel en su vida tienen la familia y los amigos?

¿Cree usted que los amigos, la familia y otros van a apoyar lo que usted decide sobre el tratamiento médico que prefiere ahora o en el futuro?

¿Ya tiene usted planes para que la familia o los amigos tomen decisiones del tratamiento médico por usted? ¿Quién va a seguir las instrucciones que usted ha dejado?

¿Qué comentarios quiere usted hacer acerca de las relaciones íntimas?

Su Sentido De Independencia

¿Qué pasaría si tuviera que depender de la ayuda de otra persona?

Si sus habilidades físicas y mentales disminuyeran, ¿cómo afectaría su actitud acerca de la independencia?

Si su salud física o mental empeorara, ¿Cómo se sentiría?

El Ambiente De La Vivienda

En los diez años pasados, ¿ha vivido usted solo o con otras personas?

¿Vive cómodo en su medio ambiente? ¿Cómo afectaría este ambiente una enfermedad, la invalidez, o la vejez?

¿Cómo describiría el medio ambiente donde vive?

Su Religion y Creencias

A qué iglesia o religión pertenece?

¿Cómo afectan sus creencias religiosas su concepto de la enfermedad grave, crónica o terminal?

¿En qué manera le apoyan a usted su comunidad de fé, su iglesia or su sinagoga?

¿Qué comentario quiere hacer sobre sus creencias?

Relaciones Con Los Medicos y Otros Del Campo De Salud

¿Cómo se lleva con su médico? Favor de comentar en: la confianza que tiene en ellos; cómo toman las decisiones; cómo le tratan a usted, ¿con respecto?

¿Qué piensa usted de las enfermeras, terapistas, pastores, y los trabajadores sociales, etc.?

¿Hay otras cosas que quiere incluir sobre los médicos y otros trabajadores de salud?

Las Ideas Sobre Las Enfermedades, y La Muerte

¿Hay comentarios generales que le gustaría hacer sobre las enfermedades, y la muerte?

¿Qué le sería importante a usted cuando esté a punto de morir (por ejemplo, la curación, no tener dolor, la presencia de la familia, etc.)?

¿Dónde prefiere usted morir?

¿Cuáles son sus opiniones acerca de los medios de prolongar la vida si usted está sufriendo con una enfermedad crónica e irreversible (por ejemplo, Alzheimer's)? una enfermedad terminal? En un coma permanente?

¿Qué son sus comentarios generales sobre el tratamiento médico?

El Dinero

Comente sobre su situación económica y el precio del tratamiento médico.

¿Qué opina sobre la necesidad de pagar el tratamiento que uno necesita?

Los Planes Funerales

¿Qué comentarios le gustaría hacer sobre su funeral y entierro o cremación?

¿Ha hecho usted los planes funerales? ¿Con quién?

Preguntas Opcionales

¿Cómo quiere anunciar su muerte?

Favor de escribir un elogio breve para sí mismo (una declaración de sí mismo que se puede leer durante su funeral).

¿Qué quisiera decir a alguien que está leyendo esta Forma de Valores?