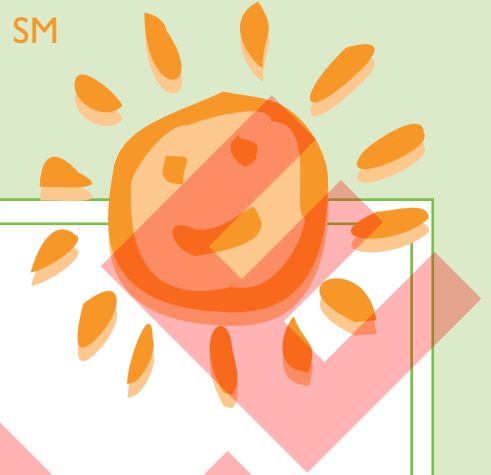


Mis DeseosSM



Ésta es mi foto. Edad: _____ Fecha: _____

Mis Deseos sobre:

El trato que deseo recibir.

El grado de comodidad que deseo tener.

Lo que deseo que sepan mis seres queridos.

Lo que deseo que sepan mis médicos y enfermeros.



Mi Familia:

SAMPLE

Dibuja o pega una fotografía o escribe una historia.



Mis Deseos

Hay muchas cosas en la vida que no podemos controlar. **Mis Deseos te ofrecen una manera de controlar algo muy importante —cómo te tratarán si te endermas mucho. Es fácil de hacer y te ayuda a expresar exactamente lo que deseas.**

¿Cómo pueden Mis Deseos ayudarme a mí y a mi familia?

Mis Deseos te permite comunicarle a tus familiares, amigos y médicos cómo deseas que te traten si caes muy enfermo/a.

Tus familiares no tendrán que adivinar lo que deseas si tienes una enfermedad grave.

Tu familia puede saber lo que deseas por medio de **Mis Deseos**.

¿Quién debería usar Mis Deseos?

Mis Deseos no es un documento jurídico, sino una herramienta para comunicarse. Está dirigido a niños y adolescentes menores de 18 años. Si un niño no puede llenar este documento, instamos a las familias a usar este formulario para comunicar sus deseos por él.

¿Puedo cambiar Mis Deseos?

Podrás cambiar **Mis Deseos** cada vez que lo desees; éste es TU documento. Se recomienda revisar y actualizar **Mis Deseos** todos los años o cuando estos cambien.

¿Qué hago con Mis Deseos luego de llenar el formulario?

Este documento es TUYO y lo podrás compartir con quien desees. Tal vez desees colgarlo en tu habitación o mostrárselo a tu familia y a los profesionales de la salud que te atienden para que todos sepan cómo te sientes.



Algunas de mis cosas favoritas:

SAMPLE

Dibuja o pega una fotografía o escribe una historia.





Me encanta...

No me gusta...

SAMPLE

Dibuja o pega una fotografía o escribe una historia.



Deseo N° 2

Mi Deseo sobre el grado de comodidad que deseo tener

- No quiero sentir dolor.
- Deseo que mi médico me dé suficientes medicamentos para aliviar el dolor, aunque me provoquen sueño.
- Si me siento mal, deseo que las personas que me atienden hagan lo que puedan para ayudarme a que me sienta mejor.
- Estas cosas me hacen sentir bien:

- Me gusta que me lean libros. Estos son los libros que me gustan:

- Me gusta jugar. Estos son mis juegos favoritos:

- Me gusta escuchar música. Ésta es la música que me gusta:

- Éstas son algunas cosas que no me gustan:



¿De qué manera me siento más a gusto?

SAMPLE

Dibuja o pega una fotografía o escribe una historia.



Deseo N° 3

Mi Deseo sobre lo que quiero que sepan mis seres queridos

- Deseo que mis familiares y amigos sepan que los quiero.
- Deseo que mi familia, mis amigos y otras personas me perdonen por las veces que he herido sus sentimientos.
- Deseo que mi familia, mis amigos y otras personas sepan que los perdono si alguna vez hirieron mis sentimientos.
- Deseo que mis familiares se lleven bien entre ellos.
- Deseo que mi familia y mis amigos piensen en mí como era antes de enfermarme.
- Deseo que mi familia y mis amigos, así como quienes me cuidan, respeten mis deseos aunque no estén de acuerdo con ellos.
- Deseo que mi familia y mis amigos reciban apoyo si están muy tristes por mi enfermedad o muerte.
- A veces me da miedo:

- Deseo que mi familia sepa que no tengo miedo de:

- Si alguien pregunta cómo deseo que me recuerden, digan sobre mí lo siguiente:

- Si se reúnen para recordarme, deseo que esas personas:

- Si muero, asegúrense de que las siguientes personas se ocupen de mis cosas:



Mis médicos y enfermeros:

SAMPLE

Dibuja o pega una fotografía o escribe una historia.



Deseo N° 4

Lo que deseo que mis médicos y enfermeros sepan

Soy una persona muy especial y a continuación encontrarán algunas de las cosas que me gustaría que sepan todos los que me cuidan.

- Deseo que me llamen por mi nombre o sobrenombre: _____
- Deseo que me digan su nombre, por qué vinieron y lo que me van a hacer antes de hacerlo.
- Si debo someterme a una intervención dolorosa, me gustaría que me pongan unguento anestésico siempre que sea posible.
- Deseo que me digan cuando algo pueda llegar a dolerme.
- Deseo que no divulguen nada de lo que les cuente sobre mí; sólo podrán contárselo a las siguientes personas:
(Comprendo que otras personas deban saberlo si llegara a influir en mi tratamiento.)

- Comprendo que a veces deban tocarme o revisarme, pero les pido que respeten mi intimidad y dignidad de la siguiente manera:
 - Cierren la cortina.
 - Cúbranme con una bata o sábana.
 - Cierren la puerta cada vez que sea posible.
 - No me molesta que estas personas estén en mi habitación cuando me revisan:
 - _____

- Si estoy enojado/a, feliz, triste, asustado/a o me siento un/a tonto/a o solo/a, desearía poder hablar con usted al respecto.

Estas cosas me hacen sentir seguro/a:

- Deseo que me respondan con la verdad y con palabras simples que pueda comprender.
- Sé que debo descansar y dormir, pero también deseo tener tiempo para jugar.
- Otras cosas que me gustaría que sepan de mí:

SAMPLE



Compra:

llame al (888) 5-WISHES o visite www.agingwithdignity.org para comprar más copias de Mis Deseos. Mis Deseos está basado en las voluntades anticipadas de Cinco Deseos (Five Wishes) de la organización sin fines de lucro Aging with Dignity.

(888) 594-7437

www.agingwithdignity.org

La elaboración de Mis Deseos estuvo a cargo del subcomité de Mis Deseos del Equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos con sede en el Central DuPage Hospital y cuenta con el apoyo del Equipo Auxiliar del Central DuPage Hospital.



P.O. Box 1661
TALLAHASSEE, FLORIDA 32302-1661