

# Expresar mis DESEOS<sup>TM</sup>

Guía de planificación de  
adolescentes y adultos jóvenes



## Expresar mis DESEOS

Yo, \_\_\_\_\_, pido

que mi familia, mis médicos, mis amigos y mis proveedores de atención médica sigan mis instrucciones como se comunica en este folleto. Este folleto solamente se utilizará en el caso en que ya no pueda comunicar mis deseos yo mismo.

Mi **FIRMA:** \_\_\_\_\_

Mi fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### Declaración de testigo:

Yo, el testigo, declaro que conozco a la persona que firmó o aceptó este folleto, que firmó este folleto en función de sus propios pensamientos, voluntad y deseos, y que está en pleno uso de sus facultades mentales y que no está bajo ninguna coacción o influencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo N.º 1

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo N.º 2

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección

*Expresar mis DESEOS:* Guía de planificación de adolescentes y adultos jóvenes permite que jóvenes que viven con una enfermedad grave comuniquen sus preferencias a sus amigos, familiares y cuidadores. La mayoría de los proveedores de atención médica quieren cumplir tus deseos sin importar cómo los expreses. Si tienes 18 años o más, y quieres que tus deseos sean obligatorios legalmente, debes completar un documento de voluntades anticipadas, como Cinco Deseos. Esta guía de planificación no está diseñada para brindarte asesoramiento legal. Si tienes alguna pregunta o duda en particular, habla con un profesional médico o legal para que te ayuden.

# Expresar mis DESEOS

**Cuando se vive con una enfermedad grave,** a menudo hay cosas en la vida que están fuera de tu control. Expresar mis DESEOS te brinda una manera de expresar algo muy importante: tu opinión sobre cómo deseas que te consuelen, acompañen, traten y recuerden.

*Expresar mis DESEOS* se creó usando los comentarios de jóvenes que viven con una enfermedad grave. Se basa en el documento de voluntades anticipadas *Cinco Deseos*, que ha sido usado por más de 18 millones de adultos. No hay maneras correctas o incorrectas para contestar los puntos enumerados en *Expresar mis DESEOS*. Puedes completar tanto como desees de este folleto. Hay casillas para marcar si estás de acuerdo con ciertos elementos y también hay espacio para expresar tus pensamientos en tus propias palabras.

Al final del folleto, hay algunas páginas en blanco. No dudes en comunicar en estas páginas cualquier pensamiento o deseo adicional que no está cubierto en este folleto. También puedes utilizar estas páginas para escribir cartas a tus amigos o familiares.

Toma en cuenta que, a veces, los temas cubiertos en este libro pueden ser difíciles o confusos de analizar. Tus proveedores de atención médica están disponibles para explicar términos y/o procedimientos que posiblemente no comprendas o sobre los que tengas preguntas.

Además, en la página 15 incluimos un glosario de términos a modo de aclaración. Los términos **subrayados en azul** en este folleto están definidos en el glosario.

## Índice

Mi firma, página 2
Mi comodidad, página 4
Mi asistencia, página 5
Mis decisiones de atención médica, página 6
Mi tratamiento médico, página 7
Lo que deben saber mis familiares y amigos, página 8
Mis pensamientos espirituales, página 9
En mi conmemoración, página 10
Mis pertenencias, página 11
Mi voz (cartas), página 12
Glosario, página 15

Elige lo que te brinda mayor comodidad,

Expresa qué te hace sentirte acompañado, escribe qué decisiones te traen paz

expresa tus pensamientos y necesidades

**En ocasiones, las personas enfermas pueden sentirse muy incómodas.**

Por ejemplo, podrían tener dolor, somnolencia o no parecer ellas mismas. Es importante que los demás sepan cómo quieres que te traten y qué te hará sentirte más cómodo, en especial, si te enfermas gravemente y no puedes expresar tus deseos.

## Cómo deseo que me **consuelen**

### Mi voz

Mi música/comida preferida es:

---

La clase de libros, historias o lecturas que me gusta es:

---

Otras ideas que tengo sobre el tratamiento de mi dolor o cómo ayudarme a sentirme más cómodo son:

---

---

También quisiera:

---

---

### Mi deseo

*Estas son algunas de las comodidades importantes para mí*

Si parezco que estoy incómodo de las siguientes maneras: *(Marca todo lo que corresponda)*

Deseo tratamiento que me ayude si yo:

- Parezco triste
- Estoy irritable/frustrado
- Parezco tener náuseas
- Parezco confundido
- Parezco tener dificultad para respirar
- Tengo frío o calor

Si siento dolor, me gustaría:

- Que mi médico me administre medicamento suficiente para aliviar el dolor, incluso si esto significa que no estaré lo suficientemente despierto como para relacionarme con mis amigos o familiares.

O,

- Recibir medicamentos para disminuir el dolor, pero no deseo estar demasiado somnoliento o letárgico. Deseo estar lo suficientemente despierto como para relacionarme con mis amigos y familiares.

Otras cosas que son importantes para mí:

- Si no puedo llegar al baño a tiempo, deseo que me cambien la ropa y las sábanas de inmediato para estar siempre limpio.
- Si vienen amigos de visita, deseo que me vistan, que me peinen y que hagan lo que sea necesario para lucir como yo mismo.
- Recibir masajes cuando sea posible, siempre que no me causen molestias.
- Que me bañen.
- Que haya música en la habitación.
- Que tenga a la mano mis alimentos favoritos.
- Que me lean.



**En el hospital o en el hogar**, cuando te sientes mal o estás muy enfermo, es posible que haya momentos en los que quieras tener personas a tu alrededor o que prefieras no recibir visitas.

# Cómo me gustaría que me acompañen

## Mi deseo

*(Marca todo lo que corresponda)*

- No deseo estar solo.
- Quisiera que mi familia esté conmigo siempre que sea posible.
- Quisiera que mis amigos estén conmigo siempre que sea posible.
- Quisiera algunas visitas siempre que sea posible.
- En todo momento, pregúnteme antes de la visita.
- Si estoy durmiendo cuando alguien viene de visita, quisiera que me despierten.

Para no sentirme solo

## Mi voz

Las personas que deseo que estén conmigo son:

---

---

En especial, deseo a estas personas conmigo cuando:

---

---

Las cosas en mi habitación que encontraría reconfortante son:

---

---

Si las personas están muy angustiadas o llorando, quisiera que:

- Compartan sus sentimientos conmigo     Me visiten en otro momento     Otros:

---

---

Cuando se acerque el final de mi vida, me gustaría:

- Morir en mi casa                       Morir en el hospital                       Otros:

---

---

# Quién deseo que tome mis decisiones de atención médica si no puedo hacerlo yo mismo

Es posible que en algún momento no puedas tomar decisiones médicas por tus propios medios. Si esto sucede, podría ser necesario que otra persona hable con los médicos y tome decisiones sobre tu atención médica. Esta persona, llamada representante legal para decisiones del cuidado de la salud, se aseguraría de que se respeten tus pensamientos o deseos.

## Lo que debes tener en cuenta al elegir un representante legal para decisiones del cuidado de la salud:

Puede ser útil elegir a alguien que te conozca bien, que se preocupe por ti, que viva cerca y que pueda tomar decisiones difíciles. Si eres menor de 18 años, tus padres o tutores tendrán derechos legales para tomar decisiones, por lo tanto, quien tú recomiendes pueden ser tus padres/tutor o alguna persona que tú desees que trabaje con tus padres/tutores.

## La persona que deseo que tome decisiones del cuidado de la salud por mí es:

Nombre de la primera persona

Dirección

Teléfono

## Si la persona que elegí anteriormente no está disponible, las otras personas que pueden tomar decisiones del cuidado de la salud por mí son:

Nombre de la segunda persona

Dirección

Teléfono

## Recuerda:

- Tu representante legal para decisiones del cuidado de la salud debe tener, al menos, 18 años.
- Tu representante legal para decisiones del cuidado de la salud no puede ser tu médico ni ningún otro proveedor de atención médica o empleado de alguno de tus proveedores de atención médica.
- Habla con las personas que estás eligiendo para asegurarte de que aceptan cumplir tus deseos.

Nombre de la tercera persona

Dirección

Teléfono

## Doy mi permiso al representante legal para decisiones del cuidado de la salud para que tome estas decisiones por mí sobre mi cuidado o servicios médicos. (Marque todo lo que corresponda)

Que permita o rechace:

- Pruebas
- Medicamentos
- Cirugía
- Otro tipo de cuidado que me permita mantenerme con vida
- Medicamentos o intervenciones para aliviar el dolor
- Detener el tratamiento iniciado anteriormente
- Donar órganos y/o tejido míos utilizables si pueden ayudar a otros

Actuar en mi nombre para:

- Contratar o despedir a cualquier trabajador de asistencia médica que pueda necesitar para que me atienda
- Ver y aprobar la divulgación de mi historia clínica
- Solicitar Medicaid o beneficios de seguros para mí
- Ver mis registros personales, como registros bancarios, para acceder a la información necesaria
- Entablar las acciones legales necesarias

Organizar:

- El ingreso a un hospital o a un hospicio
- El ingreso a un establecimiento en otro estado para obtener el cuidado que necesito o para cumplir mis deseos
- El alta del hospital para llevarme a casa
- Mi representante legal para decisiones de cuidados de la salud también puede tomar decisiones basadas en conversaciones que hemos tenido sobre mis deseos y lo que considera que son mis deseos

## Otras cosas que deseo que haga mi representante legal para decisiones del cuidado de la salud:

---

---

# Tipos de **tratamiento para mantener la vida**

## que deseo o que no deseo

**Si en algún momento** está muy enfermo y no puede hablar por sí mismo, será importante que su representante legal para decisiones del cuidado de la salud sepa si usted elegiría probar un tratamiento para mantener la vida.

Un tratamiento de mantenimiento de vida es cualquier procedimiento médico, dispositivo o medicamento para tratar de mantenerte vivo. Puede incluir: inserción de dispositivos médicos para ayudarte a respirar (traqueotomía/ventilación mecánica); un marcapasos artificial para regular los latidos del corazón; alimentación e hidratación proporcionadas mediante un dispositivo médico (alimentación por sonda); reanimación cardiopulmonar (RCP); cirugía de importancia; transfusiones de sangre; diálisis; antibióticos; y cualquier otra cosa para mantenerte con vida.

**Independientemente de qué decidas** sobre el tratamiento para mantener la vida:

- Todo se hará para apoyarte y ayudarte a sentirte cómodo.
- Siempre te ofrecerán alimentos y fluidos por la boca.
- No se hará ni se omitirá nada con la intención de quitarte la vida.

Si mi médico y otro proveedor de atención médica deciden que estoy a punto de morir y es probable que fallezca dentro de un plazo breve, y que el tratamiento para mantener la vida sólo retrasaría el momento de mi muerte:

- Deseo intentar el tratamiento para mantener la vida de todos modos
- No deseo intentar el tratamiento para mantener la vida
- Deseo intentar el tratamiento para mantener la vida si el médico considera que puede ayudar con mis síntomas

Si mi médico y otro proveedor de atención médica deciden que tengo daño cerebral permanente y grave, que no se espera que mejore, y que el tratamiento para mantener la vida sólo retrasaría el momento de mi muerte:

- De todos modos deseo intentar el tratamiento para mantener la vida
- No deseo intentar el tratamiento para mantener la vida
- Deseo intentar el tratamiento para mantener la vida si el médico considera que puede ayudar a mis síntomas

**Describe aquí** si deseas intentar determinados tipos de tratamiento para mantener la vida, pero no otros, o si deseas declarar otras condiciones en las que quisieras, o no, el tratamiento para mantener la vida:

---

---

**Otras decisiones que me gustaría que se respeten:**

---

---

### **En caso de una emergencia**

Si tienes una emergencia médica y llega personal de ambulancia, te proporcionarán todos los tipos de tratamiento para mantener la vida necesarios para estabilizarte y llevarte a un hospital. Si tienes una enfermedad grave, te queda poco tiempo de vida y no

quieres un tratamiento de mantenimiento de vida de emergencia, es posible que lo más apropiado sea una orden de **No revivir (DNR)**. Como ésta es una orden médica firmada por un médico, **pregúntale a tu médico si considera que una DNR es adecuada para ti**.

# Lo que quisiera que sepan **mis familiares y amigos** sobre mí

**Mi deseo** Es importante para mí que mis familiares y amigos:

- Se lleven bien
- Se cuiden
- Se cuiden entre sí
- Respeten mis deseos, decisiones y opciones, incluso si no están de acuerdo con ellos
- Obtengan ayuda psicológica o busquen un grupo de apoyo para ellos o para mis hermanos si están pasando por un momento difícil

**Mi voz**

Deseo que mi familia sepa que estoy agradecido por su amor y apoyo. Estoy especialmente agradecido por:

---

---

Deseo que mis amigos sepan que estoy agradecido por su amor y apoyo. Estoy especialmente agradecido por:

---

---

Si he dañado o angustiado a cualquiera de mis amigos, familiares o a otras personas, deseo que me perdonen por:

---

---

Si mis familiares, amigos u otras personas me han lastimado o angustiado, deben saber que los perdono por:

---

---

Estas son las cosas importantes que deben saber sobre mi persona:

---

---

Lo que me da fuerza es:

---

---

Lo que me da alegría es:

---

---



No todos tienen una religión o creencias espirituales con las que se sientan relacionados. Otras personas encuentran una gran tranquilidad en la fe o en un sistema de creencias. En esta página, puedes escribir tus propios pensamientos sobre religión y espiritualidad, hablar sobre tus deseos, y expresar qué es lo que más tranquilidad te da, en caso de que no puedas expresar estos deseos por ti mismo.

# Mis pensamientos espirituales y deseos

## Mi deseo

- No me gustaría incorporar actividades espirituales/religiosas en mis cuidados.
- Me gustaría incorporar actividades espirituales/religiosas en mis cuidados. *(Marca todo lo que corresponda)*
  - Quisiera que las personas vengan a rezar conmigo.
  - Quisiera que un líder religioso del hospital, como un capellán, rabino, sacerdote o pastor, me visite mientras estoy enfermo.
    - Todos los días
    - Una vez por semana
    - Únicamente cuando lo pida
  - Quisiera que los miembros de mi comunidad religiosa/espiritual sepan de mi enfermedad y quisiera que recen por mí.
  - Quisiera que los miembros de mi comunidad religiosa/espiritual me visiten.

## Mi voz

Las palabras, la música y/o las actividades que me dan una gran tranquilidad son:

---

---

Las personas de mi comunidad religiosa que me gustaría que me visiten son:

---

---

En función de mis creencias personales, me gustaría que las personas hablen sobre la muerte o la vida después de la muerte como:

---

---

Los objetos espirituales (como rosarios, libros sagrados o estatuillas) que me gustaría tener conmigo son:

---

---

Otros pensamientos espirituales o deseos que me gustaría compartir con mis familiares o amigos:

---

---

# Cómo **deseo que me recuerden**

Si te resulta más cómodo, puedes optar por que otras personas decidan sobre un funeral, una ceremonia conmemorativa y el cuidado de tu cuerpo después de la muerte. O puedes usar estas páginas para expresar tus preferencias.

## En mi memoria

- Prefiero no participar de la planificación de mi funeral.
- Prefiero planificar mi servicio. *(Marca todo lo que corresponda)*

El tipo de servicio que me gustaría es:

- Funeral**
- Ceremonia conmemorativa**
- Celebración de mi vida**

Quisiera:

- Ser **enterrado**
- Ser **cremado**
- Donar mi cuerpo** a la ciencia
- Ser un **donante de órganos**
- Una **autopsia limitada**
- Una **autopsia estándar**
- Una **autopsia de protocolo de investigación**
- Quisiera que mi representante legal para decisiones del cuidado de la salud tome la decisión de la autopsia

- Un **ataúd abierto**
- Un **ataúd cerrado**

La ropa que me gustaría usar (para el funeral/la cremación/el entierro) es:

---

Los artículos que me gustaría tener conmigo son:

---

La música/comida que deseo en mi funeral es:

---

Las personas que quisiera que estén presentes son:

---

Quisiera estas lecturas en mi funeral :

---

Quisiera estos otros arreglos en mi funeral:

---

Si mis familiares o amigos desean hacer contribuciones o donaciones, quisiera que se destinen a:

---



**Las personas en tu vida** siempre te amarán y pensarán en ti. Es posible que haya maneras especiales en las que desee distribuir sus pertenencias y ser recordado, especialmente en determinados días, como su cumpleaños, días festivos o cualquier otro día que sea importante para ti. En esta página puedes detallar cualquier deseo que tengas sobre cómo te gustaría que te recuerden cuando ya no estés.

Al igual que con las otras páginas, tómate tu tiempo para completar esto. Tus familiares y amigos apreciarán saber lo que deseas y cómo te gustaría ser recordado para poder cumplir con tus deseos y saber que al hacerlo, cuentan con tu aprobación especial.

## Mis pertenencias

Así es como me gustaría compartir mis pertenencias:

Ropa: \_\_\_\_\_ Mascotas: \_\_\_\_\_

Juegos: \_\_\_\_\_ Libros: \_\_\_\_\_

Arte: \_\_\_\_\_ Música: \_\_\_\_\_

Fotografías: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Computadora: \_\_\_\_\_ Otros dispositivos electrónicos: \_\_\_\_\_

Muebles: \_\_\_\_\_ Dinero/ahorros: \_\_\_\_\_

Otras pertenencias:

\_\_\_\_\_

Quisiera que la siguiente persona revise mis pertenencias:

\_\_\_\_\_

## Días especiales

Cómo me gustaría que me recuerden en mi cumpleaños:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cómo me gustaría que me recuerden en otros días importantes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuando la gente pregunte sobre mí, digan lo siguiente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mi voz

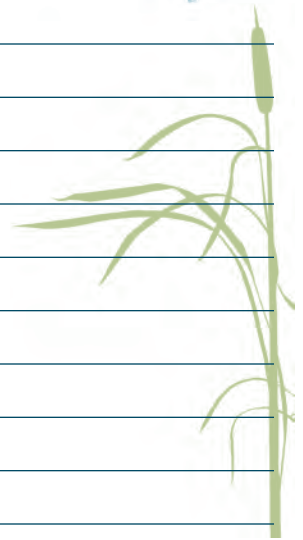
Este es un espacio para **escribir mensajes**  
o cartas a tus seres queridos.

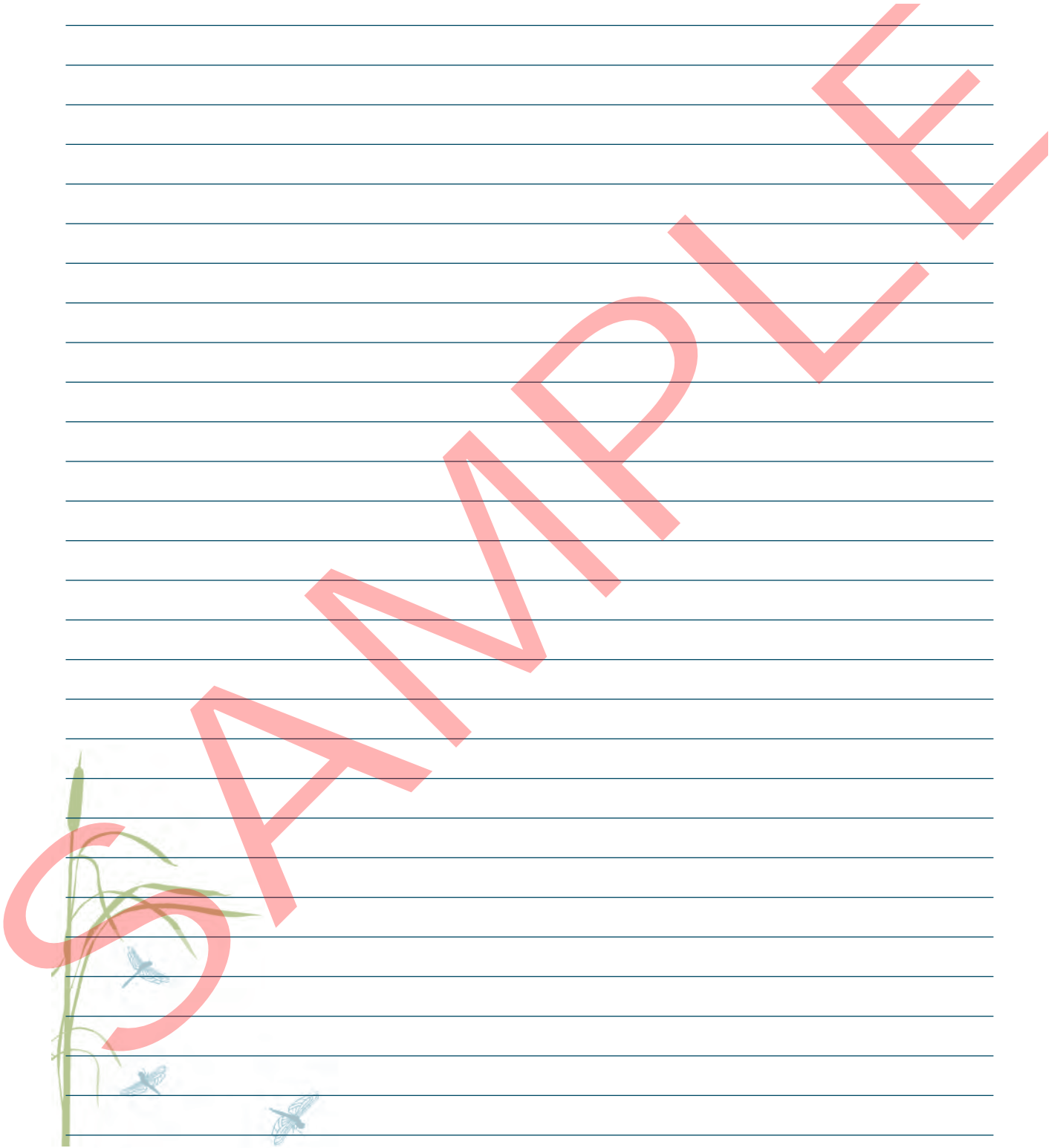
A series of horizontal blue lines for writing.

SAMPLE



SAMPLE





# Glosario

## **Ataúd abierto**

Cuando el ataúd queda abierto durante un funeral para que los presentes vean el cuerpo. Un director de servicios funerarios en la empresa funeraria hará los preparativos pertinentes y vestirá el cuerpo.

## **Ataúd cerrado**

Cuando el ataúd está cerrado en el funeral para que los presentes no vean el cuerpo.

## **Autopsia**

Una autopsia estándar es un procedimiento médico que consiste en un examen cuidadoso de su cuerpo para determinar la causa de muerte específica o evaluar cualquier enfermedad o lesión. Existen 3 tipos de autopsias: 1) una autopsia limitada (una parte específica del sistema del cuerpo o el cuerpo); 2) una autopsia total (analiza la mayoría de los órganos); y 3) una Autopsia de Protocolo de Investigación (que se desarrolla con fines de investigación).

## **Beneficios de seguros**

Pagos o compensación proporcionada para ayudar con los costos de los cuidados de la salud.

## **Celebración de mi vida**

Una reunión de sus familiares y amigos organizada para conmemorar y celebrar su vida. Algunas personas eligen reunirse una vez por año o sólo una vez después de la muerte.

## **Ceremonia conmemorativa**

Un servicio religioso o una ceremonia que se realiza para conmemorar a una persona fallecida. El cuerpo o los restos cremados, por lo general, no están presentes. Se puede organizar más de una ceremonia conmemorativa.

## **Coma**

Un estado de inconsciencia, que dura más de 6 horas, en el que una persona no puede despertar, no responde a estímulos externos, incluidos el dolor y la luz, carece de un ciclo de sueño-vigilia normal y no inicia acciones voluntarias.

## **Cremación**

El proceso de incinerar el cuerpo con calor intenso. Por lo general, los restos cremados se colocan en un envase (urna) que puede ubicarse o enterrarse en lugares conmemorativos, o puede ser conservado por parientes/amigos. Si decide ser cremado, aún es posible ver su cuerpo (ataúd abierto) antes del proceso de cremación.

## **Diálisis**

Un tratamiento médico en el que un sistema de filtración artificial elimina los residuos de la sangre, realizando las funciones de los riñones si estos no funcionan.

## **Donación de cuerpo/tejido**

Puede elegir donar su cuerpo completo o algo de su tejido para investigación médica y educación después de la muerte.

## **Donación de órganos**

La remoción de tejidos (órganos) del cuerpo de una persona que ha fallecido recientemente para un receptor vivo que necesita un trasplante.

## **Entierro**

El acto de colocar un cuerpo en su lugar de eterno reposo. Se puede utilizar una urna o un envase especial para guardar los restos de la cremación.

## **Funeral**

Una ceremonia utilizada para marcar la muerte de una persona. Generalmente, el cuerpo de la persona está en el funeral.

## **Hospicio**

Una organización o un centro que brinda ayuda a enfermos terminales centrada en el cuidado paliativo (alivio) cuando el tratamiento curativo deja de ser una posibilidad. La atención del hospicio implica cuidados de la salud, control del dolor y apoyo emocional/espiritual. Puede ofrecerse al paciente hospitalizado o como ambulatorio, y se enfoca en mantener el control de los síntomas y la calidad de vida.

## **Lesión cerebral**

Una lesión del cerebro ocasionada por un traumatismo en la cabeza, infección, hemorragia, oxígeno insuficiente u otras complicaciones, que causa una pérdida significativa en el funcionamiento cerebral o de la conciencia.

## **Marcapasos artificial**

Un pequeño dispositivo mecánico que funciona con baterías, que usa impulsos eléctricos para regular los latidos del corazón. Pueden ser internos (implantados quirúrgicamente) o externos (fijados con cables en la piel).

## **Medicaid**

Un sistema federal de seguro médico para quienes necesitan ayuda económica.

## **Medicare**

Un sistema federal de seguro médico para personas mayores de 65 años o jóvenes con discapacidades elegibles.

## **Proveedores de servicios médicos**

Una persona u organización que ofrece cuidados de la salud de cualquier tipo, incluidos médicos, enfermeros, administradores y otros miembros del personal que están asociados con su atención o el establecimiento de atención médica.

## **Reanimación cardiopulmonar (RCP)**

Un procedimiento de emergencia realizado en una persona que no tiene pulso y ha dejado de respirar. La RCP consiste en masajes cardíacos externos y respiración artificial para intentar restablecer la circulación de sangre y evitar la muerte o lesiones cerebrales.

## **Representante legal para decisiones del cuidado de la salud**

La persona elegida, legalmente nombrada o designada en virtud de la legislación estatal para tomar decisiones del cuidado de la salud en nombre de una persona que ya no es capaz de tomar sus propias decisiones.

## **Seguro**

Un programa usado para ayudar con los costos de los cuidados de la salud.

## **Sondas de alimentación**

Un dispositivo médico usado para proporcionar nutrición a los pacientes que no pueden nutrirse por sí solos.

## **Transfusión de sangre**

El proceso de transferir sangre o cualquiera de sus componentes en el flujo sanguíneo de una persona que ha perdido sangre debido a una enfermedad, un accidente o una cirugía.

## **Traqueotomía**

Una intervención quirúrgica que crea una abertura en la tráquea con un tubo insertado para brindar un paso de aire y ayudar a una persona a respirar.

## **Tratamiento de mantenimiento de vida**

Cualquier tratamiento usado para mantener las funciones vitales del cuerpo a fin de mantener la vida de alguien que está enfermo o lesionado.

## **Ventilación mecánica**

Procedimiento médico utilizado para ayudar o reemplazar la respiración cuando alguien no puede respirar por sus propios medios. Una máquina llamada respirador fuerza el ingreso de aire en los pulmones por un tubo que se inserta en la nariz o la boca hacia la tráquea.



## Expresar mis DESEOS™

**La Guía de planificación de adolescentes y adultos jóvenes** fue desarrollada por investigadores en la División de Oncología Pediátrica, Instituto Nacional de Cáncer, y los Institutos Nacionales de Salud Mental en los Institutos Nacionales de la Salud. El proceso de elaboración incluyó una investigación exhaustiva usando el documento de voluntades anticipadas Cinco Deseos e incorporando las opiniones de adolescentes y adultos jóvenes. Un agradecimiento especial para Lori Wiener, PhD, además de Sima Zadeh, MA; Haven Battles, PhD; Dra. Kristin Baird,; Elizabeth Ballard, MA; Janet Osherow, LICSW, y Dra. Maryland Pao.

---

**Póngase en contacto con Aging with Dignity para solicitar** más copias de *Expresar mis DESEOS*



P.O. Box 1661, Tallahassee, Florida 32302

[www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org)

(888) 594-7437