

Su representante de atención médica



Your Health Care Agent

- Deseo que esta persona tome por mí las decisiones relacionadas con la atención médica. Escriba esto en la página E5.** I want this person to make my medical decisions. Write this on page E5.

nombre (first name)

apellido (last name)

dirección (street address)

ciudad (city)

estado (state)

código postal (zip code)

() - () -

() - () -

número de teléfono particular
(home phone number)

número de teléfono del trabajo
(work phone number)

- Si esta primera persona no puede hacerlo, deseo que esta otra persona tome por mí las decisiones relacionadas con la atención médica.** If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions.

nombre (first name)

apellido (last name)

dirección (street address)

ciudad (city)

estado (state)

código postal (zip code)

() - () -

() - () -

número de teléfono particular
(home phone number)

número de teléfono del trabajo
(work phone number)

- Marque con una X la oración con la que está de acuerdo. Marque esto en la página E5.** Put an X next to the sentence you agree with. Mark this on page E5.

- Mi representante de atención médica puede tomar decisiones por mí inmediatamente después de que yo firme este formulario. My health care agent can make decisions for me right after I sign this form.
- Mi representante de atención médica puede tomar decisiones por mí **solamente** cuando yo no pueda tomar mis propias decisiones. My health care agent will make decisions for me only after I cannot make my own decisions.

- Puede escribir en este formulario sus elecciones relacionadas con la atención médica. ¿Cómo desea que su representante de atención médica cumpla estas elecciones? Marque con una X una oración con la que más esté de acuerdo. Marque esto en la página E5.**

You may write down your health care choices on this form. How do you want your health care agent to follow these choices? Put an X next to the one sentence you most agree with. Write this on page E5.

- Deseo que mi representante de atención médica tome decisiones junto con mis médicos de acuerdo con su criterio. Acepto que mi representante cumpla mis elecciones de atención médica que figuran en este formulario como una **pauta general**. I want my health care agent to work with my doctors and to use her/his best judgment. It is OK for my agent to follow my health care choices on this form as a **general guide**.

A pesar de que acepto que se cumplan mis elecciones de atención médica como una pauta general, hay algunas elecciones que no deseo cambiar:
Even though it is OK to follow my choices as a general guide, there are some choices I do not want changed:

- Deseo que mi representante siga mis elecciones de atención médica **exactamente** tal como están expresadas en este formulario. Nunca deseo que mi representante cambie mis elecciones, aunque los médicos consideren que no son buenas para mí. I want my health care agent to follow my health care choices on this form **exactly**. I never want my agent to change my choices, even if the doctors think this is not good for me.

Para tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página siguiente.

To make your own health care choices, go to Part 2 on the next page.

Para firmar esta forma, vaya a la Parte 3 en la página E9.

To sign this form, go to Part 3 on page E9.



PARTE 2

Tomar sus propias decisiones de atención de salud

PART 2

Make your own health care choices

Escriba sus decisiones de manera que aquellos encargados de su cuidado no tengan que adivinar. Escriba sus decisiones en la página E6.

Write down your choices so those who care for you will not have to guess. Write your answers on page E6.

Piense en las cosas que hacen que su vida valga la pena.
Think about what makes your life worth living.

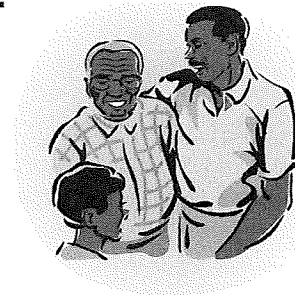
Mi vida sólo vale la pena si puedo:

My life is only worth living if I can:

Marque con una X todas las frases con las cuales esté de acuerdo en la página E6.

Put an X next to all the sentences you agree with on page E6.

- conversar con mi familia o amigos talk to family or friends
- despertar de un estado de coma wake up from a coma
- alimentarme, bañarme y cuidar de mí mismo feed, bathe, or take care of myself
- no sentir dolor be free from pain
- vivir sin estar conectado a máquinas live without being hooked up to machines
- no estoy seguro I am not sure



or

Mi vida siempre vale la pena sin importar lo enfermo que esté.

My life is always worth living no matter how sick I am.

Si estoy muriendo, es importante para mí estar:

If I am dying, it is important for me to be:

- en casa at home en el hospital in the hospital no estoy seguro I am not sure

¿Es importante para usted la religión o la espiritualidad?

Is religion or spirituality important to you?

no
no

sí
yes

Si usted tiene una religión... ¿Cuál es?

If you have one, what is your religion? _____

¿Qué deben saber los médicos sobre su religión o espiritualidad?

What should your doctors know about your religion or spirituality?

Si está enfermo, sus médicos y enfermeras siempre intentarán mantenerle lo más cómodo posible y sin dolor.

If you are sick, your doctors and nurses will always try to keep you comfortable and free from pain.

E6

Vaya a la página siguiente

Go to the next page



Los tratamientos de soporte vital se usan para mantenerle vivo. Estos pueden ser RCP, un respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis, transfusiones de sangre o medicamentos. Life support treatments are used to try to keep you alive. These can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, blood transfusions, or medicine.

Marque con una X la frase con la cual esté más de acuerdo.

Put an X next to the one choice you most agree with.

Por favor, lea toda esta página antes de tomar sus decisiones.

Please read this whole page before you make your choice.

Marque sus respuestas en la página E7.

Mark your answers on page E7.

Si estoy muy enfermo y puedo morir pronto:

If I am so sick that I may die soon:

Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos crean que pueden ayudar.

Try all life support treatments that my doctors think might help.

Si los tratamientos **no funcionan** y existe una mínima esperanza de mejorarme, **deseo que me conecten** a máquinas de soporte vital.

If the treatments **do not work** and there is little hope of getting better, I want to stay on life support machines.

Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos crean que pueden ayudar.

Try all life support treatments that my doctors think might help.

Si los tratamientos **no funcionan** y existe una mínima esperanza de mejorarme, **no deseo que me conecten** a máquinas de soporte vital.

If the treatments **do not work** and there is little hope of getting better, I do not want to stay on life support machines.

Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos crean que pueden ayudar, **pero no los siguientes.**

Try all life support treatments that my doctors think might help but not these treatments.

Marque los tratamientos que no desee.

Mark what you do not want.

RCP CPR

sonda de alimentación feeding tube

diálisis dialysis

transfusión de sangre blood transfusion

respirador artificial breathing machine

medicamentos medicine

otros tratamientos _____

other treatments

No deseo ningún tratamiento de soporte vital.

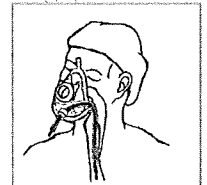
I do not want any life support treatments.

Deseo que mi **apoderado de atención de salud** decida por mí.

I want my health care agent to decide for me.

No estoy seguro.

I am not sure.



Vaya a la página siguiente

Go to the next page

E7

Sus médicos pueden preguntar sobre la donación de órganos y autopsia después de morir. Infórmenos sus deseos.

Your doctors may ask about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

Marque con una X la frase con la cual esté más de acuerdo.

Put an X next to the one choice you most agree with.

Marque sus respuestas en la página E8.

Mark your answers on page E8.

Donar (dar) sus órganos puede ayudar a salvar vidas.

Donating (giving) your organs can help save lives.

Deseo donar mis órganos.

I want to donate my organs.

¿Qué órganos desea donar?

Which organs do you want to donate?

cualquier órgano any organ

sólo only _____

No deseo donar mis órganos.

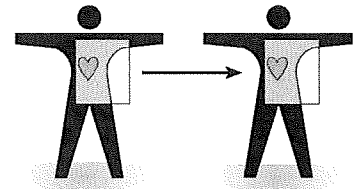
I do not want to donate my organs.

Deseo que mi apoderado de atención de salud decida.

I want my health care agent to decide.

No estoy seguro.

I am not sure.



Se puede realizar una autopsia después de la muerte para saber por qué murió una persona.

An autopsy can be done after death to find out why someone died.

Se realiza mediante una cirugía. Puede tardar algunos días.

It is done by surgery. It can take a few days.

Deseo una autopsia.

I want an autopsy.

No deseo una autopsia.

I do not want an autopsy.

Deseo una autopsia si existe alguna duda sobre mi muerte.

I want an autopsy if there are questions about my death.

Deseo que mi apoderado de atención de salud decida.

I want my health care agent to decide.

No estoy seguro.

I am not sure.



¿Qué deben saber sus médicos sobre la forma en que desea se trate su cuerpo después de que muera?

What should your doctors know about how you want your body to be treated after you die?



PARTE 3

Firmar el formulario en la página E9

PART 3

Sign the form on page E9



Antes de que se pueda usar esta forma, usted debe:

Before this form can be used, you must:

- Firmar el formulario en la página E9. Sign the form on page E9.
- Pedirles a dos testigos que lo firmen en la página E10. Have two witnesses sign on page E10.

Si usted no tiene testigos, un notario público debe firmar en la página E11.

El trabajo del notario público es asegurarse de que sea usted quien firma el formulario.
If you do not have witnesses, a notary public must sign on page E11. A notary public's job is to make sure it is you signing the form.

Firme e indique la fecha en la página E9. Sign your name and write the date on page E9.

firma (sign your name)

fecha (date)

nombre en letra de molde (print your first name)

apellido en letra de molde (print your last name)

dirección (street address)

ciudad (city)

estado (state)

código postal (zip code)

Su testigo debe: Your witnesses must:

- ser mayor de 18 años be over 18 years of age
- conocerle a usted know you
- verle firmar esta forma see you sign this form



Su testigo no puede: Your witnesses cannot:

- ser su apoderado de atención de salud be your health care agent
- ser su proveedor de atención de salud be your health care provider
- trabajar para su proveedor de atención de salud work for your health care provider
- trabajar en el lugar donde usted vive (si usted vive en una casa de reposo, vaya a la página E12) work at the place that you live (if you live in a nursing home go to page E12)

Además, los testigos no pueden: Also, one witness cannot:

- estar relacionados con usted de ningún modo be related to you in any way
- beneficiarse financieramente (recibir dinero o propiedades) después de su muerte benefit financially (get any money or property) after you die

Los testigos tienen que firmar en la página E10. Witnesses need to sign their names on page E10.

Si no tiene testigos, lleve esta forma a un notario público y pídale que firme en la página E11.

If you do not have witnesses, take this form to a notary public and have them sign on page E11.

Pídale a sus testigos que firmen e indiquen la fecha en la página E10

Have your witnesses sign their names and write the date on page E10

Por medio de mi firma, doy fe que _____ firmó esta forma
mientras yo le miraba. By signing, I promise that _____ (nombre)
(name) signed this form while I watched.

Esta persona tenía un uso pleno de su capacidad mental y
no fue forzada a firmarlo. He/she was thinking clearly and was not forced to sign it.



También doy fe de que: I also promise that:

- Conozco a esta persona o esta persona demostró quién era I know him/her or this person could prove who he/she was
- Soy mayor de 18 años I am 18 years or older
- No soy su apoderado atención de salud I am not his/her health care agent
- No soy su proveedor de cuidado de la salud I am not his/her health care provider
- No trabajo para su proveedor de cuidado de la salud I do not work for his/her health care provider
- No trabajo en el lugar donde vive esta persona I do not work where he/she lives

Uno de los testigos también debe dar fe de lo siguiente: One witness must also promise that:

- No tengo un parentesco de sangre, por matrimonio ni adopción I am not related to him/her by blood, marriage, or adoption
- No recibiré un beneficio económico (dinero o propiedades) después de que esta persona muera I will not benefit financially (get any money or property) after he/she dies

● Testigo 1: Firmen en la página E10. Witness #1: Sign on page E10.

_____ / /
firma (sign your name)

_____ / /
fecha (date)

_____ / /
nombre en letra de molde (print your first name)

_____ / /
apellido en letra de molde (print your last name)

_____ / /
dirección (street address)

_____ / /
ciudad (city)

_____ / /
estado (state)

_____ / /
código postal (zip code)

● Testigo 2: Firmen en la página E10. Witness #2: Sign on page E10.

_____ / /
firma (sign your name)

_____ / /
fecha (date)

_____ / /
nombre en letra de molde (print your first name)

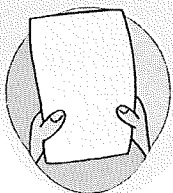
_____ / /
apellido en letra de molde (print your last name)

_____ / /
dirección (street address)

_____ / /
ciudad (city)

_____ / /
estado (state)

_____ / /
código postal (zip code)



Ha terminado de llenar esta forma.

You are now done with this form.

Comparta esta forma con sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, amigos, familiares y su apoderado de atención de salud.

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and health care agent.

Converse con ellos sobre sus decisiones.

Talk with them about your choices.



NOTARIO PÚBLICO

Notary Public



- Lleve esta forma a un notario público **SOLAMENTE** si no lo han firmado dos testigos.

Take this form to a notary public only if two witnesses have not signed this form.

- Lleve una identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.)

Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.)

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

State of California

County of _____

On _____ before me, _____, personally
Date Here insert name and title of the officer
appeared _____
Name(s) of Signer(s)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____
Signature of Notary Public

Description of Attached Document

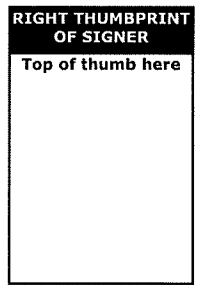
Title or Type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
- Guardian or conservator
- Other _____



(Notary Seal)

Ha terminado de llenar esta forma.

You are now done with this form.

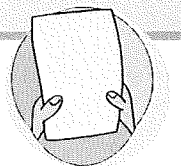


Comparta esta forma con sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, amigos, familiares y su apoderado de atención de salud.

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and health care agent.

Converse con ellos sobre sus decisiones.

Talk with them about your choices.



SÓLO para residentes de casas de reposo del estado de California

For California Nursing Home Residents **ONLY**

- **Entregue esta forma al director de su casa de reposo, sólo si vive en una.**
Give this form to your nursing home director only if you live in a nursing home.
- **La ley de California exige que los residentes de las casas de reposo tengan al mediador público (ombudsman) como testigo de las instrucciones anticipadas.**
California law requires nursing home residents to have the nursing home ombudsman as a witness of advance directives.

DECLARACIÓN DEL DEFENSOR LEGAL (OMBUDSMAN) DEL PACIENTE

STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

"Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del estado de California que soy el defensor o mediador público (ombudsman) designado por el Departamento Estatal de la Tercera Edad y que actúo como testigo según lo estipulado en la Sección 4675 del Código de Sucesiones."

"I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code."

firma (sign your name)

_____/_____/_____
fecha (date)

nombre en letra de molde (print your first name)

apellido en letra de molde (print your last name)

dirección (street address)

ciudad (city)

estado (state)

código postal (zip code)

Estas instrucciones anticipadas cumplen con el Código de Sucesiones de California, Sección 4671-4675.

<http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

This advance directive is in compliance with the California Probate Code, Section 4671-4675. <http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

Esta obra cuenta con licencia de acuerdo con la Licencia de Bienes Comunes Creativos – Sin Fines Comerciales – Para Compartir. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> o envíe una carta a Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> or send a letter to Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Revisado el 1/18/2010

