



TODO COMIENZA

CON UNA

CONVERSACIÓN

Guía de planificación avanzada de atención médica

Advance Care Planning Toolkit



VIDANT HEALTH™

Sus decisiones de atención médica son importantes.

En Vidant Health, nuestro enfoque es brindar atención médica centrada en el paciente, incluso cuando hablamos de la planificación avanzada de atención médica.

La planificación avanzada de atención médica les aporta a los adultos (18 años de edad en adelante) la oportunidad de planificar y registrar sus planes sobre su atención médica. En caso de que enfermaran o sufrieran una lesión grave y no pudieran expresar sus deseos, estos planes pueden incluir instrucciones específicas sobre su atención médica al final de su vida.

Para su información -

- La planificación avanzada de atención médica se llama “ACP” o *Advance Care Planning* en inglés.
- Visite nuestra página web para obtener más información, recursos e historias que le pueden ayudar con su planificación: VidantHealth.com/AdvanceCare

CINCO PASOS PARA LA PLANIFICACIÓN AVANZADA DE ATENCIÓN MÉDICA

La planificación avanzada de atención médica es un proceso que le ayudará a decidir qué atención médica quisiera o no quisiera en el caso de que usted tiene alguna crisis de salud y no puede comunicarse por sí mismo.

Es mejor completar el proceso mientras está bien y no durante una crisis de salud. Esto le ofrece tiempo para considerar cuidadosamente lo que le parece más importante y las decisiones de tratamiento que pueda tomar. Esta guía le ayudará en el proceso de completar su plan de atención médica avanzada, paso a paso.

Hay cinco pasos esenciales para completar su Plan avanzado de atención médica

1. **Piense acerca de**piense en lo que le parece más importante
2. **Hable sobre ello**.....hable sobre el tema con su familia, amigos y proveedores de atención médica
3. **Póngalo por escrito**.....documente sus decisiones en un formulario legal
4. **Comparta**comparta sus directrices avanzadas con su familia, amigos y proveedores de atención médica
5. **Revise**.....revise sus documentos regularmente, al menos una vez al año

1º PASO: Piense en ello

El primer paso es pensar en lo que le parece más importante y cómo sus preferencias tienen influencia sobre sus futuras decisiones de atención médica.

- La planificación avanzada de atención médica es un proceso. No debe apresurarse. Permítase suficiente tiempo para pensar en lo que preferiría que sucediera (o no sucediera) si necesita atención médica.
- Escribir en un diario o hacer una carta puede ayudarle a organizar sus pensamientos.
- Puede hablar sobre ello con la familia, amigos, su proveedor de atención médica, el pastor, el clero u otras personas. Esto podría ayudarle a aclarar sus decisiones y lo que le parece más importante.

PIENSE SOBRE ELLO...piense sobre las preguntas de esta sección. Esto puede ayudarle a ordenar sus pensamientos y sentimientos sobre lo que le parece más importante.

Calidad de vida...piense en

- ◇ ¿Qué le da valor, significado y propósito a su vida?
¿Qué significa "tener una calidad de vida" para usted?

- ◇ ¿Qué le haría más falta si no pudiera caminar, hablar, comer o pensar en forma normal?

- ◇ ¿Qué estaría dispuesto a ceder, sacrificar, o tolerar para mantener lo que es más importante para usted?

- ◇ ¿Es la calidad de vida más importante que cuántos años vive?
¿O desea vivir tanto como le sea posible, sin importar cómo?

Experiencias de atención médica...piense en

- ◇ Piense en las experiencias de salud, buenas o malas, que conozca. ¿Cómo han influido esas experiencias sus decisiones de atención médica futura?
- ◇ ¿Alguien cercano ha fallecido? ¿Cree que su fallecimiento fue un “buen” fallecimiento o un “mal” fallecimiento? ¿Por qué?
- ◇ ¿Tiene algún problema o afección médica? ¿Espera que se empeoren? ¿Sus problemas médicos cambiarán su calidad de vida?
- ◇ ¿Recibe tratamiento médico para su problema? ¿O quizás piensa recibir algún tratamiento médico? ¿Le afectará esto su calidad de vida?

Atención médica al final de la vida...piense en

- ◇ Algo en qué pensar: ¿hay circunstancias en las que querrá RCP (resucitación cardiopulmonar) manual, nutrición artificial o hidratación artificial?

¿Hay tratamientos que conozca que le gustarían al final de su vida?

¿Hay tratamientos que conozca que no le gustarían?

- ◇ ¿Puede imaginar un momento en el que usted quisiera detener los tratamientos que sirvan solo para mantenerlo vivo por más tiempo y usar únicamente medidas de comodidad para mantenerlo lo más cómodo posible en el tiempo que le queda de vida?
- ◇ ¿Dónde preferiría pasar sus últimos meses, semanas o días? ¿En su casa? ¿En un asilo de ancianos? ¿En un hospital?

Alguien que hable de su parte...piense en

- ◇ ¿Quién querría usted que hablara en nombre suyo sobre sus decisiones de atención médica si usted no pudiera comunicarlas por sí mismo? ¿Podrían ellos tomar decisiones basadas en lo que usted desea?

- ◇ ¿Le ha dicho a esta persona lo que usted desearía? ¿Le ha dicho a alguien?

- ◇ ¿Cuánto desea que se involucren su familia y otros seres queridos en su atención médica?

Deseos finales...piense en

- ◇ ¿Qué le gustaría hacer o decir antes de fallecer?

- ◇ ¿Querría donar sus órganos después de que usted fallezca? ¿Ha hablado sobre esto con su familia y seres queridos?

- ◇ ¿Preferiría ser enterrado o cremado? ¿Quiere dejar instrucciones sobre lo que deberían hacer con su cuerpo?

2º PASO: Hable sobre ello

Ya que ha pensado en las elecciones al final de su vida y lo que es importante para usted. Ahora está listo para compartir sus pensamientos con su familia, sus seres cercanos, sus proveedores de atención médica y cualquier persona que podría estar involucrada en sus decisiones de atención médica en el futuro.

Esta puede ser una conversación difícil de iniciar.

Muchas personas tienen miedo de cómo podrían reaccionar su familia y sus seres queridos.

Es importante recordar que esto probablemente sea algo que ustedes hablarán más de una vez. Mientras más hablan sobre sus decisiones de atención médica al final de la vida, más cómodos se sentirán usted y su familia. Así que continúe la conversación.

Aquí presentamos algunas ideas para iniciar su conversación:

- *“Hay algo en lo que he estado pensando y me gustaría compartirlo con usted. Necesito que me escuche atentamente.”*
- *“¿Supo lo que sucedió con _____? Eso me hizo pensar y quiero estar seguro de que usted conoce mis preferencias sobre atención médica, en caso de que tenga que hablar en mi nombre.”*
- *“Verdaderamente deseo que usted tenga mi Poder legal para la atención médica para que usted pueda hablar por mí si yo no puedo hacerlo. Me gustaría compartir mis decisiones sobre atención médica. ¿Podrá usted hablar por mí?”*
- *“Habría sido mucho mejor para _____ si hubiéramos sabido sobre lo que él deseaba al final de su vida. Deseo asegurarme de que usted conoce mis decisiones para que pueda sentirse bien al honrar mis elecciones. ¿Podemos hablarlo ahora?”*
- *“Al pensar en lo que es me importante, he considerado la calidad de vida que me gustaría si me ocurre un accidente o algo me pasara y no puedo hablar por mí mismo. Espero que pueda hablar con usted mis objetivos de atención médica.”*

Usted completó un paso muy importante en la planificación avanzada de atención médica. Ya inició la conversación difícil, y algunas veces emocionante, sobre sus decisiones para el final de su vida. Ahora, para completar el proceso hay que ponerlo por escrito.

3º PASO: Escríbalo

Ahora necesita indicar sus decisiones en un documento o formulario de Directriz Avanzada. Al completar este paso, usted proporciona a sus seres queridos y a su equipo médico la información que necesitan para honrar sus decisiones.

Hay diferentes clases de Directrices Avanzadas.

Las que usted necesita podrían incluir algunos o todos de los siguientes documentos:

Nombre del documento	Información importante
Poder legal para la atención médica <i>Health Care Power of Attorney</i>	Debe ser firmado en frente de dos testigos y un notario
Testamento en vida <i>Living Will</i>	Debe ser firmado en frente de dos testigos y un notario
Instrucciones Adelantadas para Tratamiento de Salud Mental <i>Advance Instructions for Mental Health Treatment</i>	Debe ser firmado en frente de dos testigos y un notario
Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (MOST, en inglés)	Una orden médica firmada por usted y un profesional de atención médica. Manténgala siempre con usted.
Orden de no resucitar (DNR, en inglés)	Una orden de un médico firmada por el o ella. Manténgala siempre con usted.

Cómo conseguir los formularios que necesita

- **Poder legal para la atención médica y Testamento en vida (combinados)**

Al final de esta Guía, encontrará un documento llamado **Un formulario práctico para todos los adultos**.

- o Este formulario combina los dos tipos más comunes de directrices avanzadas (*el Poder legal para atención médica y el Testamento en vida*) en un solo documento.
- o Necesita imprimir el formulario práctico para todos los adultos, llenarlo y luego firmarlo con dos testigos y notario.

- **Instrucciones Adelantadas para Tratamiento de Salud Mental**

En Carolina del Norte, este documento instruye a otros sobre ciertos tratamientos de salud mental que usted desea o no desea en caso que usted no pueda tomar la decisión.

El documento está disponible (en inglés) en el sitio web: www.secretary.state.nc.us/ahcdr/Forms.aspx

- **Órdenes MOST o DNR**

Estas órdenes médicas normalmente se usan cuando uno tiene una expectativa de vida de un año o menos. Esperanza de vida tan corta suele ser el resultado de alguna enfermedad muy avanzada o de alguna condición que reduzca la esperanza de vida.

Si usted quisiera una orden MOST o DNR, hable con su doctor u otro profesional de atención médico.

4º PASO: Compártalo

Ahora que ya completó su Directriz Avanzada, necesita compartir los documentos firmados con su proveedor de atención médica, su familia, y seres cercanos. Asegúrese de hablar sobre sus decisiones con su familia y sus seres cercanos.

Debe asegurarse que su familia, la persona que tiene poder legal para la atención médica, y sus proveedores de atención médica conozcan y comprendan sus decisiones. También necesitarán contar con acceso a sus documentos y saber cómo encontrarlos.

Algunas familias pueden coordinar esto en una sola conversación y otras necesitarán más ocasiones. No hay una forma correcta o una incorrecta de llevar a cabo estas conversaciones.

¿Quién debe recibir una copia de sus directrices avanzadas?

- **Vidant Health:** proporcione una copia a Vidant Health para su expediente médico. Use la Hoja de Presentación (Cover Sheet) adjunta para enviar sus documentos al departamento de Servicios de administración de información de Vidant Health. También puede llevar una copia a su próxima cita con su proveedor de Vidant Health. Vidant escaneará sus documentos y los incorporará a su expediente médico.
- **Otros proveedores de atención médica:** entregue una copia con cualquier otro proveedor que no sea parte de Vidant Health.
- **Registro en sitios web:** considere archivar sus documentos en el registro de Carolina del Norte y el registro federal, para que estén disponibles para otros proveedores e instituciones de atención médica, si fuera necesario.
 - o Registro de Carolina del Norte: www.secretary.state.nc.us/ahcdr/Forms.aspx (Hay un costo de \$10.) El Secretario de Estado de Carolina del Norte lleva un Registro de Advance Health Care Directives. Todo solicitante de registro recibe una contraseña que permite el acceso por computadora a sus documentos.
 - o Registro federal: www.uslivingwillregistry.com (Podría haber un costo)
- **Poder legal para la atención médica o para la familia:** Comparta una copia de sus documentos con su familia o la persona designada para el Poder legal para la atención médica.

Asegúrese de entregar copias de su documento completo a cualquier persona que tenga una participación en su atención médica futura. Esto podría incluir familiares, seres queridos, amigos, su proveedor de atención médica, abogado, pastor o su clero.

 - o Hable sus decisiones con ellos para asegurarse de que entiendan lo que es importante para usted.
 - o Hable sus decisiones con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que saben lo que usted desea. Debe hablar sobre este tema más de una vez.

Otras cosas que debe considerar sobre sus directrices avanzadas

- **Documentos originales**

Conserve sus documentos originales en un lugar seguro. Asegúrese de que puede localizar rápidamente sus documentos si los necesita.

- **Copias**

Conserve una copia de sus directrices avanzadas en un lugar que sea fácil de localizar, como la guantera de su vehículo. Cuando viaje, las directrices avanzadas deben estar disponibles para el personal de emergencias o sus proveedores de atención médica.

- **Conserve una lista**

Conserve una lista de las personas que recibieron una copia de sus directrices avanzadas. De esta manera, usted sabrá a quién notificar si cambia sus documentos.

5º PASO: Compártalo: Revise sus decisiones

Revise sus documentos de directrices avanzadas al menos una vez al año y en cualquier momento en que su situación de salud cambie. Con el tiempo también pueden cambiar sus pensamientos, perspectivas y puntos de vista.

- **Lo que desea ahora:** es importante asegurarse de que estos documentos reflejan sus preferencias actuales sobre sus decisiones para el final de la vida
- **Su agente:** asegúrese de que el agente que seleccionó sea todavía su mejor elección
- **¿Hay algún cambio importante desde la última revisión?** Es buena idea volver a examinar sus directrices avanzadas cuando hay cambios importantes en su vida (matrimonio, nacimiento de un hijo, enfermedad grave, divorcio, fallecimiento de un familiar, etc.), o al menos una vez al año

Cómo agregar sus directrices avanzadas a su expediente médico de Vidant Health



Después de completar sus directrices avanzadas, entregue una COPIA de su documento con esta hoja de presentación a Vidant Health. Puede enviar una copia al departamento de Servicios de administración de información médica (HIMS, en inglés) o llevársela a su proveedor de Vidant Health en su próxima cita.

Sus directrices avanzadas se colocarán en su expediente médico electrónico de Vidant Health para que estén disponible si usted no puede comunicar sus decisiones por sí mismo.

- **Si usted nunca ha sido un paciente de Vidant antes**, HIMS creará un expediente médico de Vidant Health para usted. Sus directrices avanzadas serán el primer ingreso en su expediente médico.
- **Si usted ya es paciente de Vidant**, escanaremos sus directrices avanzadas para su expediente médico electrónico de Vidant Health.
- Sus documentos estarán disponibles en su expediente médico en los siguientes cinco días hábiles después de que Vidant Health los reciba.
- Cualquier hospital Vidant o consultorio de Vidant Medical Group puede revisar su expediente médico Vidant Health. Usted **NO TIENE** que enviar sus documentos por separado a cada uno de ellos

Complete la siguiente información:

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Fecha de nacimiento: _____ (Mes/Día/Año) Sexo: Masculino Femenino

Últimos 4 dígitos del Número de seguridad social: _____

Estado del paciente:

He sido paciente de Vidant antes (hospital o consultorio médico), por lo que tengo un expediente médico Vidant Health:
Número de expediente médico Vidant (*si lo sabe*): _____

Nunca he sido paciente de Vidant antes y necesito que me creen un expediente médico Vidant Health nuevo.

Opciones para enviar datos a Vidant:

1) Por correo, escribiendo a:

Vidant Medical Center
Attn: HIMS Department
2300 Beasley Drive, Doctors Park 8
Greenville, NC 27834

O 2) Llevarlo a su próxima cita:

Si usted es un paciente de los consultorios del Vidant Medical Group, lleve sus documentos a su próxima cita y ellos los escanearán para su expediente.

Una Directriz Avanzada Para Carolina del Norte (*An Advance Directive for North Carolina*)

Un Formulario Práctico para todo Adulto (*A Practical Form for All Adults*)

Introducción (*Introduction*)

Este formulario le permite expresar sus deseos para atención de salud en el futuro y guiar decisiones sobre esa atención. Éste no se refiere a decisiones de finanzas. Aunque legalmente no se requiere que usted tenga una Directriz Avanzada, completar este formulario, puede ayudarle a recibir la atención de salud que usted desea.

Si tiene 18 años de edad o más y puede hacer y comunicar decisiones de atención de salud, podrá usar este formulario.

Este formulario tiene tres partes. Usted puede completar sólo la Parte A, sólo la Parte B o ambas Partes A y B. Para que esta directriz avanzada tenga efecto legal, usted tiene que completar la Parte C de este formulario. Favor de mantener juntas las cinco páginas de este formulario e incluya todas las cinco páginas si comparte copias con sus seres queridos o proveedores de atención de salud.

Este formulario se atiene a las leyes de North Carolina [en NCGS desde § 32A-15 hasta 32A-27 y desde § 90-320 hasta 90-322].

(This form allows you to express your wishes for future health care and to guide decisions about that care. It does not address financial decisions. Although there is no legal requirement for you to have an advance directive, completing this form may help you to receive the health care you desire. If you are 18 years old or older and are able to make and communicate health care decisions, you may use this form.

This form has three parts. You may complete Part A only, or Part B only, or both Parts A and B. To make this advance directive legally effective, you must complete Part C of this form. Please keep all five pages of this form together and include all five pages of the form in any copies you may share with your loved ones or health care providers.

This form complies with North Carolina law [in NCGS § 32A-15 through 32A-27 and § 90-320 through 90-322].)

Parte A: Poder Legal para Atención de Salud (*Health Care Power of Attorney*)

- ¿Qué es un poder legal para atención de salud?** Un poder legal para atención de salud es un documento legal en el cual usted nombra otra persona, llamada un “agente de atención de salud”, para tomar decisiones de atención de salud por usted cuando usted no pueda hacer esas decisiones.
What is a health care power of attorney? (A health care power of attorney is a legal document in which you name another person, called a “health care agent,” to make health care decisions for you when you are not able to make those decisions for yourself.)
- ¿Quién puede ser agente de atención de salud?** Cualquier persona competente de al menos 18 años de edad y que no sea su proveedor de atención de salud pagado puede ser su agente de atención de salud.
(Who can be a health care agent? Any competent person who is at least 18 years old and who is not your paid health care provider may be your health care agent.)
- ¿Cómo debe escoger su agente de atención de salud?** Usted debe escoger su agente de atención de salud con mucho cuidado, porque esa persona tendrá autoridad amplia para tomar decisiones sobre su atención de salud. Un buen agente de atención de salud es alguien quien le conoce bien, está disponible para representarle cuando necesite y está dispuesto a honrar sus deseos. Es muy importante hablar con su agente de atención de salud sobre sus objetivos y deseos para su atención de salud en el futuro, para que él o ella sepa qué atención usted desea.

(How should you choose your health care agent? You should choose your health care agent very carefully, because that person will have broad authority to make decisions about your health care. A good health care agent is someone who knows you well, is available to represent you when needed, and is willing to honor your wishes. It is very important to talk with your health care agent about your goals and wishes for your future health care, so that he or she will know what care you want.)

4. **¿Qué decisiones puede hacer su agente de atención de salud?** A menos que usted limite el poder de su agente de atención de salud en la Sección 2 de la Parte A de este formulario, su agente de atención de salud puede hacer toda decisión de atención de salud por usted, incluyendo:

- iniciar o detener medidas de prolongar la vida
- decisiones sobre tratamientos de salud mental
- escoger sus doctores y facilidades de servicio
- revisar y compartir su información médica
- autopsias y disposición de su cuerpo después de fallecer

(What decisions can your health care agent make? Unless you limit the power of your health care agent in Section 2 of Part A of this form, your health care agent can make all health care decisions for you, including:

- starting or stopping life-prolonging measures
- decisions about mental health treatment
- choosing your doctors and facilities
- reviewing and sharing your medical information
- autopsies and disposition of your body after death)

5. **¿Puede su agente de atención de salud donar sus órganos y tejidos después de usted fallecer?** Sí, si usted opta darle este poder a su agente de atención de salud en el formulario. Para hacer esto, tiene que poner sus iniciales en la declaración de la Sección 3 de la Parte A.

(Can your health care agent donate your organs and tissues after your death? Yes, if you choose to give your health care agent this power on the form. To do this, you must initial the statement in Section 3 of Part A.)

6. **¿Cuándo será efectivo este poder legal para atención de salud?** Este documento será efectivo si su doctor determina que usted ha perdido la habilidad de hacer sus propias decisiones de atención de salud.

(When will this health care power of attorney be effective? This document will become effective if your doctor determines that you have lost the ability to make your own health care decisions.)

7. **¿Cómo puede revocar este poder legal para atención de salud?** Si está competente, usted puede revocar este poder legal para atención de salud de cualquier manera que quede claro su deseo de revocarlo. Por ejemplo, puede destruir este documento, escribir “nulo” sobre el documento, decirle a su doctor que está revocando el documento, o completar un nuevo poder legal de atención de salud.

(How can you revoke this health care power of attorney? If you are competent, you may revoke this health care power of attorney in any way that makes clear your desire to revoke it. For example, you may destroy this document, write “void” across this document, tell your doctor that you are revoking the document, or complete a new health care power of attorney.)

8. **¿Quién toma decisiones de atención de salud por mí si no nombro un agente de atención de salud y no puedo hacer mis propias decisiones?** Si usted no tiene un agente de atención de salud, la ley de NC requiere que los proveedores de atención de salud recurran a los siguientes individuos según el orden a continuación: encargado legal; un abogado asignado bajo un poder general (POA, por sus siglas en inglés) si ese POA incluye el derecho a hacer decisiones de atención de salud; un esposo o esposa; una mayoría entre sus padres e hijos adultos; una mayoría entre sus hermanos mayores de edad; o un individuo que tenga una relación establecida con usted, quien actúa en buena fe y que pueda comunicar sus deseos. Si no hay nadie, la ley permite que su doctor haga decisiones por usted siempre y cuando otro doctor esté de acuerdo con esas decisiones.

(Who makes health care decisions for me if I don't name a health care agent and I am not able to make my own decisions? If you do not have a health care agent, NC law requires health care providers to look to the following individuals, in the order listed below: legal guardian; an attorney-in-fact under a general power of attorney (POA) if that POA includes the right to make health care decisions; a husband or wife; a majority of your parents and adult children; a majority of your adult brothers and sisters; or an individual who has an established relationship with you, who is acting in good faith and who can convey your wishes. If there is no one, the law allows your doctor to make decisions for you as long as another doctor agrees with those decisions.)

Parte B: Testamento en Vida (*Living Will*)

- 1. ¿Qué es un testamento en vida?** En Carolina del Norte, un testamento en vida le permite declarar sus deseos de no recibir medidas para prolongar la vida en cualquiera o todas las siguientes situaciones:
 - Usted tiene una condición incurable que resultará en su muerte en un periodo de corto tiempo.
 - Usted está inconsciente, y sus doctores están confiados de que no puede recobrar la conciencia.
 - Usted tiene demencia avanzada u otra pérdida sustancial e irreversible de función mental.

(What is a living will? In North Carolina, a living will lets you state your desire not to receive life-prolonging measures in any or all of the following situations:

 - *You have a condition that is incurable that will result in your death within a short period of time.*
 - *You are unconscious, and your doctors are confident that you cannot regain consciousness.*
 - *You have advanced dementia or other substantial and irreversible loss of mental function.)*
- 2. ¿Qué son medidas para prolongar la vida?** Las medidas para prolongar la vida son tratamientos médicos que sólo sirven para posponer la muerte, incluyendo máquinas para respirar, diálisis renal, antibióticos, alimentación por tubo (nutrición e hidratación artificial), y formas similares de tratamiento.

(What are life-prolonging measures? Life-prolonging measures are medical treatments that would only serve to postpone death, including breathing machines, kidney dialysis, antibiotics, tube feeding (artificial nutrition and hydration), and similar forms of treatment.)
- 3. ¿Se pueden suprimir o detener medidas para prolongar la vida sin un testamento en vida?** Sí, bajo ciertas circunstancias. Si puede expresar sus deseos, podrá rechazar medidas para prolongar la vida. Si no puede expresar sus deseos, entonces hay que obtener permiso de aquellos individuos que hacen decisiones por usted.

(Can life-prolonging measures be withheld or stopped without a living will? Yes, in certain circumstances. If you are able to express your wishes, you may refuse life-prolonging measures. If you are not able to express your wishes, then permission must be obtained from those individuals who are making decisions on your behalf.)
- 4. ¿Qué tal si usted desea recibir alimentación por tubo (nutrición e hidratación artificial)?** Usted puede expresar su deseo de recibir alimentación por tubo bajo toda circunstancia. Para hacer esto, tiene que poner sus iniciales en la declaración de la Sección 2 de la Parte B.

(What if you want to receive tube feeding (artificial nutrition and hydration)? You may express your wish to receive tube feeding in all circumstances. To do this, you must initial the statement in Section 2 of Part B.)
- 5. ¿Cómo puede revocar este testamento en vida?** Usted puede revocar este testamento en vida al declarar o escribir de manera clara que desea hacerlo. Por ejemplo, puede destruir el documento, escribir “anulado” sobre el documento, decirle a su doctor que revoca el documento, o completa un nuevo testamento en vida.

(How can you revoke this living will? You may revoke this living will by clearly stating or writing in any clear manner that you wish to do so. For example, you may destroy the document, write “void” across the document, tell your doctor that you are revoking the document, or complete a new living will.)

Parte C: Al Completar este Documento (*Completing this Document*)

Para que esta directriz avanzada sea legalmente válida, tiene que completar todas las tres secciones de la Parte C. *(To make this advance directive legally effective, all three sections of Part C of the document must be completed.)*

1. Espere a tener dos testigos y un notario público presente, luego firme y feche el documento.
(Wait until two witnesses and a notary public are present, then sign and date the document.)
2. Dos testigos tienen que firmar y fechar el documento en la Sección 2 de la Parte C. Estos testigos no pueden ser:
 - su pariente de sangre o político,
 - su heredero, o alguien designado en su testamento a recibir una porción de sus bienes,
 - alguien con un reclamo en contra suya o en contra de sus bienes, o
 - su doctor, otro proveedor de atención de salud o empleado de un hospital donde usted sea paciente, o un empleado del asilo de ancianos u hogar de adultos donde usted vive.*(Two witnesses must sign and date the document in Section 2 of Part C. These witnesses cannot be:*
 - *related to you by blood or marriage,*
 - *your heir, or a person named to receive a portion of your estate in your will,*
 - *someone who has a claim against you or against your estate, or*
 - *your doctor, other health care provider, or an employee of a hospital in which you are a patient, or an employee of the nursing home or adult care home where you live.)*
3. Un notario público tiene que atestiguar las firmas y notarizar el documento en la Sección 3 de la Parte C.
(A notary public must witness these signatures and notarize the document in Section 3 of Part C.)

Parte A: Poder Legal para Atención de Salud (Elección de un Agente de Atención de Salud)

(Part A: Health Care Power of Attorney (Choosing a Health Care Agent))

Si no desea designar un agente de atención de salud, tache toda esta parte y ponga sus iniciales aquí ____.

(If you do not wish to appoint a health care agent, strike through this entire part and initial here)

Mi nombre es (my name is): _____
En letra de molde por favor / (Please Print)

Mi fecha de Nacimiento es (my birth date is): ____ / ____ / ____

1. La persona que elijo como mi agente de atención de salud es *(The person I choose as my health care agent is)* :

_____	_____	_____	
primer nombre <i>(first name)</i>	segundo nombre <i>(middle name)</i>	apellido <i>(last name)</i>	
_____	_____	_____	_____
dirección: calle <i>(street address)</i>	ciudad <i>(city)</i>	estado <i>(state)</i>	código postal <i>(zip code)</i>
_____	_____	_____	_____
teléfono de casa <i>(home phone)</i>	teléfono de trabajo <i>(work phone)</i>	celular <i>(cell phone)</i>	correo electrónico <i>(e-mail address)</i>

Si esta persona no puede o no quiere servir como mi agente de atención de salud, mi siguiente opción es:
(If this person is unable or unwilling to serve as my health care agent, my next choice is)

_____	_____	_____	
primer nombre <i>(first name)</i>	segundo nombre <i>(middle name)</i>	apellido <i>(last name)</i>	
_____	_____	_____	_____
dirección: calle <i>(street address)</i>	ciudad <i>(city)</i>	estado <i>(state)</i>	código postal <i>(zip code)</i>
_____	_____	_____	_____
teléfono de casa <i>(home phone)</i>	teléfono de trabajo <i>(work phone)</i>	celular <i>(cell phone)</i>	correo electrónico <i>(e-mail address)</i>

2. Instrucciones Especiales *(Special Instructions)*:

NOTA: En esta sección, usted puede incluir **cualquier instrucción especial** que desea que siga su agente de atención de salud, o **cualquier limitación** que desea imponer en las decisiones de atención de salud que pueda hacer su agente, incluyendo decisiones sobre alimentación por tubo, otros tratamientos para prolongar la vida, tratamientos de atención mental, autopsia, disposición de su cuerpo después de fallecer y donación de órganos.

Si no tiene instrucciones especiales para su agente de atención de salud, o ninguna limitación que desea imponer en la autoridad de su agente, favor trazar una línea sobre esta sección.

*(NOTE: In this section, you may include **any special instructions** you want your health care agent to follow, or **any limitations** you want to put on the decisions your health care agent can make, including decisions about tube feeding, other life-prolonging treatments, mental health treatments, autopsy, disposition of your body after death, and organ donation.*

If you do not have any special instructions for your health care agent, or any limitations you want to put your agent's authority, please draw a line through this section.)

3. Donación de Órganos (Organ Donation):

____ (iniciales) Mi agente de atención de salud puede donar mis órganos, tejidos o partes después de mi muerte. *(My health care agent may donate my organs, tissues, or parts after my death.)*

(Nota: si no escribe sus iniciales, su agente de atención de salud no podrá donar sus órganos o partes.)
(Please note: if you do not initial above, your health care agent will not be able to donate your organs or parts.)

Para completar este formulario, un notario público tiene que atestiguar las firmas y notarizar el documento en la Sección 3 de la Parte C.

(A notary public must witness these signatures and notarize the document in Section 3 of Part C)

This form is not complete until notarized in Part C.

Parte B: Testamento en Vida

(Part B: Living Will)

Si no desea preparar un testamento en vida, tache toda esta sección y ponga sus iniciales aquí _____.
(If you do not wish to prepare a living will, strike through this entire part and initial here.)

Mi nombre es *(my name is)*: _____
En letra de molde por favor) / (Please Print)

Mi fecha de nacimiento es *(my birth date is)*: ____/ ____ / ____

1. Si no puedo hacer o comunicar decisiones de atención de salud, deseo que no se prolongue mi vida con medidas para prolongar la vida en las siguientes situaciones (puede poner sus iniciales en cualquiera o todas estas opciones) *(If I am unable to make or communicate health care decisions, I desire that my life not be prolonged by life-prolonging measures in the following situations (you may initial any or all of these choices)) :*

____ (iniciales) Tengo una condición que no tiene cura y que resultará en mi muerte en un período de tiempo relativamente corto. *(I have a condition that cannot be cured and that will result in my death within a relatively short period of time.)*

____ (iniciales) Pierdo la conciencia y mis doctores determinan, con alto grado de certeza médica, que nunca recuperaré la conciencia. *(I become unconscious and my doctors determine that, to a high degree of medical certainty, I will never regain any consciousness.)*

____ (iniciales) Sufro de demencia avanzada o cualquier otra condición que resulte en una pérdida sustancial en mi habilidad de pensar, y mis doctores determinan, con alto grado de certeza médica, que esto no va a mejorar. *(I suffer from advanced dementia or any other condition which results in the substantial loss of my ability to think, and my doctors determine that, to a high degree of medical certainty, this is not going to get better.)*

2. ____ (iniciales) Aunque no deseo que se prolongue mi vida con otras medidas para prolongar la vida en las situaciones para las cuales puse mis iniciales en la sección 1 anterior, SÍ DESEO recibir alimentación por tubo en esas situaciones (ponga sus iniciales aquí sólo si SÍ desea alimentación por tubo en esas situaciones). *(Even though I do not want my life prolonged by other life-prolonging measures in the situations I have initialed in section 1 above, IDO want to receive tube feeding in those situations (initial here only if you DO want tube feeding in those situations).*

3. Deseo que me tengan lo más cómodo posible. Quiero que mis proveedores de atención de salud me tengan lo más limpio, cómodo, y libre de dolor posible, aunque este cuidado pueda apresurar mi muerte. *(I wish to be made as comfortable as possible. I want my health care providers to keep me as clean, comfortable, and free of pain as possible, even though this care may hasten my death.)*

4. Mis proveedores de atención de salud pueden contar con este testamento en vida para rechazar o discontinuar medidas para prolongar la vida en las situaciones anteriores donde puse mis iniciales. *(My health care providers may rely on this living will to withhold or discontinue life-prolonging measures in the situations I have initialed above.)*

5. Si he designado un agente de atención en la Parte A de esta directriz avanzada o un documento similar, y ese agente de atención de salud da instrucciones que difieren con los deseos expresados en este testamento en vida, entonces: (NOTA: ponga sus iniciales en **SÓLO UNA** de las siguientes opciones): *(If I have appointed a health care agent in Part A of this advance directive or a similar document, and that health care in Part A of this advance directive or a similar document, and that health care agent gives instructions that differ from the desires expressed in this living will, then: (NOTE: initial ONLY ONE of the two choices below):*

_____ (iniciales) **Sígase este testamento en vida.** Mi agente de atención de salud no puede hacer decisiones que difieran con lo que yo he declarado en este testamento en vida.
(Follow this living will. My health care agent cannot make decisions that are different from what I have stated in this living will.)

_____ (iniciales) **Sígase al agente de atención de salud.** Mi agente de atención de salud tiene la autoridad para hacer decisiones que difieran con lo que yo he indicado en este testamento en vida.
(Follow health care agent. My health care agent has the authority to make decisions that are different from what I have indicated in this living will.)

Para completar este formulario, un notario público tiene que atestiguar las firmas y notarizar el documento en la Sección 3 de la Parte C.
(A notary public must witness these signatures and notarize the document in Section 3 of Part C)

This form is not complete until notarized in Part C.

Part C: Completing this Document

My name is: _____ My birth date is: ____ / ____ / ____
(Please Print)

1. Your Signature - **STOP**

(Note: Wait until two witnesses and a notary public are present before you sign.)

I am mentally alert and competent, and I am fully informed about the contents of this document.

Date: _____ Signature: _____

2. Signatures of Witnesses

I hereby state that the person named above, _____, being of sound mind, signed (or directed another to sign on the person's behalf) the foregoing document in my presence. I am not related to the person by blood or marriage, and I would not be entitled to any portion of the estate of the person under any existing will or codicil of the person or as an heir under the law, if the person died on this date without a will. I am not the person's attending physician. I am not a licensed health care provider or mental health treatment provider who is (1) an employee of the person's attending physician or mental health treatment provider, (2) an employee of the health facility in which the person is a patient, or (3) an employee of a nursing home or any adult care home where the person resides. I do not have any claim against the person or the estate of the person.

Date: _____ Signature of Witness: _____

Date: _____ Signature of Witness: _____

3. Notarization

_____ COUNTY, _____ STATE

Sworn to (or affirmed) and subscribed before me this day by

_____ (type/print name of Signer)

_____ (type/print name of Witness)

_____ (type/print name of Witness)

Date: _____ Signature of Notary Public: _____
(Official Seal)

_____ (type/print name of Notary Public)

My commission expires: _____ (date)