

# DIRECTIVA POR ANTICIPADO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

## INSTRUCCIONES

La Sección 1 de este formulario le permite nombrar a otro individuo como representante para que tome las decisiones de atención de la salud por usted en caso que llegue a ser incapaz de tomar sus propias decisiones o si usted quiere que alguien más tome esas decisiones por usted ahora aunque todavía siga siendo capaz. También puede nombrar a un representante suplente que actúe por usted si su primera elección no está dispuesta, no es capaz o no está razonablemente accesible para tomar decisiones por usted.

Su representante no puede ser un operador o empleado de un establecimiento de atención comunitaria y un establecimiento de atención residencial donde lo estén atendiendo, ni su proveedor de atención de la salud encargado de la supervisión o un empleado de la institución de atención de la salud donde usted esté recibiendo la misma, a menos que su representante esté emparentado con usted o sea compañero de trabajo.

A menos que indique lo contrario en este formulario, su representante tendrá el derecho de:

1. Prestar o negar el consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de otro modo una enfermedad física o mental.
2. Seleccionar o rechazar proveedores e instituciones de atención de la salud.
3. Aprobar o desaprobado pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos.
4. Dirigir el proveimiento, la negación o la retirada de nutrición e hidratación artificial y todas las demás formas de atención de la salud, incluyendo resucitación cardiopulmonar.
5. Donar órganos o tejidos, autorizar una autopsia y ordenar la disposición final de los restos.

Sin embargo, su representante no podrá internarlo en un establecimiento psiquiátrico ni dar su consentimiento para que usted sea sometido a tratamiento convulsivo, psicocirugía, esterilización o aborto.

La Sección 2 de este formulario le permite dar instrucciones específicas acerca de cualquier aspecto de su atención de la salud, ya sea que usted nombre un representante o no. Se proporcionan opciones para que usted exprese sus deseos acerca del proveimiento, la negación o la retirada del tratamiento para mantenerlo vivo, así como el proveimiento de alivio del dolor. También se proporciona espacio para que usted aumente las opciones que haya hecho o que anote cualesquier deseos adicionales. Si está conforme con dejar que su representante determine lo que sea mejor para usted al tomar decisiones relacionadas con el final de la vida, no es necesario que llene la Parte 2 de este formulario.

Entrégueles copias del formulario firmado y debidamente llenado a su médico, a cualesquier otros proveedores de atención de la salud que pueda tener, a cualquier institución de atención de la salud en la que lo estén atendiendo y a todos los representantes de atención de la salud que haya nombrado. Deberá hablar con la persona que haya nombrado como representante para asegurar que él o ella entienda sus deseos y esté dispuesta a asumir la responsabilidad.

***Usted tiene derecho a revocar esta directiva por anticipado de la atención de la salud o a reemplazar este formulario en cualquier momento.***

PS 1125-S Advance Health Care Directive - Spanish



[1214]

Patient's Name:

MR#

**PARTE 1 – PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN DE LA SALUD**

**DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE:**

Designo al siguiente individuo como mi representante para que tome las decisiones de atención de la salud por mí:

Nombre del individuo que usted elija como representante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(en casa) (teléfono en el trabajo) (teléfono celular/localizador)

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi representante o si mi representante no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente accesible para tomar una decisión de atención de la salud por mí, designo como mi primer representante suplente a:

Nombre de la persona que usted elige como primera alternativa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(en casa) (teléfono en el trabajo) (teléfono celular/localizador)

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi representante y mi primer representante suplente o si ninguno de los dos está dispuesto, es capaz o está razonablemente accesible para tomar una decisión de atención de la salud por mí, designo como mi segundo representante suplente a:

Nombre del individuo que usted elija como su segundo representante suplente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(en casa) (teléfono en el trabajo) (teléfono celular/localizador)

**AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE:**

Mi representante está autorizado para tomar todas las decisiones de atención de la salud por mí, incluyendo las decisiones para proveer, negar o retirar la nutrición e hidratación artificial y todas las demás formas de atención de la salud para mantenerme vivo, excepto como lo consigno aquí:

---

---

*(Si es necesario, agregue hojas adicionales.)*

**CUÁNDO ENTRA EN VIGENCIA LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE:**

La autoridad de mi representante entra en vigencia cuando mi médico de atención primaria determine que soy incapaz de tomar mis propias decisiones de atención de la salud.

---

*(Inicial aquí)*

La autoridad de mi representante para tomar las decisiones de atención de la salud por mí entra en vigor inmediatamente.

---

*(Inicial aquí)*

**OBLIGACIÓN DEL REPRESENTANTE:**

Mi representante tomará decisiones de atención de la salud por mí de acuerdo con este poder notarial para atención de la salud, todas las instrucciones que yo proporcione en la Parte 2 de este formulario y mis demás deseos en la medida conocida para mi representante. En la medida que mis deseos sean desconocidos, mi representante tomará decisiones de atención de la salud por mí de acuerdo con lo que mi representante determine que es en mi mejor interés. Para determinar mi mejor interés, mi representante deberá considerar mis valores personales en la medida conocida por el mismo.

**AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE DESPUÉS DE LA MUERTE:**

Mi representante está autorizado para hacer donaciones anatómicas, autorizar una autopsia y ordenar la disposición final de mis restos, excepto como yo lo consigno aquí o en la Parte 3 de este formulario:

---

---

*(Si es necesario, agregue hojas adicionales.)*

**NOMBRAMIENTO DE CURADOR:**

Si algún tribunal necesita nombrar a un curador de mi persona, propongo al representante designado en este formulario. Si dicho representante no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para actuar como curador, propongo a los representantes suplentes que he nombrado, en el orden designado.

**PARTE 2 – INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD**

Si usted llena esta parte del formulario, podrá tachar cualquier texto que no quiera.

**DECISIONES DEL FINAL DE LA VIDA:**

Ordeno que mis proveedores de atención de la salud y otros que participen en mi atención provean, nieguen o retiren el tratamiento de acuerdo con la elección que yo haya marcado abajo:

***Elección de no prolongar la vida***

\_\_\_\_\_  
*(Inicial aquí)*

No quiero que mi vida sea prolongada si (1) tengo una enfermedad incurable e irreversible que resulte en mi muerte dentro de un periodo relativamente corto, (2) pierdo el conocimiento y, con un grado razonable de certidumbre médica, no lo recuperaré o (3) los riesgos y cargas probables del tratamiento serían más mayores que los beneficios previstos,

O

***Elección de prolongar la vida***

\_\_\_\_\_  
*(Inicial aquí)*

Quiero que mi vida sea prolongada tanto como sea posible dentro de los límites de las normas de atención de la salud generalmente aceptadas.

**ALIVIO DEL DOLOR:**

Excepto como lo consigno en el siguiente espacio, ordeno que se me proporcione en todo momento tratamiento para el alivio del dolor o las molestias, aunque acelere mi muerte:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(Si es necesario, agregue hojas adicionales.)*

**OTROS DESEOS:**

(Si usted no está de acuerdo con alguna de las elecciones opcionales que aparecen arriba y desea anotar las suyas propias, o si desea aumentar las instrucciones que ha proporcionado arriba, puede hacerlo aquí).  
Ordeno que:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(Si es necesario, agregue hojas adicionales.)*

**PARTE 3 – DONACIÓN DE ÓRGANOS DESPUÉS DE LA MUERTE (OPCIONAL)**

I. Después de mi muerte

Dono todos los órganos, tejidos o partes necesarios. \_\_\_\_\_  
(Inicial aquí)

O

No autorizo la donación de ningún órgano, tejido u otra parte del cuerpo. \_\_\_\_\_  
(Inicial aquí)

O

Dono solamente los siguientes órganos, tejidos o partes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Inicial aquí)

II. Si usted desea donar a órganos, tejidos o partes, usted debe completar II. y III.

Mi donación es para los siguientes propósitos (tache cualquiera de los siguientes que usted no desee):

Trasplante \_\_\_\_\_ Investigación \_\_\_\_\_  
(Inicial aquí) (Inicial aquí)

Terapia \_\_\_\_\_ Educación \_\_\_\_\_  
(Inicial aquí) (Inicial aquí)

III. Entiendo que los bancos de tejidos trabajan con procesadores y distribuidores de tejidos tanto con fines de lucro como sin fines de lucro. Es posible que la donación de piel se use para fines cosméticos o de cirugía reconstructiva. Es posible que la donación de tejido se use para trasplantes fuera de los Estados Unidos.

1. Mi donación de piel puede usarse con fines de cirugía cosmética.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Inicial aquí) (Inicial aquí)

2. Mi donación de tejido puede usarse para aplicaciones fuera de los Estados Unidos.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Inicial aquí) (Inicial aquí)

3. Mi donación de tejido puede ser usada por procesadores y distribuidores de tejidos con fines lucrativos.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Inicial aquí) (Inicial aquí)

(Health and Safety Code Section 7158.3)

**PARTE 4 – MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (OPCIONAL)**

Designo al siguiente como mi médico de atención primaria:

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

OPCIONAL: Si el médico que he designado no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente accesible para actuar como mi médico de atención primaria, designo al siguiente para que desempeñe este papel:

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**PARTE 5 – FIRMA**

El formulario debe ser firmado por usted y dos testigos calificados o certificado ante un notario público.

**FIRMA:**

Firme y ponga aquí la fecha en el formulario:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(paciente)

Dirección: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:**

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California (1) que el individuo que firmó o certificó esta directiva por anticipado de la atención de la salud es conocido personalmente para mí, o que la identidad del individuo me fue demostrada con evidencia convincente, (2) que el individuo firmó o certificó esta directiva por anticipado en mi presencia, (3) que el individuo parece encontrarse en buen estado mental y bajo ninguna presión, fraude o influencia indebida, (4) que no soy la persona designada como representante en esta directiva por anticipado y (5) que no soy el proveedor de atención de la salud del individuo, un empleado del proveedor de atención de la salud del individuo, el operador de un establecimiento de atención comunitaria, un empleado de un operador de un establecimiento de atención comunitaria, el operador de un establecimiento de atención residencial para ancianos, ni un empleado de un operador de un establecimiento de atención residencial para personas de edad avanzada.

**PRIMERO TESTIGO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(*testigo*)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(*testigo*)

**SEGUNDO TESTIGO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(*testigo*)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(*testigo*)

**DECLARACIÓN ADICIONAL DE LOS TESTIGOS:**

Por lo menos uno de los testigos mencionados arriba también debe firmar la siguiente declaración:

Declaro además bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que no estoy emparentado por lazos sanguíneos, matrimonio o adopción con el individuo que formaliza esta directiva por anticipado de la atención de la salud, y que a mi leal saber y entender, no tengo derecho a parte alguna del caudal hereditario del individuo después de su muerte bajo un testamento actualmente existente o por ministerio de ley.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(*testigo*)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(*testigo*)

**USTED PUEDE USAR ESTE CERTIFICADO DE CONFIRMACIÓN ANTE NOTARIO PÚBLICO EN VEZ DE LA DECLARACIÓN DE TESTIGOS.**

State of California )

County of \_\_\_\_\_ )

)

On (date) \_\_\_\_\_ before me, (name and title of the officer) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ personally 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. [Civil Code Section 1189]

Signature: \_\_\_\_\_ [Seal]  
(notary)

**PARTE 6 – REQUERIMIENTO DE TESTIGO ESPECIAL**

Si usted es paciente en un establecimiento con servicio de enfermería especializada, el abogado o defensor cívico del paciente debe firmar la siguiente declaración:

**DECLARACIÓN DEL ABOGADO O DEFENSOR CÍVICO DEL PACIENTE**

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que soy abogado o defensor cívico del paciente designado por el Departamento de la Senectud del Estado y que estoy sirviendo como testigo como lo estipula la Sección 4675 del Código Testamentario.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(abogado o defensor cívico del paciente)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(abogado o defensor cívico del paciente)

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_