

DIRECTIVA POR ANTICIPADO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Explicación

Tiene derecho a dar instrucciones sobre su propia atención médica. También tiene derecho a nombrar a otra persona para que tome las decisiones de atención médica por usted. Esta forma le permite hacer una o ambas cosas. Si usa este formulario, puede completar o modificar todo o parte de él. Usted es libre de utilizar una forma diferente.

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 una persona diferente 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 desaprobar 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, tejidos, y partes, 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.

Entréguele 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.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

California Hospital Association (3/19)



Parte 1 – Poder Notarial Para Atención De La Salud

Su agente no puede ser un operador o empleado de un centro de atención comunitaria o residencial donde esté recibiendo atención, ni su proveedor supervisor de atención médica o un empleado de la institución de atención médica donde recibe atención, a menos que su agente esté relacionado con usted o es un compañero de trabajo.

Designación Del Representante:

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

Nombre de la persona que usted elija como representante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____
(en casa) (teléfono en el trabajo) (teléfono celular)

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 representante alternativo a:

Nombre de la persona que elige como representante alternativo: _____

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)

O

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 debe tomar 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 donar mis órganos, tejidos, y partes, 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:

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,

(Inicial Aqui)

O

Elección de prolongar la vida

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

(Inicial Aqui)

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.)

California Hospital Association (3/19)



PARTE 3 – Donacion de Organos, Tejidos Y Partes Al Momento De La Muerte (Opcional)

Después de mi muerte:

Dono mis órganos, tejidos y partes. _____
(Inicial aquí para indicar “sí”)

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)

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)

Si desea restringir su donación de un órgano, tejido o parte de alguna manera, indique su restricción en las siguientes líneas: _____

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)

Si dejo la Parte 3 en blanco, no es una negativa a hacer una donación. Se debe seguir mi registro de donante autorizado por el estado o, si no lo hay, mi agente puede hacer una donación después de mi muerte. Si no se nombra a ningún agente arriba, reconozco que la ley de California permite que una persona autorizada tome una decisión de ese tipo en mi nombre. (Para indicar cualquier limitación, preferencia o instrucción con respecto a la donación, use las líneas de arriba o en la página 3 de este formulario).

California Hospital Association (3/19)



Parte 4 – Medico Principal

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.

California Hospital Association (3/19)



PRIMER 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)

California Hospital Association (3/19)



Patient's Name:

MR#

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of the document.

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.

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: _____

Civil Code Section 1189; Health and Safety Code Section 7158.3; Probate Code Section 4701

California Hospital Association (3/19)

Advance Health Care Directive - Spanish
PS 1125-S Page 8 of 8



[1214]

Patient's Name:

MR#