



Utilice este formulario para participar en su atención médica en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones. El formulario consta de tres pasos:

Use this form to have a say in your medical care if you become unable to make your own decisions. The form has three steps:

Paso 1: Nombre a su representante de atención médica. **Step 1:** Name your health care agent

Paso 2: Escriba sus instrucciones para la atención médica. **Step 2:** Write down your health care instructions

Paso 3: Firme el formulario para legalizarlo. **Step 3:** Sign the form to make it legal

Este es el documento de voluntades anticipadas sobre la atención médica de:

This is the Advance Health Care Directive of:

Nombre _____

Name

Fecha de

nacimiento _____

Date of Birth

Cuando complete este formulario:

When this form is complete:

- ☐ Comparta copias con su equipo médico, su representante de atención médica y su familia. Share copies with your medical team, health care agent, and family
- ☐ Guarde el original en un lugar seguro. Keep the original in a safe place
- ☐ Hable con su representante de atención médica y sus seres queridos sobre lo que más le importa en su atención médica. Talk with your health care agent and loved ones about what matters most to you in your health care

Recuerde:

Remember:

- ☐ Usted tiene derecho a revocar o modificar este documento de voluntades anticipadas sobre la atención médica. You have the right to revoke or change this Advance Health Care Directive
- ☐ Puede sustituir este documento de voluntades anticipadas sobre la atención médica completando uno nuevo. Si fuera necesario, se seguirían las opciones de su documento de voluntades anticipadas sobre la atención médica más reciente. You can replace this Advance Health Care Directive by completing a new one. If needed, the choices from your most recent Advance Health Care Directive would be followed

Paso 1: Nombre a su representante de atención médica

Step 1: Name Your Health Care Agent

Su representante de atención médica le ayudaría a tomar decisiones de atención médica si usted no pudiera tomarlas por sí mismo.

Your health care agent would help make health care decisions if you were unable to make them for yourself

Su representante de atención médica debe ser una persona:

Your health care agent should be someone who:

- Que le conozca bien y pueda ayudar a su equipo médico a entender sus prioridades de atención médica.
Knows you well and can help your medical team understand your health care priorities
- En quien usted confíe para que cumpla sus deseos y haga lo que mejor le convenga a usted.
You trust to follow your wishes and do what is best for you
- A quien se pueda localizar en una emergencia.
Can be reached in an emergency
- Que tenga al menos 18 años.
Is at least 18 years old

Su representante de atención médica no puede ser un integrante de su equipo médico.

Your health care agent cannot be a member of your medical team

Si usted no pudiera tomar decisiones por sí mismo, su representante de atención médica puede ayudarle a elegir:

If you become unable to make decisions for yourself, your health care agent can help choose:

- Su hospital, clínica, centro de convalecencia o asilo de ancianos, equipo médico y cuidadores a domicilio.
Your hospital, clinic, nursing home or residence, medical team, and in-home caregivers
- Medicamentos, pruebas y tratamientos.
Medications, tests, and treatments
- Quién puede ver sus expedientes médicos.
Who can see your medical records
- Si se deben iniciar o suspender tratamientos de soporte vital, como RCP (reanimación cardiopulmonar), un respirador mecánico (máquina que ayuda a respirar), diálisis, alimentación artificial, transfusiones de sangre y más.
Whether to start or stop life support treatments like CPR (cardiopulmonary resuscitation), a mechanical ventilator (breathing machine), dialysis, artificial feeding, blood transfusions, and more
- Qué se hace con su cuerpo y sus órganos después de su muerte.
What is done with your body and organs after you die

Mi representante de atención médica

My health care agent

Quiero que esta persona sea mi representante de atención médica, para que me ayude a tomar decisiones sobre mi atención médica si no pudiera tomarlas por mí mismo:

I want this person to be my health care agent, to help make my health care decisions if I become unable to make them for myself:

Nombre			
Name			
Relación/parentesco		Teléfono	
Relationship		Phone	

(Opcional) **Mi representante de atención médica alternativo** (Optional) **My alternate health care agent**

Si la primera persona no puede hacerlo, quiero que esta persona sea mi representante de atención médica, para que me ayude a tomar las decisiones sobre mi atención médica si no pudiera tomarlas por mí mismo:

If the first person cannot do it, I want this person to be my health care agent, to help make my health care decisions if I become unable to make them for myself:

Nombre Name _____

Relación/parentesco
Relationship _____

Teléfono
Phone _____

(Opcional) Agregue cualquier comentario sobre su elección de representante de atención médica:

(Optional) Add any comments about your choice of health care agent:

La autoridad de mi representante de atención médica entrará en vigor si un médico determina que he perdido la capacidad de tomar decisiones médicas informadas por mí mismo.

My health care agent's authority will go into effect if a physician determines that I've lost the ability to make informed medical decisions for myself.

Paso 2: Escriba sus instrucciones para la atención médica

Step 2: Write Down Your Health Care Instructions

Si se enferma o se lesiona gravemente y no puede tomar sus propias decisiones, el **paso 2** le ayudará a asegurarse de que tiene voz y voto en las decisiones importantes sobre su atención médica. If you become critically ill or injured, and you are unable to make your own decisions, Step 2 will help make sure you have a say about important health care decisions.

Instrucciones específicas: tratamientos de soporte vital Specific instructions: life support treatments

Los tratamientos de soporte vital son tratamientos médicos que intentan mantener el cuerpo con vida cuando de otro modo moriría. Pueden incluir reanimación cardiopulmonar (RCP), un respirador mecánico (máquina que ayuda a respirar), diálisis, sondas de alimentación, transfusiones de sangre y más. Life support treatments are medical treatments that try to keep your body alive when it would otherwise die. They can include cardiopulmonary resuscitation (CPR), a mechanical ventilator (breathing machine), dialysis, feeding tubes, blood transfusions, and more.

Si estuviera gravemente enfermo o herido y muriéndome, desearía:

(Ponga sus iniciales junto a la opción con la que esté más de acuerdo).

If I were critically ill or injured, and dying, I would want to:

(Put your initials by the one choice you agree with most).

Probar todos los tratamientos de soporte vital que podrían mantenerme con vida. Desearía que los tratamientos de soporte vital continuaran, aunque hubiera pocas esperanzas de mejorar.

Try all life support treatments that might keep me alive. I would want life support treatments to continue even if there was little hope of getting better.

Probar tratamientos de soporte vital que podrían mantenerme con vida. Sin embargo, desearía SUSPENDER los tratamientos de soporte vital si no me ayudaran a mejorar o si no pudiera vivir sin ellos. En ese momento, querría tener una muerte natural con ayuda para aliviar el dolor o el sufrimiento.

Have a trial of life support treatments that might keep me alive. But I would want to STOP life support treatments if they did not help me get better or I could not live without them. At that point, I would want to allow a natural death with help to ease pain or suffering.

Tener una muerte natural, con ayuda para aliviar el dolor o el sufrimiento. No desearía tratamientos de soporte vital.

Allow a natural death, with help to ease pain or suffering. I would not want life support treatments

No estoy seguro.

I am not sure.

(Opcional) Cualquier otro comentario o instrucción:

(Optional) Any other comments or instructions:

Paso 3: Firme el formulario para legalizarlo

Step 3: Sign the Form to Make It Legal

Para que éste sea un documento legal, debe firmar el formulario ante dos testigos o un notario público.
(Si vive en un centro de convalecencia, también deberá firmar el defensor del paciente o el defensor del pueblo).
To make this a legal document, you must sign the form in front of two witnesses or a Notary Public.
(If you reside in a nursing home, the patient advocate or ombudsman must also sign).

Usted llena esta parte

You Fill Out This Part

Su firma Your signature	_____	Fecha Date	_____
Escriba su nombre en letra de molde Print your name	_____		
Dirección Address	_____		
Teléfono Phone	_____		

Los testigos llenan esta parte (Esto sólo es necesario si un notario no ha legalizado el formulario).

Witnesses Fill Out This Part (This is only needed if a Notary has not notarized the form).

Confirmando que conozco a la persona que firmó este documento de voluntades anticipadas sobre la atención médica; esta persona firmó o confirmó haber firmado el formulario en mi presencia; y la persona parece estar en su sano juicio y no se encuentra bajo coacción. Además, confirmo que tengo 18 años o más; que no soy el representante de atención médica designado en este formulario; que no soy el proveedor de atención médica; y que no soy empleado del proveedor de atención médica o de ningún centro de atención médica en donde esta persona vive.

I confirm that I know the person who signed this advance health care directive; this person signed or acknowledged signing the form in my presence; and the person appears to be of sound mind and under no duress. I also confirm that I am 18 years or older; I am not the health care agent designated in this form; I am not the health care provider; and I am not an employee of the health care provider or any health care facility where this person resides.

<u>Testigo Nº1</u> <u>Witness #1</u>	
Firma Signature	_____ Fecha Date _____
Escribir el nombre en letra de molde Print name	_____
Dirección Address	_____

Testigo N°2

Witness #2

Firma

Signature

Fecha

Date

Escribir el nombre en

letra de molde

Print name

Dirección

Address

Un testigo también debe firmar esta declaración: Además, confirmo que no tengo ningún parentesco consanguíneo, por matrimonio o adopción con la persona que firmó este formulario. No me beneficiaré económicamente (recibiré dinero o bienes) tras el fallecimiento de esta persona.

One witness must also sign this statement: I also confirm that I am not related to the person who signed this form by blood, marriage, or adoption. I will not benefit financially (receive money or property) after this person dies.

Firma

Signature

El notario público llena esta parte

(Esto sólo es necesario si dos testigos no han firmado el formulario).

Notary Public Fills Out This Part

(This is only needed if two witnesses have not signed the form).

Estado de California

Condado de _____

State of California

County of

CERTIFICADO DE CONSTANCIA DE NOTARIO PÚBLICO

Un notario público u otro funcionario que complete este certificado verifica únicamente la identidad de la persona que firmó el documento al que se adjunta este certificado, y no la veracidad, exactitud o validez de dicho documento.

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

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 that document.

El _____ ante mí,
On _____ before me,

compareció
personalmente
personally appeared

que me demostró, mediante pruebas satisfactorias, ser la/s persona/s cuyo/s nombre/s está/n suscrito/s en el presente documento y reconoce/n que él/ella/ellos ha/n ejecutado el mismo en su/s capacidad/es autorizada/s, y que mediante su/s firma/s en el documento, la/s persona/s, o la entidad en cuyo nombre actuó/actuaron la/s persona/s, ejecutó/ ejecutaron el documento.

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) who 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

Certifico bajo PENA DE PERJURIO en virtud de las leyes del Estado de California que el párrafo anterior es veraz y correcto.

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

TESTIGO de mi mano y sello oficial.
WITNESS my hand and official seal.

Firma
Signature

(Sello del notario)
(Notary Seal)

El defensor del paciente o el defensor del pueblo llena esta parte *(Esto sólo es necesario si usted es paciente de un centro de enfermería especializada).*

Patient Advocate or Ombudsman Fills Out This Part *(This is only needed if you are a patient in a skilled nursing facility).*

Declaro bajo PENA DE PERJURIO en virtud de las leyes del Estado de California que soy defensor del paciente o defensor del pueblo según lo designado por el Departamento Estatal de Envejecimiento (State Department of Aging) y que estoy fungiendo como testigo según lo requiere la Sección 4675 del Código Testamentario (Probate Code).

I declare under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State 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.

Fecha _____ Hora _____
Date _____ Time _____

Firma _____
Signature _____

Escribir el nombre en
letra de molde _____
Print name _____

Dirección _____
Address _____

Revisión del formulario 2/2024

Form revision 2/2024