

## DIRECTIVA AVANZADA DE ATENCIÓN MÉDICA

Las 4 partes de este formulario le permiten dar instrucciones acerca de sus decisiones de atención médica y nombrar a un representante para que tome estas decisiones por usted. También le permite expresar sus deseos con respecto a la donación de órganos y la designación de su médico primario. Si usted utiliza esta forma, es posible completar o modificarla en su totalidad o una parte de ella. Usted es libre de utilizar otros formularios de instrucciones avanzadas de atención médica que pueda tener un formato diferente.

**Parte 1** Le permite nombrar a otro individuo como representante para que tome las decisiones de atención de la salud por usted en caso de una incapacidad que no le permita tomar sus propias decisiones o si usted quiere que alguien más tome esas decisiones por usted aunque todavía la capacidad para hacerlo. Esto se conoce como el poder notariado para el cuidado de la salud. También puede nombrar a un representante suplente que actúe por usted si su primera elección no está dispuesta, no es capaz, o no sea accesible en el momento necesario para tomar decisiones por usted. (Su representante no puede ser un operador o empleado de un establecimiento de atención comunitaria o de 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 atención médica, a menos que su representante esté emparentado con usted o sea compañero de trabajo.)

Usted puede usar este formulario para limitar la autoridad de su agente o darle autoridad ilimitada referente las decisiones de atención médica por usted. Usted no necesita limitar la autoridad de su agente si desea confiar en su agente para todas las decisiones de atención de médica que tal vez tenga que hacer. Si no desea limitar la autoridad de su agente, su representante tendrá el derecho a:

- a) Aceptar o negar el consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de otro modo una enfermedad física o mental.
- b) Seleccionar o rechazar proveedores e instituciones de atención de la salud.
- c) Aprobar o desaprobar pruebas, diagnósticos, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos.
- d) Dirigir el proveimiento, la negación o el retiro de nutrición e hidratación artificial y todas formas de atención a la salud, incluyendo resucitación cardiopulmonar.
- e) Hacer donaciones anatómicas, autorizar una autopsia y ordenar la disposición final de los restos.

**Parte 2** Le permite dar instrucciones específicas acerca de cualquier aspecto de su atención médica, ya sea que usted nombre un representante o no. Se proporcionan opciones para que usted exprese sus deseos acerca del proveimiento, la negación o el retiro 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 cualquier deseo adicional. Si confía en que su representante determine lo que sea mejor para usted referente a decisiones relacionadas con la etapa final de vida, no es necesario que llene la Parte 2 de este formulario.

**Parte 3** Le permite expresar sus deseos para la donación de órganos y tejidos corporales después de su muerte.

**Parte 4** Le permite designar a un médico para que se responsabilice en sus atenciones médicas.

Después de completar este formulario, firme y anote la fecha al final del formulario. El formulario debe ser firmado por dos testigos calificados o reconocido ante un notario público. Entrégueles copia del formulario firmado y completado a su médico, a 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 médica que haya nombrado. Deberá hablar con la persona que haya nombrado como representante para asegurar que él o ella entiendan sus deseos y esté dispuesta a asumir la responsabilidad.

**Usted tiene derecho a revocar esta directiva avanzada de atención médica o a reemplazar este formulario en cualquier momento.**

## ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

The 4 Parts of this form allow you to give instructions about your own health care and name someone else to make health care decision for you. It also lets you express your wishes regarding donation of organs and the designation of your primary physician. If you use this form, you may complete or modify all or any part of it. You are free to use other Advance Health Care Directive forms that may be formatted differently.

**Part 1** Lets you name another individual as agent to make health care decisions for you if you become incapable of making your own decisions or if you want someone else to make those decisions for you now even though you are still capable. This is known as power of attorney for health care. You may also name an alternate agent to act for you if your first choice is not willing, able, or reasonably available to make decisions for you. (Your agent may not be an operator or employee of a community care facility or a residential care facility where you are receiving care, or your supervising health care provider or employee of the health care institution where you are receiving care, unless your agent is related to you or is a coworker.)

You can use this form to limit the authority of your agent or you can have your agent make all health care decisions for you. You need not limit the authority of your agent if you wish to rely on your agent for all health care decisions that may have to be made. If you choose not to limit the authority of your agent, your agent will have the right to:

- (a) Consent or refuse consent to any care, treatment, service, or procedure to maintain, diagnose, or otherwise affect a physical or mental condition.
- (b) Select or discharge health care providers and institutions.
- (c) Approve or disapprove diagnostic tests, surgical procedures, and programs of medication.
- (d) Direct the provision, withholding, or withdrawal of artificial nutrition and hydration and all other forms of health care, including cardiopulmonary resuscitation.
- (e) Make anatomical gifts, authorize an autopsy, and direct disposition of remains.

**Part 2** Lets you give specific instructions about any aspect of your health care, whether or not you appoint an agent. Choices are provided for you to express your wishes regarding the provision, withholding, or withdrawal of treatment to keep you alive, as well as the provision of pain relief. Space is also provided for you to add to the choices you have made or for you to write out any additional wishes. If you are satisfied to allow your agent to determine what is best for you in making end-of-life decisions, you need not fill out Part 2 of this form.

**Part 3** Lets you express an intention to donate your bodily organs and tissues following your death.

**Part 4** Lets you designate a physician to have primary responsibility for your health care.

After completing this form, sign and date the form at the end. The form must be signed by two qualified witnesses OR acknowledged before a notary public. Give a copy of the signed and completed form to your physician, to any other health care providers you may have, to any health care institution at which you are receiving care, and to any health care agents you have named. You should talk to the person you have named as agent to make sure that he or she understands your wishes and is willing to take the responsibility.

You have the right to revoke this advance health care directive or replace this form at any time.

DIRECTIVA AVANZADA DE ATENCIÓN MÉDICA/ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

Para/For

escriba su nombre con letra de molde / your printed name

PARTE 1 – PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA / PART 1- POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

(1.1) DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE: Yo designo al siguiente individuo como mi representante para que tome las decisiones de atención médica por mí:

(1.1) DESIGNATION OF AGENT: I designate the following individual as my agent to make health care decisions for me:

( nombre del individuo que usted elije como representante/name of individual you choose as agent )
(dirección/address) (ciudad/city) (estado/state) (código postal/zip code)
(teléfono de casa/home phone) ( teléfono de trabajo/work phone)

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:

OPTIONAL: If I revoke my agent's authority or if my agent is not willing, able, or reasonably available to make a health care decision for me, I designate as my first alternate agent:

( nombre del individuo que usted elije como representante/name of individual you choose as agent )
(dirección/address) (ciudad/city) (estado/state) (código postal/zip code)
(teléfono de casa/home phone) ( teléfono de trabajo/work phone)

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 segundo representante suplente a:

OPTIONAL: If I revoke my agent's authority or if my agent is not willing, able, or reasonably available to make a health care decision for me, I designate as my first alternate agent:

( nombre del individuo que usted elije como representante/name of individual you choose as agent )
(dirección/address) (ciudad/city) (estado/state) (código postal/zip code)
(teléfono de casa/home phone) ( teléfono de trabajo/work phone)

**(1.2) AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE: Mi representante está autorizado para tomar todas las decisiones de atención médica 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:**

**(1.2) AGENT'S AUTHORITY: My agent is authorized to make all health care decisions for me, including decisions to provide, withhold, or withdraw artificial nutrition and hydration and all other forms of health care to keep me alive, except as I state here:**

---

*(Si es necesario, agregue hojas adicionales/add additional Sheets if needed)*

**(1.3) CUÁNDO ENTRA EN VIGENCIA LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE: Yo quiero que la autoridad de mi representante entra en vigencia:**

**(1.3) WHEN AGENT'S AUTHORITY BECOMES EFFECTIVE: I want my agent's authority to become effective:**

- (a) Cuando mi médico de atención primaria determine que soy incapaz de tomar mis propias decisiones de salud.**
- (b) La autoridad de mi representante para que tome decisiones de atención médica por mí entra en vigor inmediatamente.**

- (a) When my primary physician determines that I am unable to make my own health decisions.**
- (b) My agent's authority to make health care decisions for me takes effect immediately.**

**(1.4) OBLIGACIÓN DEL REPRESENTANTE: Mi representante tomará decisiones de atención de la salud por mí de acuerdo con este poder notariado de 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 por 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 sea en mi mejor interés. Para determinar mi mejor interés, mi representante deberá considerar mis valores personales en la medida conocida por el mismo.**

**(1.4) AGENT'S OBLIGATION: My agent shall make health care decisions for me in accordance with this power of attorney for health care, any instructions I give in Part 2 of this form, and my other wishes to the extent known to my agent. To the extent my wishes are unknown, my agent shall make health care decisions for me in accordance with what my agent determines to be in my best interest. In determining my best interest, my agent shall consider my personal values to the extent known to my agent.**

**(1.5) 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:**

**(1.5) AGENT'S POSTDEATH AUTHORITY: My agent is authorized to make anatomical gifts, authorize an autopsy, and direct disposition of my remains, except as I state here or in Part 3 of this form:**

---

*(Si es necesario, agregue hojas adicionales/add additional sheets in needed)*

**(1.6) NOMBRAMIENTO DEL CONSERVADOR:** Si es necesario que una corte designe para mí un conservador de mi persona, yo nombro al representante designado en este formulario. Si ese representante no está dispuesto, no es capaz o no está accesible para actuar como conservador, nombro a los representantes suplentes que he designado, en el orden en que lo he hecho.

**(1.6) NOMINATION OF CONSERVATOR:** If a conservator of my person needs to be appointed for me by a court, I nominate the agent designated in this form. If that agent is not willing, able, or reasonably available to act as conservator, I nominate the alternate agents whom I have named, in the order designated.

## PARTE 2 - INSTRUCCIONES PARA ATENCIÓN MÉDICA / PART 2 – INSTRUCTIONS FOR HEALTH CARE

Si usted llena esta parte del formulario, podrá tachar cualquier texto que no quiera / If you fill out this part of the form, you may strike any wording you do not want.

**(2.1) 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:

**(2.1) END-OF-LIFE DECISIONS:** I direct that my health care providers and others involved in my care provide, withhold, or withdraw treatment in accordance with the choice I have marked below:

**(a) 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 mayores que los beneficios previstos, O

**(a) Choice Not To Prolong Life**

I do not want my life to be prolonged if (1) I have an incurable and irreversible condition that will result in my death within a relatively short time, (2) I become unconscious and, to a reasonable degree of medical certainty, I will not regain consciousness, or (3) the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits, OR

**(b) 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.

**(b) Choice To Prolong Life**

I want my life to be prolonged as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.

**(2.2) 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:

**(2.2) RELIEF FROM PAIN:** Except as I state in the following space, I direct that treatment for alleviation of pain or discomfort be provided at all times, even if it hastens my death:

---

*(Si es necesario, agregue hojas adicionales/add additional sheets if needed)*

**(2.3) 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:

**(2.3) OTHER WISHES:** (If you do not agree with any of the optional choices above and wish to write your own, or if you wish to add to the instructions you have given above, you may do so here.) I direct that:

---

*(Si es necesario, agregue hojas adicionales/add additional sheets if needed)*

**PARTE 3 - DONACIÓN DE ÓRGANOS DESPUÉS DE LA MUERTE (OPCIONAL) / PART 3 – DONATION OF ORGANS AT DEATH (OPTIONAL)**

**(3.1) Después de mi muerte (marque las casillas que correspondan):**

- (a) Dono todos los órganos, tejidos o partes necesarios, O
- (b) Dono solamente los siguientes órganos, tejidos o partes
- (c) Mi donación es para los siguientes propósitos (tache cualquiera de los siguientes que usted no desee):
- (1) Trasplante
  - (2) Terapia
  - (3) Investigación
  - (4) Educación

**(3.1) Upon my death (mark applicable box):**

- (a) I give any needed organs, tissues, or parts, OR
- (b) I give the following organs, tissues, or parts only.
- (c) My gift is for the following purposes (strike out any of the following you do not want):
- (1) Transplant
  - (2) Therapy
  - (3) Research
  - (4) Education

**PARTE 4 – MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (OPCIONAL) / PART 4 – PRIMARY PHYSICIAN (OPTIONAL)**

**(4.1) Designo al siguiente como mi médico de atención primaria:**

**(4.1) I designate the following physician as my primary physician:**

\_\_\_\_\_  
*(nombre del médico/name of physician)*

\_\_\_\_\_  
*(dirección/address) (ciudad/city) (estado/state) (código postal/zip code)*

\_\_\_\_\_  
*(teléfono/phone)*

**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:**

**OPTIONAL: If the physician I have designated above is not willing, able, or reasonably available to act as my primary physician, I designate the following physician as my primary physician:**

\_\_\_\_\_  
*(nombre del médico/name of physician)*

\_\_\_\_\_  
*(dirección/address) (ciudad/city) (estado/state) (código postal/zip code)*

\_\_\_\_\_  
*(teléfono/phone)*

**PARTE 5 – FIRMA Y TESTIGOS / PART 5 SIGNATURE AND WITNESSES**

**(5.1) EFECTO DE COPIA: Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.**

**(5.1) EFFECT OF COPY: A copy of this form has the same effect as the original.**

**(5.2) FIRMA: Firme y ponga aquí la fecha en el formulario:**

**(5.2) SIGNATURE: Sign and date the form here:**

\_\_\_\_\_  
*(escriba su nombre con letra de molde/print your name)*

\_\_\_\_\_  
*(ponga su firma/sign your name)*

\_\_\_\_\_  
*(fecha/date)*

\_\_\_\_\_  
*(dirección/address)*

\_\_\_\_\_  
*(ciudad/city)*

\_\_\_\_\_  
*(estado/state)*

\_\_\_\_\_  
*(código postal/zip code)*

**(5.3) DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS: Declaro bajo pena de perjuicio conforme a las leyes de California (1) que el individuo que firmó o certificó esta directiva avanzada de atención medica es conocido personalmente por mí, o que la identidad del individuo 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) no soy la persona designada como representante en esta directiva por anticipado y (5) no soy el proveedor de atención médica del individuo, un empleado del proveedor de atención médica 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.**

**(5.3) STATEMENT OF WITNESSES: I declare under penalty of perjury under the laws of California (1) that the individual who signed or acknowledged this advance health care directive is personally known to me, or that the individual's identity was proven to me by convincing evidence, (2) that the individual signed or acknowledged this advance directive in my presence, (3) that the individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence, (4) that I am not a person appointed as agent by this advance directive, and (5) that I am not the individual's health care provider, an employee of the individual's health care provider, the operator of a community care facility, an employee of an operator of a community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly, nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly.**

**Primer Testigo/First Witness**

**Segundo Testigo/Second Witness**

\_\_\_\_\_  
*(escriba su nombre con letra de molde/print name)*

\_\_\_\_\_  
*(escriba su nombre con letra de molde/print name)*

\_\_\_\_\_  
*(dirección/address)*

\_\_\_\_\_  
*(dirección/address)*

\_\_\_\_\_  
*(ciudad/city)*

\_\_\_\_\_  
*(estado/state)*

\_\_\_\_\_  
*(ciudad/city)*

\_\_\_\_\_  
*(estado/state)*

\_\_\_\_\_  
*(firma del testigo/signature of witness)*

\_\_\_\_\_  
*(firma del testigo/signature of witness)*

\_\_\_\_\_  
*(fecha/date)*

\_\_\_\_\_  
*(fecha/date)*

**(5.4) DECLARACIÓN ADICIONAL DE LOS TESTIGOS: Uno de los testigos mencionados arriba debe firmar la siguiente declaración: Declaro bajo pena de perjuicio conforme a las leyes de California que no estoy emparentado por lazos sanguíneos, matrimonio o adopción con el individuo que formaliza esta directiva avanzada de atención médica, y con el mejor de mi conocimiento, 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.**

**(5.4) ADDITIONAL STATEMENT OF WITNESSES: At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance health care directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.**

\_\_\_\_\_  
*(escriba el nombre del testigo con letra de molde/print name of witness)*

\_\_\_\_\_  
*(firma del testigo/signature of witness)*

## **PARTE 6 - REQUERIMIENTO DE TESTIGO ESPECIAL /PART 6 – SPECIAL WITNESS REQUIREMENT**

**(6.1) Se requiere la siguiente declaración sólo si usted es un paciente en un centro de enfermería especializada - un centro de atención de la salud que ofrece los siguientes servicios básicos: atención de enfermería especializada y atención de apoyo a los pacientes cuya necesidad principal es la disponibilidad de atención de enfermería especializada en una base extendida. el abogado o defensor cívico del paciente debe firmar la siguiente declaración:**

**(6.1) The following statement is required only if you are a patient in a skilled nursing facility--a health care facility that provides the following basic services: skilled nursing care and supportive care to patients whose primary need is for availability of skilled nursing care on an extended basis. The patient advocate or ombudsman must sign the following statement:**

### **STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN**

**DECLARACIÓN DEL ABOGADO O DEFENSOR CÍVICO DEL PACIENTE**  
**Declaro bajo pena de perjuicio 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.**

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.

\_\_\_\_\_  
*(nombre del defensor cívico del paciente/print ombudsman name)*

\_\_\_\_\_  
*(firma del defensor cívico del paciente/sign ombudsman name)*

\_\_\_\_\_  
*(fecha/date)*

\_\_\_\_\_  
*(dirección/address)*

\_\_\_\_\_  
*(ciudad/city)*

\_\_\_\_\_  
*(estado/state)*

\_\_\_\_\_  
*(código postal/zip code)*

**USTED PUEDE USAR ESTA ACTA NOTARIAL DE RECONOCIMIENTO EN VEZ DE LA DECLARACIÓN DE TESTIGOS:**

Un notario público u otro oficial que complete esta acta notarial de reconocimiento verifica solo la identidad del individuo que firmó el documento, al cual dicha acta notarial de reconocimiento se adjunta, y no la veracidad, precisión o validez del documento.

**YOU MAY USE THIS CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT BEFORE A NOTARY PUBLIC INSTEAD OF THE STATEMENT OF WITNESSES (prior page):**

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.

State of California

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

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_,  
Date Here Insert Name and Title of the Officer

personally appeared \_\_\_\_\_  
Name 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 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 1189)

Signature \_\_\_\_\_  
Signature of Notary Public

Place Notary Seal Above