

# Instrucción anticipada de atención de salud de California

California Advance Health Care Directive



## SPANISH & ENGLISH

- Esta forma les permitirá a sus médicos conocer sus deseos de cuidado de la salud  
This form will let your doctors know your health care wishes
- Esta forma tiene 2 tipos de páginas  
This form has 2 types of pages

Las páginas de la izquierda están en español e inglés

Pages on the left have both Spanish and English

Las páginas de la derecha están solamente en español

Pages on the right have only Spanish

Ambas páginas dicen **lo mismo**

Both pages say the **same thing**

- La mayoría de los médicos solamente habla inglés  
Most doctors only read English

Por lo tanto, **llene solamente las páginas que están en inglés y español**

So only **fill out** pages that have both **Spanish and English**

- Si necesita ayuda, llame al 408-332-5579  
If you need help call 408-332-5579

## ESPAÑOL

- Esta forma les permitirá a sus médicos conocer sus deseos de cuidado de la salud
- Esta forma tiene 2 tipos de páginas

Las páginas de la izquierda están en español e inglés

Las páginas de la derecha están solamente en español

Ambas páginas dicen **lo mismo**

- La mayoría de los médicos solamente habla inglés

Por lo tanto, **llene solamente las páginas que están en inglés y español**

- Si necesita ayuda, llame al 408-332-5579

Vaya a la página siguiente

Go to the next page



# Instrucción anticipada de atención de salud de California

California Advance Health Care Directive

**Esta forma le permite indicar cómo desea que le traten si está muy enfermo.**

This form lets you have a say about how you want to be treated if you get very sick.



## ● Esta forma consta de 3 partes. Le permite:

This form has 3 parts. It lets you:

### Parte 1: Escoger un apoderado de atención de salud.

Part 1: Choose a health care agent.

Un apoderado de atención de salud es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.

A health care agent is a person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.

### Parte 2: Tomar sus propias decisiones de atención de salud.

Part 2: Make your own health care choices.

Esta forma le permite escoger el tipo de atención de salud que desea. De esta manera, las personas encargadas de su cuidado no tendrán que adivinar lo que desea si está muy enfermo para decirlo por usted mismo.

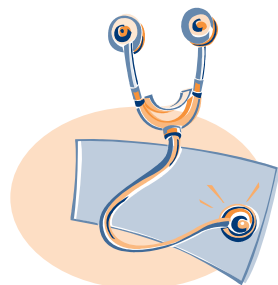
This form lets you choose the kind of health care you want. This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are too sick to tell them yourself.

### Parte 3: Firmar el formulario.

Part 3: Sign the form.

Se debe firmar antes de que se pueda usar.

It must be signed before it can be used.



**Usted puede llenar la Parte 1, la Parte 2 o ambas. Siempre firme el formulario en la página E9.**

You can fill out Part 1, Part 2, or both. Always sign the form on page E9.

**Es necesario que 2 testigos firmen en la página E10 o que un notario público firme en la página E11.**

2 witnesses need to sign on page E10 or a notary public on page E11.

**Vaya a la página siguiente**

Go to the next page



# Instrucción anticipada de atención de salud de California

Esta forma le permite indicar cómo desea que le traten si está muy enfermo.

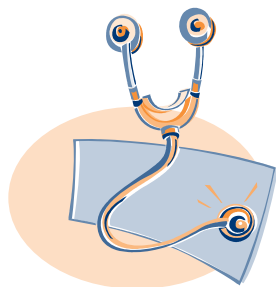


● Esta forma consta de 3 partes. Le permite:



**Parte 1: Escoger un apoderado de atención de salud.**

Un apoderado de atención de salud es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.



**Parte 2: Tomar sus propias decisiones de atención de salud.**

Esta forma le permite escoger el tipo de atención de salud que desea. De esta manera, las personas encargadas de su cuidado no tendrán que adivinar lo que desea si está muy enfermo para decirlo por usted mismo.



**Parte 3: Firmar el formulario.**

Se debe firmar antes de que se pueda usar.

**Usted puede llenar la Parte 1, la Parte 2 o ambas.  
Siempre firme el formulario en la página E9.**

**Es necesario que 2 testigos firmen en la página E10 o  
que un notario público firme en la página E11.**

Vaya a la página siguiente



S1

**Si sólo desea un apoderado de atención de salud, vaya a la Parte 1 en la página E3.**

If you only want a health care agent, go to Part 1 on page E3.

**Si sólo desea tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página E6.**

If you only want to make your own health care choices, go to Part 2 on page E6.

**Si desea hacer ambas cosas, llene la Parte 1 y la Parte 2.**

If you want both, then fill out Part 1 and Part 2.

**Siempre firme el formulario en la Parte 3 que está en la página E9.**

Always sign the form in Part 3 on page E9.

**Es necesario que 2 testigos firmen en la página E10 o que un notario público firme en la página E11.**

2 witnesses need to sign on page E10 or a notary public on page E11.

### ¿Qué hago con el formulario después de llenarlo?

What do I do with the form after I fill it out?

Compártalo con aquellos encargados de su cuidado:

Share the form with those who care for you:

- médicos doctors
- familiares y amigos family & friends
- enfermeras nurses
- apoderado de atención de salud health care agent
- trabajadores sociales social workers



### ¿Qué sucede si cambio de opinión?

What if I change my mind?

- Debe llenar un formulario nuevo. Fill out a new form.
- Informe sobre los cambios a aquellos encargados de su cuidado. Tell those who care for you about your changes.
- Entregue el formulario nuevo a su apoderado de atención de salud y a su médico. Give the new form to your health care agent and doctor.



### ¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el formulario?

What if I have questions about the form?

- Haga las preguntas que usted tenga a los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, apoderados de atención de salud, familiares o amigos para que se las respondan. Bring it to your doctors, nurses, social workers, health care agent, family or friends to answer your questions.

### ¿Qué sucede si tengo decisiones de atención de salud que no aparecen en esta forma?

What if I want to make health care choices that are not on this form?

- Escriba sus decisiones en una hoja adicional. Write your choices on a piece of paper.
- Guarde la hoja junto a esta forma. Keep the paper with this form.
- Comparta sus decisiones con aquellos encargados de su cuidado. Share your choices with those who care for you.



**Si sólo desea un apoderado de atención de salud, vaya a la Parte 1 en la página E3.**

**Si sólo desea tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página E6.**

**Si desea hacer ambas cosas, llene la Parte 1 y la Parte 2.**

**Siempre firme el formulario en la Parte 3 que está en la página E9.**

**Es necesario que 2 testigos firmen en la página E10 o que un notario público firme en la página E11.**

### ● ¿Qué hago con el formulario después de llenarlo?

Compártalo con aquellos encargados de su cuidado:

- médicos
- enfermeras
- trabajadores sociales
- familiares y amigos
- apoderado de atención de salud



### ● ¿Qué sucede si cambio de opinión?

- Debe llenar un formulario nuevo.
- Informe sobre los cambios a aquellos encargados de su cuidado.
- Entregue el formulario nuevo a su apoderado de atención de salud y a su médico.



### ● ¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el formulario?

- Haga las preguntas que usted tenga a los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, apoderados de atención de salud, familiares o amigos para que se las respondan.

### ● ¿Qué sucede si tengo decisiones de atención de salud que no aparecen en esta forma?

- Escriba sus decisiones en una hoja adicional.
- Guarde la hoja junto a esta forma.
- Comparta sus decisiones con aquellos encargados de su cuidado.



# PARTE 1

## Escoger un apoderado de atención de salud

PART 1

Choose your health care agent

### La persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.

The person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.

#### ¿A quién debo escoger como mi apoderado de atención de salud?

Whom should I choose to be my health care agent?

Un familiar o amigo que:

A family member or friend who:



- tenga como mínimo 18 años  
is at least 18 years old
- le conozca bien  
knows you well
- pueda estar con usted cuando lo necesite  
can be there for you when you need them
- usted confíe que hará lo mejor para usted  
you trust to do what is best for you
- pueda informarle a los médicos sobre las decisiones que tomó en esta forma  
can tell your doctors about the decisions you made on this form



Su apoderado **no puede** ser su médico o alguien que trabaje en el hospital o clínica, a menos que sea un familiar.

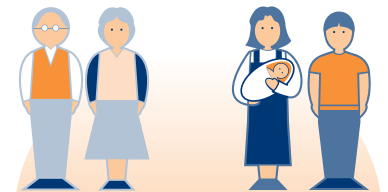
Your agent cannot be your doctor or someone who works at your hospital or clinic, unless he/she is a family member.

#### ¿Qué sucede si no escojo un apoderado de atención de salud?

What will happen if I do not choose a health care agent?

Si está demasiado enfermo como para tomar sus propias decisiones, los médicos les pedirán a sus familiares más directos que tomen las decisiones por usted.

If you are too sick to make your own decisions, your doctors will ask your closest family members to make decisions for you.



Si desea que su apoderado no sea un familiar, debe escribir su nombre en esta forma.

If you want your agent to be someone other than family, you must write his or her name on this form.

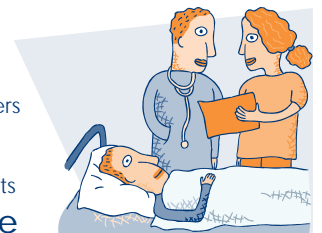
#### ¿Qué tipo de decisiones puede tomar mi apoderado de atención de salud?

What kind of decisions can my health care agent make?

Aceptar, rechazar, cambiar, suspender o escoger:

Agree to, say no to, change, stop or choose:

- médicos, enfermeras, trabajadores sociales    doctors, nurses, social workers
- hospitales o clínicas    hospitals or clinics
- medicamentos, exámenes o tratamientos    medications, tests, or treatments
- lo que sucederá con su cuerpo y órganos después de su muerte  
what happens to your body and organs after you die



Su apoderado deberá seguir las decisiones de atención de salud que usted tome en la Parte 2. Your agent will need to follow the health care choices you make in Part 2.

Vaya a la página siguiente

Go to the next page



# PARTE 1

## Escoger un apoderado de atención de salud

La persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.

### ¿A quién debo escoger como mi apoderado de atención de salud?

Un familiar o amigo que:



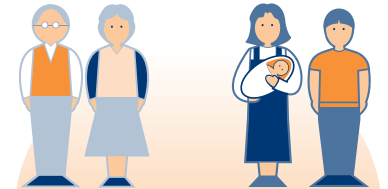
- tenga como mínimo 18 años
- le conozca bien
- pueda estar con usted cuando lo necesite
- usted confíe que hará lo mejor para usted
- pueda informarle a los médicos sobre las decisiones que tomó en esta forma



Su apoderado **no puede** ser su médico o alguien que trabaje en el hospital o clínica, a menos que sea un familiar.

### ¿Qué sucede si no escojo un apoderado de atención de salud?

Si está demasiado enfermo como para tomar sus propias decisiones, los médicos les pedirán a sus familiares más directos que tomen las decisiones por usted.



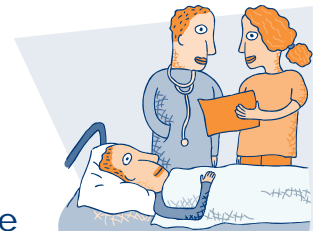
Si desea que su apoderado no sea un familiar, debe escribir su nombre en esta forma.

### ¿Qué tipo de decisiones puede tomar mi apoderado de atención de salud?

Aceptar, rechazar, cambiar, suspender o escoger:

:

- médicos, enfermeras, trabajadores sociales
- hospitales o clínicas
- medicamentos, exámenes o tratamientos
- lo que sucederá con su cuerpo y órganos después de su muerte



Su apoderado deberá seguir las decisiones de atención de salud que usted tome en la Parte 2.

Vaya a la página siguiente



## Otras decisiones que su apoderado puede tomar:

Other decisions your agent can make:

### ● **Tratamientos de soporte vital** – tratamiento médico para ayudarle a vivir más tiempo

Life support treatments – medical care to try to help you live longer

- **RCP o reanimación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation)**  
cardio = corazón (heart) • pulmonar = pulmones (lungs) • reanimación = recuperación (to bring back)



Estos tratamientos pueden ser: This may involve:

- presionar con fuerza en el pecho para mantener la circulación de la sangre pressing hard on your chest to keep your blood pumping
- choques eléctricos para hacer que el corazón vuelva a funcionar electrical shocks to jump start your heart
- medicamentos a través de las venas medicines in your veins



- **Respirador artificial** Breathing machine or ventilator

El respirador bombea aire a los pulmones y respira por usted. Usted no puede hablar cuando se encuentra conectado al respirador. The machine pumps air into your lungs and breathes for you. You are not able to talk when on the machine.

- **Diálisis** Dialysis

Una máquina que limpia la sangre si los riñones dejan de funcionar. A machine that cleans your blood if your kidneys stop working.

- **Sonda de alimentación** Feeding tube

Una sonda que se usa para alimentarle si no puede tragar. Esta sonda se inserta por la garganta hasta el estómago. También se puede colocar mediante una cirugía.

A tube used to feed you if you cannot swallow. The tube is placed down your throat into your stomach. It can also be placed by surgery.

- **Transfusiones de sangre** Blood transfusions

Poner sangre en las venas. To put blood in your veins.

- **Cirugía** Surgery

- **Medicamentos** Medicines



### ● **Cuidados para el final de la vida** – si existe la posibilidad de que muera pronto, su apoderado de atención de salud puede:

End of life care – if you might die soon your health care agent can:



- llamar a un guía espiritual call in a spiritual leader
- decidir si muere en su casa o en el hospital decide if you die at home or in the hospital



**Comparta esta forma con su apoderado de atención de salud. Díglele a su apoderado el tipo de tratamiento médico que desea.**

Show your health care agent this form. Tell your agent what kind of medical care you want.



## Otras decisiones que su apoderado puede tomar:

### ● **Tratamientos de soporte vital** – tratamiento médico para ayudarle a vivir más tiempo

- **RCP o reanimación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation)**  
cardio = corazón • pulmonar = pulmones • reanimación = recuperación



Estos tratamientos pueden ser:

- presionar con fuerza en el pecho para mantener la circulación de la sangre
- choques eléctricos para hacer que el corazón vuelva a funcionar
- medicamentos a través de las venas



- **Respirador artificial**

El respirador bombea aire a los pulmones y respira por usted. Usted no puede hablar cuando se encuentra conectado al respirador.

- **Diálisis**

Una máquina que limpia la sangre si los riñones dejan de funcionar.

- **Sonda de alimentación**

Una sonda que se usa para alimentarle si no puede tragar. Esta sonda se inserta por la garganta hasta el estómago. También se puede colocar mediante una cirugía.



- **Transfusiones de sangre**

Poner sangre en las venas.

- **Cirugía**

- **Medicamentos**

### ● **Cuidados para el final de la vida** – si existe la posibilidad de que muera pronto, su apoderado de atención de salud puede:



- llamar a un guía espiritual
- decidir si muere en su casa o en el hospital



Comparta esta forma con su apoderado de atención de salud. Dígale a su apoderado el tipo de tratamiento médico que desea.



# Su representante de atención médica



Your Health Care Agent

- Deseo que esta persona tome por mí las decisiones relacionadas con la atención médica. Escriba esto en la página E5.** I want this person to make my medical decisions. Write this on page E5.

nombre (first name) \_\_\_\_\_ apellido (last name) \_\_\_\_\_

dirección (street address) \_\_\_\_\_ ciudad (city) \_\_\_\_\_ estado (state) \_\_\_\_\_ código postal (zip code) \_\_\_\_\_  
( ) - ( ) -

número de teléfono particular (home phone number) \_\_\_\_\_ número de teléfono del trabajo (work phone number) \_\_\_\_\_

- Si esta primera persona no puede hacerlo, deseo que esta otra persona tome por mí las decisiones relacionadas con la atención médica.** If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions.

nombre (first name) \_\_\_\_\_ apellido (last name) \_\_\_\_\_

dirección (street address) \_\_\_\_\_ ciudad (city) \_\_\_\_\_ estado (state) \_\_\_\_\_ código postal (zip code) \_\_\_\_\_  
( ) - ( ) -

número de teléfono particular (home phone number) \_\_\_\_\_ número de teléfono del trabajo (work phone number) \_\_\_\_\_

- Marque con una X la oración con la que está de acuerdo. Marque esto en la página E5.** Put an X next to the sentence you agree with. Mark this on page E5.

- Mi representante de atención médica puede tomar decisiones por mí inmediatamente después de que yo firme este formulario. My health care agent can make decisions for me right after I sign this form.
- Mi representante de atención médica puede tomar decisiones por mí **solamente** cuando yo no pueda tomar mis propias decisiones. My health care agent will make decisions for me only after I cannot make my own decisions.

- Puede escribir en este formulario sus elecciones relacionadas con la atención médica. ¿Cómo desea que su representante de atención médica cumpla estas elecciones? Marque con una X una oración con la que más esté de acuerdo. Marque esto en la página E5.** You may write down your health care choices on this form. How do you want your health care agent to follow these choices? Put an X next to the one sentence you most agree with. Write this on page E5.

- Deseo que mi representante de atención médica tome decisiones junto con mis médicos de acuerdo con su criterio. Acepto que mi representante cumpla mis elecciones de atención médica que figuran en este formulario como una **pauta general**. I want my health care agent to work with my doctors and to use her/his best judgment. It is OK for my agent to follow my health care choices on this form as a **general guide**.

**A pesar de que acepto que se cumplan mis elecciones de atención médica como una pauta general, hay algunas elecciones que no deseo cambiar:**  
Even though it is OK to follow my choices as a general guide, there are some choices I do not want changed:

\_\_\_\_\_

- Deseo que mi representante siga mis elecciones de atención médica **exactamente** tal como están expresadas en este formulario. Nunca deseo que mi representante cambie mis elecciones, aunque los médicos consideren que no son buenas para mí. I want my health care agent to follow my health care choices on this form **exactly**. I never want my agent to change my choices, even if the doctors think this is not good for me.

**Para tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página siguiente.**  
To make your own health care choices, go to Part 2 on the next page.

**Para firmar esta forma, vaya a la Parte 3 en la página E9.**  
To sign this form, go to Part 3 on page E9.

## Su representante de atención médica



- Deseo que esta persona tome por mí las decisiones relacionadas con la atención médica. Escriba esto en la página E5.

nombre \_\_\_\_\_ apellido \_\_\_\_\_  
 dirección \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_  
 ( ) - ( ) -  
 número de teléfono particular \_\_\_\_\_ número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

- Si esta primera persona no puede hacerlo, deseo que esta otra persona tome por mí las decisiones relacionadas con la atención médica.

nombre \_\_\_\_\_ apellido \_\_\_\_\_  
 dirección \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_  
 ( ) - ( ) -  
 número de teléfono particular \_\_\_\_\_ número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

- Marque con una X la oración con la que está de acuerdo. Marque esto en la página E5.

- Mi representante de atención médica puede tomar decisiones por mí inmediatamente después de que yo firme este formulario.
- Mi representante de atención médica puede tomar decisiones por mí **solamente** cuando yo no pueda tomar mis propias decisiones.

- Puede escribir en este formulario sus elecciones relacionadas con la atención médica. ¿Cómo desea que su representante de atención médica cumpla estas elecciones? Marque con una X una oración con la que más esté de acuerdo. Marque esto en la página E5.

- Deseo que mi representante de atención médica tome decisiones junto con mis médicos de acuerdo con su criterio. Acepto que mi representante cumpla mis elecciones de atención médica que figuran en este formulario como una **pauta general**.

A pesar de que acepto que se cumplan mis elecciones de atención médica como una pauta general, hay algunas elecciones que no deseo cambiar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Deseo que mi representante siga mis elecciones de atención médica **exactamente** tal como están expresadas en este formulario. Nunca deseo que mi representante cambie mis elecciones, aunque los médicos consideren que no son buenas para mí.

Para tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página siguiente.

Para firmar esta forma, vaya a la Parte 3 en la página E9.

# PARTE 2

## Tomar sus propias decisiones de atención de salud

PART 2

Make your own health care choices

Escriba sus decisiones de manera que aquellos encargados de su cuidado no tengan que adivinar. Escriba sus decisiones en la página E6.

Write down your choices so those who care for you will not have to guess. Write your answers on page E6.

**Piense en las cosas que hacen que su vida valga la pena.**

Think about what makes your life worth living.

**Mi vida sólo vale la pena si puedo:**

My life is only worth living if I can:

**Marque con una X todas las frases con las cuales esté de acuerdo en la página E6.**

Put an X next to all the sentences you agree with on page E6.

- conversar con mi familia o amigos talk to family or friends
- despertar de un estado de coma wake up from a coma
- alimentarme, bañarme y cuidar de mí mismo feed, bathe, or take care of myself
- no sentir dolor be free from pain
- vivir sin estar conectado a máquinas live without being hooked up to machines
- no estoy seguro I am not sure



or

**Mi vida siempre vale la pena sin importar lo enfermo que esté.**

My life is always worth living no matter how sick I am.

**Si estoy muriendo, es importante para mí estar:**

If I am dying, it is important for me to be:

- en casa at home     en el hospital in the hospital     no estoy seguro I am not sure

**¿Es importante para usted la religión o la espiritualidad?**

Is religion or spirituality important to you?

- no no     sí yes

Si usted tiene una religión... ¿Cuál es?

If you have one, what is your religion? \_\_\_\_\_

**¿Qué deben saber los médicos sobre su religión o espiritualidad?**

What should your doctors know about your religion or spirituality?

**Si está enfermo, sus médicos y enfermeras siempre intentarán mantenerle lo más cómodo posible y sin dolor.**

If you are sick, your doctors and nurses will always try to keep you comfortable and free from pain.



# PARTE 2 Tomar sus propias decisiones de atención de salud

Escriba sus decisiones de manera que aquellos encargados de su cuidado no tengan que adivinar. Escriba sus decisiones en la página E6.

**●** Piense en las cosas que hacen que su vida valga la pena.

Mi vida **sólo** vale la pena si puedo:

Marque con una **X** **todas** las frases con las cuales esté de acuerdo en la página E6.

- conversar con mi familia o amigos
- despertar de un estado de coma
- alimentarme, bañarme y cuidar de mí mismo
- no sentir dolor
- vivir sin estar conectado a máquinas
- no estoy seguro



**o** Mi vida siempre vale la pena sin importar lo enfermo que esté.

**●** Si estoy muriendo, es importante para mí estar:

en casa     en el hospital     no estoy seguro

**●** ¿Es importante para usted la religión o la espiritualidad?

no     sí    Si usted tiene una religión... ¿Cuál es?

**●** ¿Qué deben saber los médicos sobre su religión o espiritualidad?

---



---

Si está enfermo, sus médicos y enfermeras siempre intentarán mantenerle lo más cómodo posible y sin dolor.



**Los tratamientos de soporte vital se usan para mantenerle vivo. Estos pueden ser RCP, un respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis, transfusiones de sangre o medicamentos.**

Life support treatments are used to try to keep you alive. These can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, blood transfusions, or medicine.

**Marque con una X la frase con la cual esté más de acuerdo.**

Put an X next to the one choice you most agree with.

**Por favor, lea toda esta página antes de tomar sus decisiones.**

Please read this whole page before you make your choice.

**Marque sus respuestas en la página E7.**

Mark your answers on page E7.

**Si estoy muy enfermo y puedo morir pronto:**

If I am so sick that I may die soon:

Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar.

Try all life support treatments that my doctors think might help.

Si los tratamientos **no funcionan** y existe una mínima esperanza de mejorarme, **deseo que me conecten a máquinas de soporte vital.**

If the treatments do not work and there is little hope of getting better, I want to stay on life support machines.

or

Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar.

Try all life support treatments that my doctors think might help.

Si los tratamientos **no funcionan** y existe una mínima esperanza de mejorarme, **no deseo que me conecten a máquinas de soporte vital.**

If the treatments do not work and there is little hope of getting better, I do not want to stay on life support machines.

or

Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar, **pero no** los siguientes.

Try all life support treatments that my doctors think might help but not these treatments.

**Marque los tratamientos que no desee.**

Mark what you do not want.

RPC CPR

sonda de alimentación feeding tube

diálisis dialysis

transfusión de sangre blood transfusion

respirador artificial breathing machine

medicamentos medicine

otros tratamientos \_\_\_\_\_

other treatments

or

**No deseo ningún** tratamiento de soporte vital.

I do not want any life support treatments.

or

Deseo que mi **apoderado de atención de salud** decida por mí.

I want my health care agent to decide for me.

or

**No estoy seguro.**

I am not sure.



**Vaya a la página siguiente**

Go to the next page



**Los tratamientos de soporte vital** se usan para mantenerle vivo. Estos pueden ser RCP, un respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis, transfusiones de sangre o medicamentos.

Marque con una X la frase con la cual esté más de acuerdo.  
Por favor, lea toda esta página antes de tomar sus decisiones.  
Marque sus respuestas en la página E7.

**Si estoy muy enfermo y puedo morir pronto:**

- Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar.



Si los tratamientos **no funcionan** y existe una mínima esperanza de mejorarme, **deseo que me conecten** a máquinas de soporte vital.



- Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar.

Si los tratamientos **no funcionan** y existe una mínima esperanza de mejorarme, **no deseo que me conecten** a máquinas de soporte vital.

- Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar, **pero no** los siguientes.

Marque los tratamientos que **no desee**.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> RPC                      | <input type="radio"/> sonda de alimentación |
| <input type="radio"/> diálisis                 | <input type="radio"/> transfusión de sangre |
| <input type="radio"/> respirador artificial    | <input type="radio"/> medicamentos          |
| <input type="radio"/> otros tratamientos _____ |   |

- No deseo ningún** tratamiento de soporte vital.

- Deseo que mi **apoderado de atención de salud** decida por mí.

- No estoy seguro.

Vaya a la página siguiente



## Sus médicos pueden preguntar sobre la donación de órganos y autopsia después de morir. Infórmenos sus deseos.

Your doctors may ask about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

Marque con una X la frase con la cual esté más de acuerdo. Put an X next to the one choice you most agree with.

Marque sus respuestas en la página E8. Mark your answers on page E8.

### Donar (dar) sus órganos puede ayudar a salvar vidas.

Donating (giving) your organs can help save lives.

**Deseo donar mis órganos.**

I want to donate my organs.

¿Qué órganos desea donar?

Which organs do you want to donate?

cualquier órgano any organ

sólo only \_\_\_\_\_

**No deseo donar mis órganos.**

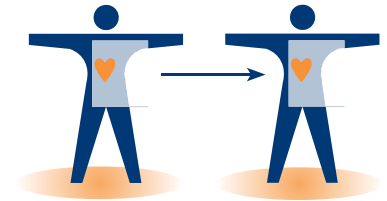
I do not want to donate my organs.

**Deseo que mi apoderado de atención de salud decida.**

I want my health care agent to decide.

**No estoy seguro.**

I am not sure.



### Se puede realizar una autopsia después de la muerte para saber por qué murió una persona. An autopsy can be done after death to find out why someone died.

Se realiza mediante una cirugía. Puede tardar algunos días.

It is done by surgery. It can take a few days.

**Deseo una autopsia.**

I want an autopsy.

**No deseo una autopsia.**

I do not want an autopsy.

**Deseo una autopsia si existe alguna duda sobre mi muerte.**

I want an autopsy if there are questions about my death.

**Deseo que mi apoderado de atención de salud decida.**

I want my health care agent to decide.

**No estoy seguro.**

I am not sure.



### ¿Qué deben saber sus médicos sobre la forma en que desea se trate su cuerpo después de que muera?

What should your doctors know about how you want your body to be treated after you die?



## Sus médicos pueden preguntar sobre la donación de órganos y autopsia después de morir. Infórmenos sus deseos.

Marque con una X la frase con la cual esté más de acuerdo.

Marque sus respuestas en la página E8.

### ● Donar (dar) sus órganos puede ayudar a salvar vidas.

Deseo donar mis órganos.

¿Qué órganos desea donar?

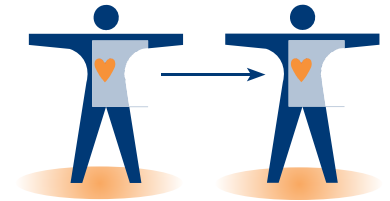
cualquier órgano

sólo \_\_\_\_\_

No deseo donar mis órganos.

Deseo que mi **apoderado de atención de salud** decida.

No estoy seguro.



### ● Se puede realizar una autopsia después de la muerte para saber por qué murió una persona.

Se realiza mediante una cirugía. Puede tardar algunos días.

Deseo una autopsia.

No deseo una autopsia.

Deseo una autopsia si existe alguna duda sobre mi muerte.

Deseo que mi **apoderado de atención de salud** decida.

No estoy seguro.



### ● ¿Qué deben saber sus médicos sobre la forma en que desea se trate su cuerpo después de que muera?

---



---



# PARTE 3

## Firmar el formulario en la página E9

PART 3

Sign the form on page E9



### Antes de que se pueda usar esta forma, usted debe:

Before this form can be used, you must:

- Firmar el formulario en la página E9. Sign the form on page E9.
- Pedirles a dos testigos que lo firmen en la página E10. Have two witnesses sign on page E10.

Si usted no tiene testigos, un notario público debe firmar en la página E11.

El trabajo del notario público es asegurarse de que sea usted quien firma el formulario.  
If you do not have witnesses, a notary public must sign on page E11. A notary public's job is to make sure it is you signing the form.

### Firme e indique la fecha en la página E9. Sign your name and write the date on page E9.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
firma (sign your name)

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
nombre en letra de molde (print your first name)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
apellido en letra de molde (print your last name)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
dirección (street address)

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

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

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

### Su testigo debe: Your witnesses must:

- ser mayor de 18 años be over 18 years of age
- conocerle a usted know you
- verle firmar esta forma see you sign this form



### Su testigo no puede: Your witnesses cannot:

- ser su apoderado de atención de salud be your health care agent
- ser su proveedor de atención de salud be your health care provider
- trabajar para su proveedor de atención de salud work for your health care provider
- trabajar en el lugar donde usted vive (si usted vive en una casa de reposo, vaya a la página E12) work at the place that you live (if you live in a nursing home go to page E12)

### Además, los testigos no pueden: Also, one witness cannot:

- estar relacionados con usted de ningún modo be related to you in any way
- beneficiarse financieramente (recibir dinero o propiedades) después de su muerte benefit financially (get any money or property) after you die

**Los testigos tienen que firmar en la página E10.** Witnesses need to sign their names on page E10.

**Si no tiene testigos, lleve esta forma a un notario público y pídale que firme en la página E11.**

If you do not have witnesses, take this form to a notary public and have them sign on page E11.

# PARTE 3

## Firmar el formulario en la página E9



### Antes de que se pueda usar esta forma, usted debe:

- Firmar el formulario en la página E9.
- Pedirles a dos testigos que lo firmen en la página E10.

Si usted no tiene testigos, un notario público debe firmar en la página E11.

El trabajo del notario público es asegurarse de que sea usted quien firma el formulario.

### Firme e indique la fecha en la página E9.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
firma

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
fecha

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
apellido en letra de molde

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
dirección

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ciudad

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
estado

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
código postal

### Su testigo debe:

- ser mayor de 18 años
- conocerle a usted
- verle firmar esta forma



### Su testigo no puede:

- ser su apoderado de atención de salud
- ser su proveedor de atención de salud
- trabajar para su proveedor de atención de salud
- trabajar en el lugar donde usted vive (si usted vive en una casa de reposo, vaya a la página E12)

### Además, los testigos no pueden:

- estar relacionados con usted de ningún modo
- beneficiarse financieramente (recibir dinero o propiedades) después de su muerte

**Los testigos tienen que firmar en la página E10.**

**Si no tiene testigos, lleve esta forma a un notario público y pídale que firme en la página E11.**

# Pídale a sus testigos que firmen e indiquen la fecha en la página E10

Have your witnesses sign their names and write the date on page E10

Por medio de mi firma, doy fe que \_\_\_\_\_ firmó esta forma mientras yo le miraba. By signing, I promise that \_\_\_\_\_ signed this form while I watched.

Esta persona tenía un uso pleno de su capacidad mental y no fue forzada a firmarlo. He/she was thinking clearly and was not forced to sign it.



También doy fe de que: I also promise that:

- Conozco a esta persona o esta persona demostró quién era I know him/her or this person could prove who he/she was
- Soy mayor de 18 años I am 18 years or older
- No soy su apoderado atención de salud I am not his/her health care agent
- No soy su proveedor de cuidado de la salud I am not his/her health care provider
- No trabajo para su proveedor de cuidado de la salud I do not work for his/her health care provider
- No trabajo en el lugar donde vive esta persona I do not work where he/she lives

Uno de los testigos también debe dar fe de lo siguiente: One witness must also promise that:

- No tengo un parentesco de sangre, por matrimonio ni adopción I am not related to him/her by blood, marriage, or adoption
- No recibiré un beneficio económico (dinero o propiedades) después de que esta persona muera I will not benefit financially (get any money or property) after he/she dies

## ● Testigo 1: Firmen en la página E10. Witness #1: Sign on page E10.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
firma (sign your name)

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
nombre en letra de molde (print your first name)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
apellido en letra de molde (print your last name)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
dirección (street address)

ciudad (city)

estado (state)

código postal (zip code)

## ● Testigo 2: Firmen en la página E10. Witness #2: Sign on page E10.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
firma (sign your name)

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
nombre en letra de molde (print your first name)

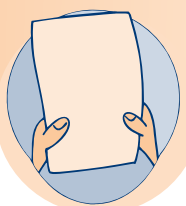
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
apellido en letra de molde (print your last name)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
dirección (street address)

ciudad (city)

estado (state)

código postal (zip code)



## Ha terminado de llenar esta forma.

You are now done with this form.

**Comparta esta forma con sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, amigos, familiares y su apoderado de atención de salud.**

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and health care agent.

**Converse con ellos sobre sus decisiones.**

Talk with them about your choices.



## Pídale a sus testigos que firmen e indiquen la fecha en la página E10

Por medio de mi firma, doy fe que \_\_\_\_\_ firmó esta forma  
(nombre)  
mientras yo le miraba.

Esta persona tenía un uso pleno de su capacidad mental y no fue forzada a firmarlo.

También doy fe de que:

- Conozco a esta persona o esta persona demostró quién era
- Soy mayor de 18 años
- No soy su apoderado atención de salud
- No soy su proveedor de cuidado de la salud
- No trabajo para su proveedor de cuidado de la salud
- No trabajo en el lugar donde vive esta persona



Uno de los testigos también debe dar fe de lo siguiente:

- No tengo un parentesco de sangre, por matrimonio ni adopción
- No recibiré un beneficio económico (dinero o propiedades) después de que esta persona muera

### ● Testigo 1: Firmen en la página E10.

\_\_\_\_\_ / /  
firma

\_\_\_\_\_ / /  
fecha

\_\_\_\_\_ / /  
nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_ / /  
apellido en letra de molde

\_\_\_\_\_ / /  
dirección

\_\_\_\_\_ / /  
ciudad

\_\_\_\_\_ / /  
estado

\_\_\_\_\_ / /  
código postal

### ● Testigo 2: Firmen en la página E10.

\_\_\_\_\_ / /  
firma

\_\_\_\_\_ / /  
fecha

\_\_\_\_\_ / /  
nombre en letra de molde

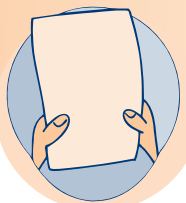
\_\_\_\_\_ / /  
apellido en letra de molde

\_\_\_\_\_ / /  
dirección

\_\_\_\_\_ / /  
ciudad

\_\_\_\_\_ / /  
estado

\_\_\_\_\_ / /  
código postal



## Ha terminado de llenar esta forma..

Comparta esta forma con sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, amigos, familiares y su apoderado de atención de salud.



**S10**

Converse con ellos sobre sus decisiones.

# NOTARIO PÚBLICO

Notary Public

- Lleve esta forma a un notario público **SOLAMENTE** si no lo han firmado dos testigos.

Take this form to a notary public only if two witnesses have not signed this form.

- Lleve una identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.)

Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.)



## CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

**State of California**

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

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_, personally  
Date Here insert name and title of the officer  
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 \_\_\_\_\_  
Signature of Notary Public

### Description of Attached Document

Title or Type of document: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Number of pages: \_\_\_\_\_

### Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: \_\_\_\_\_

- Individual
- Guardian or conservator
- Other \_\_\_\_\_



(Notary Seal)

## Ha terminado de llenar esta forma.

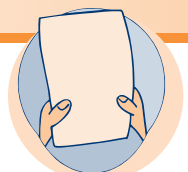
You are now done with this form.

**Comparta esta forma con sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, amigos, familiares y su apoderado de atención de salud.**

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and health care agent.

**Converse con ellos sobre sus decisiones.**

Talk with them about your choices.



# NOTARIO PÚBLICO

- Lleve esta forma a un notario público **SOLAMENTE** si no lo han firmado dos testigos.
- Lleve una identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.)



## CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

**State of California**

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

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_, personally  
Date Here insert name and title of the officer  
 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 \_\_\_\_\_  
Signature of Notary Public

### Description of Attached Document

Title or Type of document: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Number of pages: \_\_\_\_\_

### Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: \_\_\_\_\_

- Individual
- Guardian or conservator
- Other \_\_\_\_\_

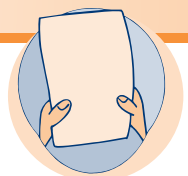


(Notary Seal)

**Ha terminado de llenar esta forma.**

Comparta esta forma con sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, amigos, familiares y su apoderado de atención de salud.

Converse con ellos sobre sus decisiones.



# **SÓLO** para residentes de casas de reposo del estado de California

For California Nursing Home Residents **ONLY**

● **Entréguele esta forma al director de su casa de reposo, **sólo** si vive en una.**  
Give this form to your nursing home director only if you live in a nursing home.

● **La ley de California exige que los residentes de las casas de reposo tengan al mediador público (ombudsman) como testigo de las instrucciones anticipadas.**  
California law requires nursing home residents to have the nursing home ombudsman as a witness of advance directives.

## **DECLARACIÓN DEL DEFENSOR LEGAL (OMBUDSMAN) DEL PACIENTE**

STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

“Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del estado de California que soy el defensor o mediador público (ombudsman) designado por el Departamento Estatal de la Tercera Edad y que actúo como testigo según lo estipulado en la Sección 4675 del Código de Sucesiones.”

“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.”

\_\_\_\_\_  
**firma** (sign your name)

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

\_\_\_\_\_  
**nombre en letra de molde** (print your first name)

\_\_\_\_\_  
**apellido en letra de molde** (print your last name)

\_\_\_\_\_  
**dirección** (street address)

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

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

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

Estas instrucciones anticipadas cumplen con el Código de Sucesiones de California, Sección 4671-4675.

<http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

This advance directive is in compliance with the California Probate Code, Section 4671-4675. <http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

Esta obra cuenta con licencia de acuerdo con la Licencia de Bienes Comunes Creativos – Sin Fines Comerciales – Para Compartir. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> o envíe una carta a Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> or send a letter to Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Revisado el 1/18/2010



# SÓLO para residentes de casas de reposo del estado de California

- Entréguele esta forma al director de su casa de reposo, **sólo** si vive en una.
- La ley de California exige que los residentes de las casas de reposo tengan al mediador público (ombudsman) como testigo de las instrucciones anticipadas.

## DECLARACIÓN DEL DEFENSOR LEGAL (OMBUDSMAN) DEL PACIENTE

STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

“Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del estado de California que soy el defensor o mediador público (ombudsman) designado por el Departamento Estatal de la Tercera Edad y que actúo como testigo según lo estipulado en la Sección 4675 del Código de Sucesiones.”

\_\_\_\_\_ / /  
firma

fecha

\_\_\_\_\_ nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_ apellido en letra de molde

\_\_\_\_\_ dirección

\_\_\_\_\_ ciudad

\_\_\_\_\_ estado

\_\_\_\_\_ código postal

Estas instrucciones anticipadas cumplen con el Código de Sucesiones de California, Sección 4671-4675.

<http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

Esta obra cuenta con licencia de acuerdo con la Licencia de Bienes Comunes Creativos – Sin Fines Comerciales – Para Compartir. Para ver una copia de esta licencia, visite: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> o envíe una carta a Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Revisado el 1/18/2010

