

**PAQUETE DE PLANIFICACIÓN DE LAS ATENCIONES DE LA VIDA
("INSTRUCCIONES ANTICIPADAS" O "INSTRUCCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA")**



**LA OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA
TERRY GODDARD**

**INFORMACIÓN Y DOCUMENTADOS SOBRE
LA PLANIFICACIÓN DE LAS ATENCIONES DE LA VIDA**

1. Saludos del Procurador General
2. Información general acerca de leyes en Arizona sobre futura incapacidad
3. Preguntas frecuentes sobre la Planificación de las Atenciones de la Vida
4. Formas con instrucciones sobre Planificación de las Atenciones de la Vida
 - i. **Poder Perdurable para Atenciones Medicas**
 - ii. **Poder Perdurable Mental para Atenciones Medicas**
 - iii. **Testamento en Vida**
 - iv. **Carta para mi Agente (Representante)**
 - v. **Instrucción Prehospitalaria de Atenciones Médicas (Formulario de No Resucitar)-
Debe de ser impreso en papel ANARANJADO.**

REGISTRO DE DIRECTRIZ ANTICIPADAS EN ARIZONA

El Registro de Directriz Anticipadas en Arizona fue creado en Mayo 2004 por la Legislatura Estatal de Arizona. El Registro es una base de datos para el almacenamiento de directivos anticipadas (Testamento en Vida, Poder Perdurable para Atenciones Medicas, y Poder Perdurable Mental para Atenciones Medicas). La Secretaria del Estado de Arizona supervisa los expedientes de registro, su seguridad, y sus operaciones. Los proveedores de la asistencia médica pueden utilizar el registro para ver directivas registradas utilizando la información proporcionada por la registrada/o o la familia de la registrada/o. Para mas información y acceso al Registro visite el sitio web de la Secretaria del Estado www.azsos.gov o llame al 602.542.6187 o llame gratis al 800.458.5842.

Oficina del Procurador General
TERRY GODDARD
Información y Documentos sobre la Planificación de las Atenciones de la Vida
Línea Directa: 602.542.2123
Llame Gratis: 800.352.8431
Fax: 602.364.1970
www.azag.gov



OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL
STATE OF ARIZONA

TERRY GODDARD
ATTORNEY GENERAL

Abril 2007

Queridos Amigos,

Es mi placer de proporcionarle este documento sobre la Planificación de las Atenciones de la Vida desarrollado por la Oficina del Procurador de Arizona. Este documento contiene información y formas legales que pueden ser muy útiles en la planificación y atando legalmente las decisiones con respecto a su futura asistencia médica.

Utilizando las formas en el documento, usted puede escoger alguien que haga las decisiones para su cuidado médico en caso usted no pueda hacer estas decisiones. Usted puede utilizar también estas formas para designar a representantes que actúen para usted bajo poderes de asistencia médica. Quizás lo más importante es que las formas informan a su familia y a amigos de sus decisiones y deseos.

Por favor revise este documento de la Planificación de las Atenciones de la Vida con cuidado. Si usted decide que una o más de estas formas serán útiles para usted, llene la forma, tenga alguien presente como requirió por la ley, e informe su familia y su proveedor de asistencia medica. La Información General e las Preguntas Frecuentes en el documento contienen fácil de seguir instrucciones. Siéntase libre en hacer cualquier número de copias de estas formas.

Aunque estas formas dirigen la mayoría de las necesidades médicas y de cuidado de emergencia, no cumplen las necesidades de la planificación de propiedad, especialmente para una persona con varias propiedades. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la disposición de su propiedad o el cuidado de su familia, consulte con un abogado calificado con la planificación de propiedad.

Mi oficina produjo recientemente un video de información en la Planificación de las Atenciones de la Vida para acompañar estos documentos. El video y los documentos están disponibles en el sitio web www.azag.gov de la Oficina del Procurador General en el título "la Planificación de las Atenciones de la Vida." Adicionalmente, usted puede contactar a mi Programa de Servicios Comunitarios llamando a 602.542.2123 o gratis a 800.352.8431 para planear una presentación sobre este tema en su comunidad. Espero que estos recursos sean útiles para usted y para su familia.

Sinceramente,

A handwritten signature in black ink that reads "Terry Goddard".

Terry Goddard
Arizona Attorney General

PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DE ARIZONA
TERRY GODDARD

PLANIFICACIÓN DE LAS ATENCIONES DE LA VIDA
("INSTRUCCIONES ANTICIPADAS" O "INSTRUCCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA")

INFORMACIÓN GENERAL Y
PASOS PARA COMPLETAR LOS FORMULARIOS

INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES LA PLANIFICACIÓN DE LAS ATENCIONES DE LA VIDA?

Todos los estados tienen leyes que nos permiten **tomar decisiones de tratamiento futuro de atención médica ahora** para que, si nos quedáramos discapacitados y no pudiéramos tomar estas decisiones más adelante, nuestra familia y médicos sepan cual es la atención médica que queremos o no queremos. Las leyes estatales nos permiten **nombrar a una persona para que tome decisiones de tratamiento futuro de atención médica** por nosotros si quedamos discapacitados, ya que no podemos predecir cuáles decisiones futuras pudieran ser necesarias. Estas leyes se llaman "instrucciones anticipadas" o "instrucciones de atención médica". Debido a que estas leyes son algo distintas de estado a estado, la agencia federal Medicare/Medicaid sugiere que los ciudadanos se comuniquen con la Procuraduría General de Justicia del Estado sobre las leyes de ese estado. El programa de Planificación de las Atenciones de la Vida desarrollado por la Procuraduría General de Justicia sigue las leyes de Arizona en cuanto a las "instrucciones de atención médica".

La mayoría de la gente comunica sus instrucciones de atención médica al completar formularios tales como los formularios de Planificación de las Atenciones de la Vida, que están diseñados para animar a tomar decisiones sobre las selecciones de tratamiento que pudieran hacer falta. Antes de completar éstos u otros formularios de atención médica, usted debe informarse y pensar cuáles tratamientos médicos quiere y/o no quiere en el futuro. Converse sobre sus selecciones con su familia, seres queridos, médico, clérigo, etc. También considere a quién quiere nombrar para que tome decisiones de tratamiento por usted si resultara discapacitado. Aunque no puede anticipar todas las situaciones médicas que puedan surgir, puede darle instrucciones al responsable de tomar decisiones, al médico y a su familia en cuanto a sus valores y elecciones, para que ellos puedan respetar sus deseos si llega la hora en que usted no puede tomar o expresar decisiones por sí mismo.

Así es que tome unos momentos para leer sobre estos sencillos pasos y luego sígalos para completar los formularios de planificación de las atenciones de la vida. Éste es un regalo que puede darse a sí mismo y a su familia. ¡No demore!

PRIMER PASO

CONOCIMIENTO DE LA LEY -
NUESTRO DERECHO LEGAL PARA TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Nuestros derechos constitucionales de privacidad y libertad incluyen el derecho de tomar nuestras propias decisiones sobre tratamiento médico. El gobierno también tiene intereses sobre algunas de nuestras decisiones sobre tratamiento médico, las cuales incluyen preservar la vida, salvaguardar la integridad de la profesión médica, evitar el suicidio y proteger a terceras personas inocentes. (Por ejemplo, Arizona, no aprueba ni autoriza el suicidio o suicidio asistido.) Las elecciones dentro de los límites de la ley en cuanto a cuáles tratamientos médicos serán aplicados o denegados generalmente las toma la persona que recibe el tratamiento, por medio del proceso de consentimiento informado.

Si alguien resulta incapaz de comprender, razonar o tomar decisiones, sus derechos constitucionales a tomar decisiones sobre tratamiento médico persisten. Un representante de atención médica nombrado por escrito por la persona, o si nadie ha sido nombrado, un representante nombrado conforme a la ley, tomará las decisiones de tratamiento como sigue:

1. **Siguiendo los Deseos Expresados:** El representante y los médicos se guiarán o controlarán por decisiones sobre tratamiento médico que fueron escritas por la persona antes de que él/ella resultara discapacitado/a.
2. **Usando Buen Juicio Sustitutivo:** El representante hará elecciones sobre decisiones de tratamiento basado en lo que él/ella crea que la persona discapacitada escogería; si esas elecciones son desconocidas, entonces el representante decidirá en base a lo que él/ella sabe sobre los valores de la persona discapacitada.
3. **Usando Buena Fe para Decidir lo más Conveniente:** Si el representante no conoce las decisiones, preferencias o valores de la persona discapacitada en cuanto a decisiones de tratamiento médico, entonces él/ ella tiene que decidir de buena fe lo que sería más conveniente para esa persona, considerando (a) alivio de sufrimiento, (b) si el funcionamiento será conservado o restablecido, y (c) la calidad y grado de vida mantenida.

SEGUNDO PASO
CONOCIMIENTO DE ALGUNAS DE LAS ELECCIONES MÉDICAS
RELACIONADAS CON LA PLANIFICACIÓN DE LAS ATENCIONES DE LA VIDA

Puede ser que quiera familiarizarse con algunos de los temas médicos que se relacionan con atención médica futura, especialmente elecciones de tratamiento médico mencionadas específicamente en las leyes de Arizona. Hay muchos lugares donde puede obtener información que le ayudará -- desde su médico, en la biblioteca o librería local, en el Internet, compartiendo experiencias con amistades y familia, etc. -- así es que esto es solamente el principio para que empiece a pensar sobre estos importantes asuntos. Al final de esta Información General hay una lista de organizaciones y otros a quien usted puede pedir más información sobre planificación de las atenciones de la vida.

• **Atenciones de Comodidad**

Bajo las leyes de Arizona, el cuidado de comodidad es un esfuerzo para proteger o mejorar la calidad de vida sin prologar la vida artificialmente. A menudo el cuidado de comodidad quiere decir medicamentos para el dolor. Por ejemplo, la morfina y otros narcóticos pueden administrarse para aliviar el dolor, y las dosis pueden incrementarse conforme incrementa el dolor. Los medicamentos pueden o no causar somnolencia, sedación u otros efectos secundarios. Hable con su médico sobre sus inquietudes en cuanto al alivio del dolor, y qué es mejor en determinadas circunstancias para una persona que sufre.

Las atenciones de comodidad también pueden incluir oxígeno, y quizás detener ciertas intervenciones médicas. Puede involucrar el ofrecer pero no forzar comida o líquidos, mantener limpio al paciente, usar pedacitos de hielo y trapos húmedos, humidificar la habitación, encender y apagar las luces, sostener la mano del paciente, y consolarlo/la con palabras o música consoladora.

• **Resucitación Cardiopulmonar ("CPR") y Respiración Artificial**

La CPR fue desarrollada para asistir a víctimas enfrentándose a la muerte repentina, tal como un ataque al corazón o trauma, para incrementar la probabilidad de supervivencia a largo plazo. A menos que un doctor u otro proveedor de atención médica autorizado autorice un No Resucitar ("DNR") o que usted tenga una Directriz Prehospitalaria de Atención Médica válida, se administra CPR casi cada vez que se para el corazón de una persona. Hable con su médico para aprender más sobre por qué usted podría elegir aceptar o rechazar la CPR, y los métodos de CPR que quiere o no quiere.

Los respiradores meten aire y por consiguiente oxígeno a los pulmones, y por consiguiente pueden salvar vidas. Se administra oxígeno por un plazo corto por un tubo pasado por la nariz o la boca, y por un plazo más largo por una traqueotomía (una abertura en la garganta). Hable con su médico sobre el uso de un respirador.

• **Comida y Líquidos Administrados Artificialmente**

Los alimentos y líquidos pueden administrarse artificialmente por medio de procedimientos médicamente invasivos como tratamiento intravenoso o por varios tipos de tubos introducidos en el cuerpo. (Si se toma comida o líquidos por cuchara, bebida u otros medios naturales, no son administrados artificialmente.) Hable con su doctor sobre comida y líquidos administrados artificialmente cuando una persona está cerca de la muerte, comparado con el uso de estos mecanismos cuando se espera que una persona se recupere. También hable sobre la comodidad o incomodidad de estos procedimientos.

TERCER PASO
HABLANDO CON OTROS SOBRE
SU PLANIFICACIÓN DE LAS ATENCIONES DE LA VIDA

Ahora que ya está familiarizado con algunas de las cuestiones sobre las cuales pueda necesitar pensar, debe considerar las personas con las cuales puede iniciar sus conversaciones de planificación de las atenciones de la vida. Su atención médica se trata de usted, así es que usted debe iniciar las conversaciones con aquellos que le pueden ayudar a considerar cuáles tratamientos médicos pueda querer o no querer si resulta discapacitado, o conforme se aproxima al final de su vida. Tal vez ellos están esperando que usted inicie las discusiones -- ¡así es que empiece ahora!

• **Su Representante de Atención Médica**

Piense sobre a quién pudiera querer como su representante para que tome decisiones por usted si resulta incapaz de hacerlo por sí mismo. Esta debiera ser una persona en quien usted confíe que actuará de corazón para su bien -- alguien que pueda tomar decisiones por usted de manera que sea consistente con sus preferencias, aunque él/ella no esté de acuerdo.

Asegúrese de hablar con su representante sobre sus elecciones, para que él/ella pueda tomar decisiones médicas en nombre suyo en la manera que usted lo quisiera. Esta es la única forma en que obtendrá el beneficio de lograr que "juicio substitutivo" sea usado en vez de simplemente evaluar lo que es "para bien" suyo. Recuerde, puede ser que se le pida a su representante que tome

muchas decisiones médicas por usted si resulta incapaz o no puede comunicar sus deseos -- no sólo las decisiones finales de "vida y muerte apaguen las máquinas" sino también decisiones sobre atención médica día a día, colocación en un centro de enfermería u hospital, la administración de ciertos medicamentos, etc.

• Su Cónyuge, Hijos, Otros Parientes y Amigos Cercanos

Considere compartir sus pensamientos sobre algunas o todas las cuestiones anteriores con su cónyuge e hijos y quien esté más cercano a usted y sea más probable que esté afectado emocionalmente o de otra manera por su condición médica y las decisiones que tienen que ser tomadas. A veces surgen problemas porque miembros de la familia no comprenden lo que el paciente hubiera querido en una situación dada, o ellos no están de acuerdo sobre cuál tratamiento es el mejor para el paciente. Aunque el representante designado está legalmente facultado para tomar decisiones en nombre del paciente, las incertidumbres pueden preocupar a los médicos tratantes y pueden resultar en problemas, demoras, malos entendidos y aún procesos judiciales.

Por esto es que es importante que usted hable sobre sus creencias, valores y preferencias sobre atención médica no sólo con la persona a quien escoja como su representante de atención médica, sino también con la familia, parientes y amigos cercanos a quien no ha escogido para que lo representen si resulta incapaz. Esto les dará la oportunidad de enterarse por medio suyo qué atención médica quiere usted y facilitará la toma de decisiones para su representante y sus médicos si llegara el momento en que usted ya no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

• Su Médico, Clérigo y Otros

Usted puede obtener información médica sobre muchas cuestiones relacionadas a los formularios de planificación de las atenciones de la vida, pero únicamente su doctor puede darle el asesoramiento médico personal que necesita para tomar las mejores decisiones para usted. No dude en hablar con su médico sobre estos formularios y pídale su opinión a su doctor sobre que es lo mejor para usted.

Puede ser que tenga creencias religiosas que ejerzan influencia sobre sus decisiones. Hable sobre sus decisiones con su clérigo. También puede aprender más sobre las posturas de distintas creencias religiosas por medio de revistas religiosas, periódicos o páginas del Internet publicadas por varios grupos religiosos.

Finalmente, un abogado, contador, banquero, u otros con quienes tiene una relación pueden también tener consejos para usted con relación a planificación de las atenciones de la vida y las decisiones que son mejores para usted.

CUARTO PASO

ALGUNAS PREGUNTAS Y TEMAS
QUE USTED PUDIERA QUERER CONSIDERAR Y/O ABORDAR

Ahora tiene una idea general de algunos de los temas que son importantes en la planificación de las atenciones de la vida y usted ha identificado algunas de las personas con quienes debiera tener estas conversaciones. Así que aquí están algunas preguntas que le ayudarán a iniciar sus conversaciones. No tiene que hablar de estos temas con todos, y puede escoger tratar únicamente algunos de estos temas, o ninguno de ellos. Todos somos distintos y abordamos preguntas sobre discapacidad y atención médica del fin de la vida de manera distinta. No hay ninguna forma correcta o incorrecta, así es que haga lo que sea mejor para usted.

• **CALIDAD DE VIDA Y PROLONGACIÓN DE VIDA:** Considere sus valores, creencias y preferencias en relación con la duración de su vida y la calidad de su vida, y si elegiría o no prolongar su vida sin tener en cuenta la calidad.

- ✓ **Lo que "calidad de vida" significa para usted:** ¿Cuáles de los siguientes u otros factores son importantes para usted al considerar la calidad de su vida? ¿La habilidad de pensar por sí mismo? ¿Estar consciente? ¿El poderse comunicar? ¿La habilidad de cuidar de sus necesidades personales? ¿Su privacidad y dignidad? ¿Movilidad, independencia y/o autosuficiencia? ¿La habilidad de reconocer a familiares y amigos? ¿Alguna otra cosa?
- ✓ **Sus responsabilidades:** ¿Hay ciertas personas u deberes para los cuales usted siente que tiene una obligación de vivir? ¿Quién/qué? ¿Cambian sus elecciones si sus obligaciones hacia esas personas o deberes son resueltos? ¿Cómo? ¿Cuándo?
- ✓ **Su edad:** ¿Es su edad un factor en alguna o todas sus elecciones? ¿Cambian sus preferencias dependiendo de qué edad pueda tener y de si se tienen que tomar estas decisiones y cuándo?
- ✓ **Sus creencias religiosas u otras:** ¿Cuál es la importancia de sus creencias religiosas u otros valores al tomar estas determinaciones? ¿Con quién puede hablar al respecto?
- ✓ **Dónde pudiera ser tratado médicamente o "colocado":** ¿Es su ambiente futuro de vida una consideración importante para usted? ¿Cómo se siente acerca de vivir en un centro de enfermería u otra instalación de atención médica para tratamiento médico continuo?
- ✓ **Finanzas:** ¿Es el costo financiero una consideración para usted cuando piensa en discapacidad u otros asuntos del final de la vida? ¿Cuáles aspectos financieros está considerando?

• **MANTENIMIENTO DE LA VIDA:** Considere las siguientes medidas comunes de mantenimiento de vida: alimentos y/o líquidos (nutrición/hidratación), resucitación cardiopulmonar (CPR) por equipo, dispositivos, o medicamentos, o dispositivos de respiración tales como un respirador.

- ✓ ¿Bajo qué circunstancias quiere que le sean administrados algunos, todos, o ningún mantenimiento de vida? ¿Que sean evitados? ¿Qué le sean eliminados o detenidos? ¿Por qué? ¿Cuáles?
- ✓ ¿Qué pasa con la retención o retiro de tratamiento de mantenimiento de vida si se sabe que está embarazada y existe la posibilidad que con tratamiento el embrión/feto se desarrollará al punto de un nacimiento vivo?
- ✓ ¿Qué dice sobre la atención médica para tratar su condición hasta que sus médicos concluyan razonablemente que su condición es desahuciada o irreversible e incurable o que está en un estado vegetativo persistente?

• **DONACIÓN DE ÓRGANOS:** Usted puede determinar si desea donar órganos o tejidos, y si lo desea, cuáles órganos o tejidos desea donar, para qué propósitos, y a qué organizaciones. O, puede dejar la elección a su representante.

- ✓ **Quién decide:** ¿Quiere decidir usted sobre donación de órganos/tejidos, o quiere que lo haga su representante?
- ✓ **Cuáles tejidos/órganos:** ¿Tiene preferencias sobre cuáles tejidos u órganos donar -- Corazón? ¿Hígado? ¿Pulmones? ¿Riñones? ¿Páncreas? ¿Intestinos? ¿Córnea? ¿Huesos? ¿Piel? ¿Válvulas del corazón? ¿Tendones? ¿Ligamentos? ¿Algunos o todos los anteriores?
- ✓ **Qué propósitos:** Tiene preferencias sobre los usos que se le puedan dar a sus tejidos u órganos bajo las leyes de Arizona -- ¿Transplante? ¿Terapia? ¿Educación médica o dental? ¿Investigación o progreso de ciencias médicas o dentales?
- ✓ ¿Algunos o todos estos usos?
- ✓ **Cuál organización:** ¿Tiene preferencias en cuanto a cuál organización debiera recibir sus tejidos/órganos?

• **AUTOPSIA:** Bajo las leyes de Arizona, se puede requerir una autopsia cuando muere una persona que no estaba bajo cuidado de un médico por una enfermedad potencialmente fatal, y/o el médico no está disponible o dispuesto a firmar un certificado de defunción. Esto puede suceder si una persona muere en casa. Sin embargo, si el médico está dispuesto a firmar un certificado de defunción o si la persona está bajo el cuidado de un hospicio y el médico firmara el certificado de defunción, probablemente no se requerirá una autopsia.

Si no hay razón legal para requerir una autopsia, usted puede decidir si al morir desea una autopsia o no, o si quiere que su representante elija por usted. Por lo común hay un cobro por una autopsia voluntaria. Después de completar la autopsia, se transporta el cuerpo a la funeraria para el sepelio o la cremación. Este puede ser un tema sensitivo en el momento de la muerte, y usted puede ayudar a su familia y seres queridos al dar a entender claramente sus preferencias.

- ✓ **Quién decide:** ¿Quiere decidir usted sobre una autopsia si es opcional en el momento de su muerte, o quiere que decida su representante?
- ✓ **Autopsia:** Si cuando muera no se requiere una autopsia por ley, ¿quiere que se realice una autopsia o no?

• **ATENCIONES DE COMODIDAD Y OTROS APOYOS CUANDO SE ESTÉ MURIENDO:**

- ✓ ¿Cuáles son sus preferencias e instrucciones sobre el dolor y medicamentos para el dolor?
- ✓ ¿Quiere un medicamento o procedimiento de cuidado de comodidad aunque lo ponga somnoliento, sedado o tenga otros efectos?
- ✓ ¿Quiere que ciertas personas estén con usted cuando se esté muriendo, si pueden hacerlo? ¿Quién?
- ✓ ¿Tiene preferencia sobre dónde quiere morir? ¿En casa? ¿En un hospital? ¿En algún otro lado?
- ✓ ¿Quiere que se le avise a su iglesia, sinagoga o mezquita si se está muriendo?
- ✓ ¿Quiere cierta música, poesía o lecturas religiosas? ¿Quiere silencio? ¿Radio? ¿Televisión?

• **RECUERDOS A SERES QUERIDOS, Y ARREGLOS FUNERARIOS U OTROS:**

- ✓ ¿Quiere se recuerden de usted por alguna cosa, o palabras especiales que quisiera compartir con alguien que desearía dejar por escrito?
- ✓ ¿Quiere ser enterrado o cremado?
- ✓ ¿Tiene preferencias acerca de un servicio conmemorativo? ¿Qué? ¿Dónde?
- ✓ ¿Hay ciertas personas que le gustaría que asistieran si fuese posible? ¿Hay canciones, lecturas o ritos que le gustaría?

QUINTO PASO

LLENAR LOS FORMULARIOS DE PLANIFICACIÓN DE LAS ATENCIONES DE LA VIDA

Ahora que ha pensado sobre planificación de las atenciones de la vida y hablado sobre ciertos temas con aquellos que le pueden ayudar, complete los formularios, decida cuáles formularios quiere firmar y lo que quiere decir en cada formulario. Entonces lea las instrucciones en cada formulario y siga todas las instrucciones exactamente, especialmente con relación a la firma y testigos. Cada formulario tiene distintos requisitos que completar bajo las leyes de Arizona, así que asegúrese de seguir todas las instrucciones individuales en cada formulario.

SEXTO PASO

MANTENIMIENTO DE LOS ORIGINALES, ELABORACIÓN DE COPIAS Y CAMBIOS A SUS FORMULARIOS

Debe guardar los originales en un lugar seguro pero también debe mantenerlos a la mano, para poderlos revisar de vez en cuando. Proporcione copias a su(s) representante(s) y a su(s) médico(s). Puede ser que quiera darles copias a miembros de su familia y amigos cercanos. Guarde unas cuantas copias extras y asegúrese de llevarse una consigo si se va al hospital o a otro centro para atención médica.

La Secretaría de Estado de Arizona mantiene el Registro de Instrucciones Anticipadas de Arizona, que es una base de datos confidencial que almacenará una copia de sus formularios completados de planificación de las atenciones de la vida. El propósito de registrar los formularios de planificación de las atenciones de la vida es para crear una ubicación centralizada donde sus parientes o el hospital u otro centro de atención médica que le esté cuidando puedan acceder el formulario si es que no está a la mano. El acceso a los Formularios de planificación de las atenciones de la vida en el registro se protege por clave de acceso.

Si desea registrar sus formularios de planificación de las atenciones de la vida en el Registro de Instrucciones Anticipadas de Arizona, debe comunicarse con la Secretaría de Estado de Arizona:

Arizona Advance Directive Registry
Arizona Secretary of State
1700 West Washington, 7th Floor
Phoenix, AZ 85007-2888
602-542-6187 o 800-458-5842
www.azsos.gov/adv_dir/

Puede cambiar o cancelar cualquiera de estos formularios cuando así lo desee. Revise sus formularios aproximadamente una vez al año y considere si quiere hacer cambios en base a las circunstancias de su vida. Recuerde hablar sobre los cambios con su(s) representante(s) y/o sus médico(s) y tal vez con su familia, clérigo, etc.

Si quiere cambiar lo que dijo en un formulario, complete un formulario nuevo, siguiendo todas las instrucciones. Asegúrese de ponerle fecha al formulario nuevo, ya que el formulario más reciente será el válido. Trate de recolectar y destruir el original y las copias del formulario antiguo. Proporcione copias del nuevo formulario a su(s) representante(s), médico(s) y cualquier otro que usted quiera que conozca sus deseos.

Si quiere cancelar del todo un formulario, entonces trate de recolectar y destruir el original y todas las copias del formulario. En Arizona también puede revocar la Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas y la Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas de Salud Mental verbalmente al avisarle a su(s) representante(s) y/o proveedor de atención médica. Siempre es mejor cancelar por escrito si lo puede hacer, ya que lo escrito da a entender claramente sus deseos.

CONCLUSIÓN

ALGUNA INFORMACIÓN FINAL

MENCIONES DE LEYES RELEVANTES DE ARIZONA: Puede encontrar leyes de Arizona sobre estos asuntos como sigue:

- **Sobre Testamentos En Vida e Instrucciones de Atención Médica:** Arizona Revised Statutes §§ 36-3201 et seq.
- **Sobre Representantes o Sustitutos Responsables de Toma de Decisiones:** Arizona Revised Statutes §§ 36-3231 et seq.
- **Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas:** Arizona Revised Statutes §§ 36-3221 et seq.
- **Testamento en Vida:** Arizona Revised Statutes §§ 36-3261 et seq.
- **Carta Poder Perdurable para Atenciones de Salud Mental:** Arizona Revised Statutes §§ 36-3281 et seq.
- **Instrucción Prehospitalaria de Atenciones Médicas (No Resucitar):** Arizona Revised Statutes §§ 36-3251 et seq.
- **Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas:** Arizona Revised Statutes §§ 14-5501 et seq.
- **Autopsia:** Arizona Revised Statutes §§ 11-591 et seq.
- **Obsequios Anatómicos (“Donación de Órganos”):** Arizona Revised Statutes §§ 36-841 et seq.

OTROS ESTADOS:

Aunque todos los estados tienen leyes para “instrucciones anticipadas” o planificación de las atenciones de la vida, las leyes pueden ser un poco distintas. Normalmente, controla la ley del estado donde ocurre el tratamiento, no la ley del estado donde fueron firmados los formularios médicos. Si usted pasa tiempo en más de un estado y concluye razonablemente que pueda necesitar tratamiento médico en más de un estado, puede ser que quiera que, dentro de lo posible, sus formularios cumplan con las leyes de los estados donde pudiera recibir tratamiento. Considere pedirle a un abogado que le ayude con esto.

RECURSOS QUE PUEDEN SER ÚTILES: He aquí algunos recursos más que le pueden ayudar:

4. ¿Qué es un testamento en vida?

Un testamento en vida es una declaración por escrito que manifiesta lo que usted desea en cuanto a tratamientos que demorarían la muerte en condiciones desahuciadas. También tiene que ver con situaciones de estado vegetativo persistente o coma irreversible. Un testamento en vida sería su voz en caso de que usted no pudiera comunicarse. Le ofrece dirección y guía a otros, pero no rige tan ampliamente como la carta poder perdurable para atenciones médicas. Por ejemplo, el testamento en vida no permite que el personal médico deje de alimentarle por intubación—sólo su representante designado mediante carta poder perdurable para atenciones médicas o un tutor que nombre el tribunal pudiera tomar tal decisión.

5. ¿Puedo firmar tanto un testamento en vida como una carta poder perdurable para atenciones médicas?

Sí; pero si firma ambas, debe adosar copia del testamento en vida a la carta poder perdurable para atenciones médicas.

6. ¿Qué tal si nada firmo? ¿Quién tomará las decisiones de parte mía si no puedo comunicarme?

El personal médico (por ejemplo, los doctores y los enfermeros) antes tratarán de enterarse de si usted nombró a un(a) representante mediante una carta poder perdurable para atenciones médicas. También sería posible que el tribunal nombrare a un(a) tutor(a) que sirva de sustituto/a. Si usted no dejó una carta poder perdurable para atenciones médicas y si el tribunal no nombra a un(a) tutor(a), el personal médico se comunicará con las personas siguientes, en este orden, quienes tendrán la autoridad de tomar las decisiones de atenciones médicas por cuenta de usted (ateniéndose a los deseos de usted, si se conocieran). Esta gente se llama “sustitutos.”

1. Su cónyuge, a menos que su cónyuge y usted se hayan separado legalmente.
2. Su hijo/a mayor de edad. Si hay más de un(a) hijo/a mayor de edad, el personal médico procurará el consentimiento de la mayoría de los hijos que se dispongan a que los consulten.
3. Su padre o madre.
4. Si no está casado, su pareja si ninguna otra persona asumiera la responsabilidad económica de parte suya.
5. Su hermano o hermana.
6. Su amigo/a allegado/a.

Si no pudiera darse con alguna de las personas anteriores, el personal médico pudiera tomar las decisiones de parte suya con el consejo de un comité de ética o con un segundo médico. De nuevo, sólo los representantes y tutores pueden tomar la decisión de retirar el suministro artificial de alimentos o líquidos una vez se comience. La persona sustituta que tome decisiones no puede tomar tal decisión, de conformidad con las leyes de Arizona.

7. ¿Debo completar un formulario de No Resucitar (“DNR”)?

Si está saludable y fuerte, tal vez no quiera completar un formulario DNR. Usted no tiene que completar un formulario DNR para que pueda manifestar lo que desee en cuanto a cómo quiere que lo atiendan si se enfermase de gravedad. Los formularios DNR son lo indicado para las personas que tal vez no saldrían bien con la CPR (resucitación cardiopulmonar) porque están tan enfermas o desahuciadas, o bien extremadamente débiles. De cualquier forma, usted tendría que platicar acerca del formulario DNR con su doctor(a), quien también tendría que firmar el formulario.

8. ¿A qué edad debo pensar en llenar estos documentos?

Ahora, siempre que tenga siquiera 18 años de edad. Nunca es muy temprano para pensar en estas cosas y para hacer preparativos.

9. ¿Qué debo hacer una vez llene los documentos?

Lo primero es que es de gran importancia que usted platique de los documentos y de los deseos con la familia, su representante y su médico/a. Su representante tiene que saber lo que usted piensa para poder actuar de parte de usted. Usted también tiene que asegurarse de que las personas indicadas tengan copias de los documentos, incluso su representante, la familia y su médico/a. Para registrar copia de los documentos, sírvase enviarlos a la Secretaría de Estado, <http://www.azsos.gov/>.

10. ¿Tengo que recurrir un(a) abogado/a para completar estos formularios?

No necesita un(a) abogado/a para llenar los documentos, pero puede consultar con un(a) abogado/a si tiene preguntas o dudas. Si no conoce a algún(a) abogado/a en su área, el Colegio Estatal de Abogados de Arizona (*State Bar of Arizona*) le da información de servicios de abogados para las personas de distintos niveles de ingresos. Servicios Legales a la Comunidad también ofrece servicios legales gratis para los que lo necesiten.

Arizona State Bar
602.252.4804
www.azbar.org

Servicios Legales a la Comunidad
602.258.3434
www.vlparizona.org

11. ¿Tengo que recurrir a un(a) notario/a para completar estos formularios?

Si. O BIEN un(a) testigo O un(a) notario/a puede firmar la carta poder perdurable para atenciones médicas, el testamento en vida y la carta poder perdurable para atenciones de la salud mental. Sírvase tener en cuenta que el/la testigo debe tener siquiera 18, no ser familia (no estar emparentado por sangre, adopción o matrimonio), no puede recibir parte de su patrimonio en su testamento, no puede designarse de representante y no puede ser facultativo médico. Un(a) testigo SÍ puede ser vecino/a, amigo/a o conocido/a adulto/a, que no figure en su testamento y que no le esté cuidando o representando.

12. ¿Qué tiene que ver la Ley General HIPAA con mis formularios de planificación de las atenciones de la vida?

Hay distintas opiniones sobre si la Ley General HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996*; Ley General del 1996 de Portabilidad y Justificación del Seguro Médico) rige los documentos de la planificación de las atenciones de la vida, tales como los que la Procuraduría General proporciona por este medio. Para colmo de ser precavidos, incluimos una dispensa de la Ley General HIPAA en el apartado de “Firma y verificación” de las cartas poder tanto para las atenciones médicas como para las atenciones de la salud mental, justo sobre el espacio para que usted firme. La dispensa le asegurará a cualquiera que se preocupe por cuestiones de la HIPAA, máxime el personal médico, que sí puede informarle al/a los representante(s) de usted sobre las atenciones que le proporcionen.

13. ¿Qué más debo saber?

Los documentos sirven para que usted manifieste sus deseos, cualesquiera sean, para que usted reciba el tratamiento que quiera si ya no puede comunicarse. La Procuraduría General no recomienda tal una decisión sobre otra, pero sí recomienda que cuidadosamente examine sus opciones, y platique con sus seres queridos, y complete los documentos indicados para su situación. Ojalá claramente indicando sus deseos con sus seres queridos y en los documentos le ayude a sus seres queridos evitar la angustia que sufrió la familia de Schiavo.

La función principal de la Procuraduría General es proporcionar representación legal al Estado de Arizona, a sus agencias y a los funcionarios estatales cuando desempeñan sus cargos oficiales. La Procuraduría no tiene la autoridad para asesorar o representar a personas particulares en cuestiones legales. Si necesita ayuda con un asunto particular legal — tal como hacer una demanda, redactar un testamento, o defenderse contra una acusación penal — debía comunicarse con un(a) abogado/a privado.

• **LÍNEA DE AYUDA las 24 horas para Mayores** (dentro del Condado de Maricopa) **(602) 264-HELP ((602) 264-4357)** (fuera del Condado de Maricopa) **1-800-686-1431**: Un proyecto de la Región 1, Agencia Local del Condado de Maricopa para el Envejecimiento. También hay oficinas regionales ubicadas en o designadas para servir cada condado de Arizona a nivel local. Consulte su guía telefónica local para la oficina regional más cercana.

• **Línea de Emergencia de Legislación para Ancianos 1-800-231-5441**: Asesoría jurídica gratuita, información y recomendaciones para residentes de Arizona de 60 años o más; los familiares pueden llamar a nombre de una persona mayor. Los abogados no dan servicios en asuntos penales, ni representan a clientes en procesos judiciales; sí dan consejos, información y recomendaciones sobre una gran variedad de asuntos legales de importancia para personas mayores. Financiado por el Tribunal Supremo de Arizona y operado por Southern Arizona Legal Aid, Inc.

• **Servicios de Protección para Adultos**, línea de emergencia gratuita las 24 horas, **1-877-SOS-ADULT (1-877-767-2385)**, TDD: 1-877-815-8390 (Departamento de Seguridad Económica, Administración de Adultos y Envejecimiento)

• **Hospicio**: El hospicio es para pacientes que tienen una enfermedad desahuciada y han decidido trasladar el enfoque de atenciones de curación a comodidad. (La palabra "hospicio" se deriva de una palabra medieval que significa un lugar de albergue para viajeros en jornadas difíciles.) Para información y referencias llame a la Organización de Hospicios y Atenciones Paliativos de Arizona al (480) 967-9424 o vea www.Arizonahospice.org.

Atenciones de Hospicio Banner (Maricopa, partes de Pinal y Gila)	1-800-293-6989	Hospicio de Yuma	(928) 343-2222
Servicios de Hospicio Carondelet (Tucson)	(520) 205-7700	Centro Médico Regional Kingman	(928) 692-4680
Hospicio Casa de la Luz (Tucson)	(520) 544-9890	Hospicio Northern Arizona (Norte de AZ)	(928) 639-6676
Hospicio Casa de la Paz (Sierra Vista)	(520) 417-3080	Hospicio Northland (Norte de AZ)	(928) 779-1227
Hospicio Handmaker (Tucson)	(520) 881-5300	Odyssey Healthcare (Tucson)	(520) 577-0270
Hospicio Highway Christian (Maricopa)	(602) 274-1952	Hospicio Odyssey Home (Maricopa)	(602) 279-0677
Hospicio Family Care (Cochise, Gila, Maricopa, Pima, Pinal y Yavapai)	(480) 461-3144	Hospicio RTA, Inc. (Casa Grande)	(520) 421-7143
Hospicio Family Care (Tucson)	(520) 790-9299	Hospicio RTA, Inc. (Payson)	(928) 472-6340
Hospicio Family Care (Sun City)	(623) 876-9100	Hospicio RTA, Inc. (Phoenix)	(602) 712-1000
Hospicio de Arizona (Maricopa)	(602) 678-1313	Cuidado de Hospicio Sun Health (Maricopa)	(623) 815-2800
Hospicio de Havasu, Inc.	(928) 453-2111	Hospicio TMC (Tucson)	(520) 324-2438
Hospicio del Valle (Maricopa)	(602) 530-6900	Hospicio Trinity de Phoenix (Maricopa)	(602) 351-2233
Hospicio del Este del Valle	(480) 730-5980	Vista Care (Tucson)	(520) 318-0700
Hospicio del Oeste del Valle	(623) 583-4848	Hospicio del Centro Médico del Oeste de AZ	(928) 763-6979
		Hospicio del Centro Médico Regional Yavapai	(928) 759-5910

AVISO TAMAÑO BILLETERA

Complete la "Notificación en Caso de Accidente u Otra Emergencia", recórtela y guárdela en su billetera con su licencia de conducir y tarjetas de seguro para que el personal médico y los agentes de la autoridad sepan que usted ha llenado formularios de atención médica.

NOTIFICACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE U OTRA EMERGENCIA:
 Nombre _____
 Fecha _____

He firmado los formularios siguientes: (marque)

Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicos
 Testamento en Vida
 Instrucción Prehospitalaria de Atenciones Médicas (No Resucitar)
 Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental
 Carta Poder Perdurable General (Financiera)

Para una copia, por favor comuníquese con:
 Nombre _____
 Teléfono _____

CONCLUSIÓN

Esta información y estos formularios no son únicamente para ancianos – son para todos los residentes de Arizona. Así es que inicie el proceso hoy. Revise y complete los formularios con su familia y seres queridos lo más pronto posible. No se arrepentirá.

ESTADO DE ARIZONA
CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS
Instrucciones y Formulario

INSTRUCCIONES GENERALES: Utilice este formulario de Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas si quiere seleccionar una persona para que tome decisiones de atención médica por usted, de manera que si usted se enferma de gravedad o no puede tomar esas decisiones por sí mismo, la persona que escoja y en quien confía puede tomar decisiones médicas por usted. Hable sobre sus elecciones con los miembros de su familia, amigos y otros en quien confía. También conviene hablar con profesionales como su médico, clérigo y un abogado antes de firmar este formulario.

Esté seguro de que comprende la importancia de este documento. Si decide que éste es el formulario que quiere usar, llene la información. **No firme este formulario** hasta que su testigo o un Notario Público esté presente para verlo firmar. Hay más instrucciones para usted sobre la firma de este formulario en la página tres.

1. Información sobre mí: (Se me denomina el "Principal")

Mi Nombre: _____ Mi Edad: _____
Mi Dirección: _____ Mi Fecha de Nacimiento: _____
_____ Mi Teléfono: _____

2. Selección de mi representante de atención médica y uno alterno: (También llamados un "agente" o "sustituto")

Escojo a la siguiente persona para que actúe como mi representante para tomar decisiones de atención médica por mí:

Nombre: _____ Teléfono Residencial: _____
Dirección: _____ Teléfono Oficina: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono Celular: _____

Escojo a la siguiente persona que actúe como representante alterno para tomar decisiones de atención médica por mí si mi primer representante no está disponible, no está dispuesto o no puede tomar decisiones por mí:

Nombre: _____ Teléfono Residencial: _____
Dirección: _____ Teléfono Oficina: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono Celular: _____

3. Lo que AUTORIZO si no puedo tomar decisiones de atención médica por mí mismo:

Autorizo a mi representante de atención médica que tome decisiones de atención médica por mí cuando no pueda tomar o comunicar mis decisiones de atención médica debido a enfermedad mental o física, lesión, discapacidad o incapacidad. Quiero que mi representante tome todas esas decisiones por mí excepto aquellas decisiones que he declarado expresamente en la Parte 4 a continuación que no autorizo que él/ella tome. Si me pudiera comunicar de cualquier manera, mi representante debería hablar conmigo sobre mis opciones de atención médica. Mi representante debe explicarme cualquier elección que él/ella tomó si estoy en capacidad de comprender. Este nombramiento queda vigente a menos y hasta que sea revocado por mí o por orden de un tribunal.

Los tipos de decisiones de atención médica que autorizo sean tomadas a nombre mío incluyen, pero no están limitadas a, lo siguiente:

- Aprobar o rehusar atención médica, incluyendo procedimientos de diagnóstico, quirúrgicos o terapéuticos;
- Autorizar a los médicos, enfermeros, terapeutas y otros proveedores de atención médica de su elección a proporcionarme cuidados, y comprometer mis recursos o mi patrimonio a pagar compensación razonable por estos servicios;
- Aprobar o denegar mi ingreso a instituciones de atención médica, asilos de ancianos, centros de residencia asistida u otras instalaciones o programas. Al firmar este formulario, comprendo que permito a mi representante tomar decisiones sobre mi atención médica de salud mental, excepto que en general él o ella no pueden ingresarme a un ambiente de tratamiento estructurado con supervisión las 24 horas del día y a un programa de tratamiento intensivo - llamado un centro de salud del comportamiento "nivel uno" – utilizando únicamente este formulario;

CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS (Continuación)

- Tener acceso a y control de mi historial médico y tener la autoridad de entenderse sobre ese historial con proveedores de atención médica.

4. DECISIONES QUE EXPRESAMENTE NO AUTORIZO que mi Representante tome por mí:

No quiero que mi representante tome las siguientes decisiones de atención médica por mí (describala o escriba "no es pertinente"):

5. Mis deseos precisos sobre la autopsia:

NOTA: Según las leyes de Arizona, no se requiere una autopsia a menos que el médico forense del condado, el fiscal del condado o un juez del tribunal superior ordene que se lleve a cabo. Vea el documento de Información General para más información sobre este tema. Ponga sus iniciales o una marca de comprobación en una de las siguientes opciones.

- Al morir NO apruebo (no quiero) una autopsia.
 Al morir SÍ apruebo (quiero) una autopsia.
 Mi representante puede otorgar o rehusar aprobación para la autopsia.

6. Mis deseos precisos sobre donación de órganos: ("obsequio anatómico")

NOTA: Bajo las leyes de Arizona, puede donar todo o parte de su cuerpo. Si no escoge, su representante o familia pueden tomar la decisión cuando muera. Usted puede indicar cuáles órganos o tejidos quiere donar y dónde quiere que sean donados. Ponga sus iniciales o una marca de comprobación al lado de A ó B a continuación. Si selecciona B, continúe con sus opciones.

A. Yo NO QUIERO hacer una donación de órganos o tejidos y no quiero que este donativo sea autorizado en mi nombre por mi representante o mi familia.

B. Yo SÍ QUIERO hacer una donación de órganos o tejidos al morir. He aquí mis instrucciones:

1. Cuáles órganos/tejidos elijo donar: (Seleccione "a" ó "b" a continuación)

- a. Cualquier órgano o parte necesitada.
 b. Estas partes u órganos:
1.) _____
2.) _____
3.) _____

2. Para qué propósitos dono órganos/tejidos: (Seleccione a, b ó c a continuación)

- a. Cualquier propósito legalmente autorizado (transplante, terapia, evaluación e investigación médica y dental, y/o el avance de ciencias médicas y dentales).
 b. Únicamente para propósitos de transplante o terapéuticos.
 c. Otro: _____

3. A qué organización o persona quiero que vayan mis partes u órganos:

- a. Ya he firmado un acuerdo por escrito o una tarjeta de donante con relación a donación de órganos y tejidos con la persona o institución que sigue: (Nombre) _____
 b. Quisiera que mis tejidos u órganos fuesen a la persona o institución que sigue: (Nombre) _____
 c. Autorizo a mi representante para tomar esta decisión.

CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS (Continuación)

7. Acerca de un Testamento en Vida:

NOTA: Si tiene un Testamento en Vida y una Carta Poder Perdurable para Atención Médica, tiene que adjuntar el Testamento en Vida a este formulario. Hay un formulario de Testamento en Vida en la página de Internet de la Procuraduría (AG). Ponga sus iniciales o una marca de comprobación al lado de la casilla A ó B.

_____ A. He FIRMADO Y ADJUNTADO un Testamento en Vida debidamente completado además de esta Carta Poder Perdurable para Atención Médica para declarar las decisiones que he tomado sobre atenciones al final de la vida si no puedo comunicar o tomar mis propias decisiones en ese momento.

_____ B. Yo NO HE FIRMADO un Testamento en Vida.

8. Con relación a una Instrucción Prehospitalaria De Atenciones Médicas o de No Resucitar:

NOTA: Un formulario para la Instrucción Prehospitalaria De Atenciones Médicas o de No Resucitar está disponible en la página de Internet del AG. Ponga sus iniciales o una marca de comprobación al lado de la casilla A ó B.

_____ A. Mi médico o proveedor de atención médica y yo HEMOS FIRMADO una Instrucción Prehospitalaria De Atenciones Médicas o de No Resucitar en papel con fondo ANARANJADO en caso que llamen al 911 o a los Técnicos de Emergencia Médica o al personal de emergencia del hospital y que mi corazón o respiración se haya detenido.

_____ B. Yo NO HE FIRMADO una Instrucción Prehospitalaria De Atenciones Médicas o de No Resucitar.

FIRMA O VERIFICACIÓN

Mi intención es que mi agente sea tratado como lo sería yo con respecto a mis derechos relacionados con el uso y la divulgación de mi información de salud individualmente identificable u otro historial médico. Esta autoridad de divulgación se aplica a cualquier información regida por la Ley de Portabilidad y Obligación para Seguro de Salud de 1996 (también conocida como HIPAA), 42 USC 1320d y 45 CFR 160-164.

A. Estoy firmando esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas como sigue:

Mi Firma: _____ Fecha: _____

B. Soy físicamente incapaz de firmar este documento, por lo que un testigo está verificando mis deseos como sigue:

Verificación del Testigo: Considero que esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas expresa exactamente los deseos que me fueron comunicados por el principal de este documento. Él/ella tiene la intención de adoptar esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas en este momento. Él/ella es físicamente incapaz de firmar o marcar este documento, y verifico que él/ella me indicó directamente a mí que la Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas expresa sus deseos y que él/ella tiene la intención de adoptar la Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas en este momento.

Nombre del Testigo (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL TESTIGO O NOTARIO PÚBLICO:

NOTA: Por lo menos un testigo adulto o un Notario Público debe atestiguar la firma de este documento y después firmarlo. El testigo o Notario Público NO PUEDE ser alguien que sea: (a) menor de 18 años de edad; (b) pariente suyo por sangre, adopción o matrimonio; (c) alguien con derecho a alguna parte de sus bienes; (d) su representante; o (e) alguien que está involucrado en su atención médica al momento de firmarse este documento.

A. Testigo: Certifico que he atestado la firma de este documento por el Principal. La persona que firma esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas parecía estar lúcida y no estar bajo presión de tomar decisiones específicas o de firmar el documento. Comprendo los requisitos de ser un testigo y confirmo lo siguiente:

CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS (Última Página)

- Actualmente no estoy designado para tomar decisiones médicas para esta persona.
- No estoy involucrado directamente en administrar atención médica a esta persona.
- No tengo derecho a ninguna porción de los bienes de esta persona cuando muera ni por testamento ni por efecto de la ley.
- No estoy emparentado con esta persona por sangre, matrimonio o adopción.

Nombre del Testigo (en letra de molde): _____
Firma: _____ Fecha: _____
Dirección: _____

Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su formulario, usted NO necesita que firme un notario):

ESTADO DE ARIZONA) ss
CONDADO DE _____)

El infrascrito, Notario Público certificado en Arizona, declara que la persona que establece esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas la ha fechado y firmado o marcado en mi presencia y me parece que está lúcido y libre de coacción. Además declaro que no estoy emparentado con el arriba firmante, por sangre, matrimonio o adopción, ni soy una persona designada para tomar decisiones médicas en nombre de él/ella. No estoy involucrado directamente en el suministro de atención médica al firmante. No tengo derecho a ninguna porción de sus bienes ni por testamento existente ni por efecto de la ley. En caso que la persona que acepta esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas sea físicamente incapaz de firmar o marcar este documento, verifico que él/ella me indicó directamente a mí que esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas expresa sus deseos y que él/ella tiene la intención de adoptar la Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas en este momento.

DOY FE POR MI FIRMA Y SELLO este día ___ de _____, 20___.
Notario Público _____ Mi Cargo Vence: _____

**OPCIONAL:
DECLARACIÓN DE QUE USTED HA HABLADO CON
SU MÉDICO SOBRE SUS ELECCIONES DE
ATENCIÓN MÉDICA PARA EL FUTURO**

NOTA: Antes de decidir cual atención médica desea para sí mismo, posiblemente quiera consultar con su médico sobre sus alternativas de tratamiento. Esta declaración de su médico no es requerida por las leyes de Arizona. Si habla con su médico, conviene que él/ella complete esta sección. Pídale a su médico que guarde una copia de este formulario con su historial médico.

En esta fecha examiné este documento con el Principal y hablamos sobre cualquier pregunta relacionada con las consecuencias médicas probables de las elecciones de tratamiento proporcionadas anteriormente. Me comprometo a cumplir con las provisiones de esta instrucción y cumpliré con las decisiones de atención médica tomadas por el representante a menos que alguna decisión viole mi conciencia. En tal caso, divulgaré inmediatamente mi renuencia de cumplir y transferiré o trataré de transferir el cuidado del paciente a otro proveedor que esté dispuesto a actuar de acuerdo con la instrucción del representante.

Nombre del Médico (en letra de molde): _____
Firma: _____ Fecha: _____
Dirección: _____

ESTADO DE ARIZONA
CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES DE LA SALUD MENTAL
Instrucciones y Formulario

INSTRUCCIONES GENERALES: Utilice este formulario de Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental si desea nombrar a una persona para que tome decisiones futuras de atenciones de la salud mental por usted si usted se vuelve incapaz de tomar estas decisiones por sí mismo. La decisión de si es usted incapaz sólo puede tomarla un siquiatra autorizado de Arizona o un psicólogo que evaluará si usted puede dar consentimiento informado. Esté seguro de que comprende la importancia de este documento. Hable sobre sus elecciones con los miembros de su familia, amigos y otros en quien confía. También conviene hablar con profesionistas como su médico, clérigo y un abogado antes de completar y firmar este formulario.

Si decide que éste es el formulario que quiere usar, complete el formulario. No firme el formulario hasta que su testigo o un Notario Público esté presente para verlo firmar. Hay más instrucciones para usted sobre firmar este formulario en la página 3.

1. Información sobre mí: (Se me denomina el "Principal")

Mi Nombre: _____ Mi Edad: _____
Mi Dirección: _____ Mi Fecha de Nacimiento: _____
_____ Mi Teléfono: _____

2. Selección de mi representante de atención de la salud mental y el alterno: (También llamados un "agente" o "sustituto")

Escojo a la siguiente persona para que actúe como mi representante para tomar decisiones de atenciones de la salud mental por mí cuando sea incapaz de tomarlas por mí mismo:

Nombre: _____ Teléfono Residencial: _____
Dirección: _____ Teléfono Oficina: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono Celular: _____

Escojo a la siguiente persona para que actúe como representante alterno para tomar decisiones de atenciones de la salud mental por mí si mi primer representante no está disponible, no está dispuesto o no puede tomar decisiones por mí.

Nombre: _____ Teléfono Residencial: _____
Dirección: _____ Teléfono Oficina: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono Celular: _____

3. Tratamientos de salud mental que AUTORIZO si no puedo tomar las decisiones por mí mismo:

Éstos son los tratamientos de salud mental que autorizo a mi representante de atenciones de la salud mental que tome a nombre mío si me encuentro incapaz de tomar mis propias decisiones de atenciones de la salud mental debido a enfermedad mental o física, lesión, discapacidad o incapacidad. Si mis deseos no están claros en esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental o mi representante no los conoce de otra manera, mi representante actuará de buena fe de acuerdo con lo más conveniente para mí. Este nombramiento queda vigente a menos y hasta que sea revocado por mí o por orden de un tribunal. Mi representante está autorizado para hacer lo siguiente, a lo cual le he puesto mis iniciales o he marcado:

_____ A. **Sobre mi historial:** Recibir información en cuanto al tratamiento de la salud mental que se propone para mí y recibir, revisar y consentir a la divulgación de cualquier parte de mi historial médico relacionada con ese tratamiento.

_____ B. **Sobre medicamentos:** Consentir a la administración de cualquier medicamento recomendado por mi médico tratante.

_____ C. **Sobre un entorno de tratamiento estructurado:** Ingresarme a un entorno de tratamiento estructurado con supervisión las 24 horas y un programa de tratamiento intensivo autorizado por el Departamento de Servicios de Salud, que se denomina un centro de salud del comportamiento "nivel uno".

CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES DE LA SALUD MENTAL (Continuación)

 D. Otro: _____

4. Tratamientos perdurables de salud mental que explícitamente NO AUTORIZO si no puedo tomar las decisiones por mí mismo: (Explique o escriba "Ninguno")

5. Revocabilidad de esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental: Esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental se elabora de conformidad con las leyes de Arizona y continúa vigente para todos los que se basan en ella excepto aquellos que han recibido aviso oral o escrito de su revocación. Además, deseo ser capaz de revocar esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental como sigue: (Ponga sus iniciales o marque A o B.)

 A. Esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental es IRREVOCABLE si no puedo dar consentimiento informado para tratamiento de salud mental.

 B. Esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental es REVOCABLE en cualquier momento si yo hago cualquiera de lo siguiente:

- 1.) Hacer una revocación por escrito de la Carta Poder para Atenciones de la Salud Mental o una declaración escrita para descalificar a mi representante o agente.
- 2.) Avisar oralmente a mi representante o agente o a un proveedor de atenciones de la salud mental que estoy revocando.
- 3.) Elaborar una nueva Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental.
- 4.) Cualquier otro acto que demuestre mi intención específica de revocar una Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental o de descalificar a mi agente.

6. Información adicional sobre mis necesidades de tratamiento de atenciones de la salud mental (considere incluir historial de salud mental o física, necesidades dietéticas, preocupaciones religiosas, personas a notificar y cualquier otro asunto que sienta que es importante):

FIRMA O VERIFICACIÓN

Es mi intención que mi agente sea tratado como lo sería yo con respecto a mis derechos relacionados con el uso y divulgación de mi información de salud individualmente identificable u otro historial médico. Esta autoridad de divulgación se aplica a cualquier información regida por la Ley de Portabilidad y Obligación para el Seguro de Salud de 1996 (también conocida como HIPAA), 42 USC 1320d Y 45 CFR 160-164.

A. Estoy firmando esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental como sigue:

Mi Firma: _____ Fecha: _____

B. Soy físicamente incapaz de firmar este documento, por lo que un testigo está verificando mis deseos como sigue:

Verificación del Testigo: Considero que esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental expresa exactamente los deseos que me fueron comunicados por el Principal de este documento. Él/ella tiene la intención de adoptar esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental en este momento. Él/ella es físicamente incapaz de firmar o marcar este documento en este momento. Verifico que él/ella me indicó directamente a mí que la Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental expresa sus deseos y que él/ella tiene la intención de adoptar la Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental en este momento.

Nombre del Testigo (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES DE LA SALUD MENTAL (Última página)

FIRMA DEL TESTIGO O NOTARIO PÚBLICO

NOTA: Por lo menos un testigo adulto o un Notario Público debe atestiguar la firma de este documento y después firmarlo. El testigo o Notario Público NO PUEDE ser alguien que sea: (a) menor de 18 años; (b) pariente suyo por sangre, adopción o matrimonio; (c) alguien con derecho a alguna parte de sus bienes; (d) su representante; o (e) alguien que está involucrado en su atención médica en el momento de firma de este documento.

A. Testigo: Afirmo que conozco personalmente a la persona firmante de esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental y que fui testigo de la firma de la persona o reconozco la firma de la persona en este documento en mi presencia. Además afirmo que él/ella parece estar lúcido y no estar bajo coacción, fraude o influencia indebida. Él/ella no es mi pariente por sangre, matrimonio o adopción y no es una persona a quien proveo cuidados directamente en una capacidad profesional. No he sido nombrado como representante para tomar decisiones médicas en nombre de él/ella.

Nombre del Testigo (en letra de molde): _____
Firma: _____ Fecha: _____
Dirección: _____

B. Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su formulario, usted NO necesita que firme un notario):

ESTADO DE ARIZONA) ss
CONDADO DE _____)

El infrascrito, Notario Público certificado en Arizona, declara que la persona que hace esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental la ha fechado y firmado o marcado en mi presencia y me parece que está lúcida y libre de coacción. Además declaro que no estoy emparentado con el arriba firmante, por sangre, matrimonio o adopción, ni soy una persona designada a tomar decisiones médicas en nombre de él/ella. No estoy involucrado directamente en el suministro de cuidados como profesional a la persona firmante. No tengo derecho a ninguna porción de sus bienes ni por testamento existente ni por efecto de la ley. En caso que la persona que acepta esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental sea físicamente incapaz de firmar o marcar este documento, verifico que él/ella me indicó directamente a mí que esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas expresa sus deseos y que él/ella tiene la intención de adoptar la Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental en este momento.

DOY FE POR MI FIRMA Y SELLO este día ____ de _____, 20____.
Notario Público _____ Mi Cargo Vence: _____

**OPCIONAL:
ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE**

Acepto este nombramiento y acuerdo servir como agente para tomar decisiones de salud mental para el Principal. Comprendo que debo actuar consistentemente con los deseos de la persona a quien represento como está expresado en esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental o, si no está expresado, como me es conocido de otra forma. Si no conozco los deseos del Principal, tengo el deber de actuar en la forma que yo, de buena fe, considero ser para bien de esa persona. Comprendo que este documento me da la autoridad de tomar decisiones sobre tratamiento de salud mental únicamente mientras esté determinado que esa persona está incapacitada, lo cual bajo las leyes de Arizona quiere decir que un siquiatra autorizado o psicólogo tiene la opinión que el Principal no es capaz de dar consentimiento informado.

Nombre del Representante (en letra de molde): _____
Firma: _____ Fecha: _____

ESTADO DE ARIZONA
TESTAMENTO EN VIDA (atenciones al final de la vida)
Instrucciones y formulario

INSTRUCCIONES GENERALES: Use este formulario de testamento en vida para tomar decisiones ahora sobre sus atenciones médicas si alguna vez se viera en condiciones desahuciadas, en estado vegetativo persistente o en coma irreversible. Debe platicar con su doctor(a) acerca de lo que significan estas expresiones. El testamento en vida manifiesta las decisiones que usted hubiera tomado por cuenta propia si hubiera sido capaz de comunicarse. Son las directrices por escrito para su representante médico, si lo tiene, su familia, su médico y cualquier otra persona que se encuentre en condiciones de tomar decisiones de atenciones médicas para usted. Platique con los familiares, amigos y otros en los que confíe sobre lo que usted escoja. Además, conviene platicarle a los profesionales tales como su doctor, su clérigo y un(a) abogado/a antes de que usted complete y firme el testamento en vida.

Si usted decidiera que éste fuera el formulario que usted quisiera usar, complete el formulario. No firme el testamento en vida hasta tanto su testigo o Notario/a Público/a esté presente para verle firmarlo. En la página 2 hay más instrucciones para usted sobre la firma.

IMPORTANTE: Si usted tiene un testamento en vida y una carta poder perdurable para atenciones médicas, debe adosar el testamento en vida a la carta poder perdurable para atenciones médicas.

1. Información sobre mí: (Se me denomina el/la "Principal")

Mi Nombre: _____

Mi Edad: _____

Mi Dirección: _____

Mi Fecha de Nacimiento: _____

Mi Teléfono: _____

2. Mis decisiones sobre las atenciones al final de la vida:

NOTA: He aquí algunas declaraciones generales sobre lo que usted pudiera escoger en cuanto las atenciones médicas que usted quiera al concluir su vida. Aparecen en el orden que dictan las leyes de Arizona. Usted puede escribir las iniciales de su nombre en cualquier combinación de los párrafos A, B, C, y D. **Si usted escribe las iniciales de su nombre en el párrafo E, no escriba las iniciales en los otros párrafos.** Lea todas las declaraciones cuidadosamente antes de escribir las iniciales para indicar lo que usted escoja. También puede escribir en la sección 3 de este formulario su propia declaración sobre los tratamientos para mantenerle la vida y otros asuntos sobre sus atenciones médicas.

_____ A. **Sólo atenciones para mi comodidad:** Si estuviera en condiciones desahuciadas, no quiero que me prolonguen la vida ni quiero tratamiento que me sostenga la vida, aparte de las atenciones para mi comodidad, que sólo sirva para demorar artificialmente el momento de morir. (NOTA: "Las atenciones para su comodidad" significa el tratamiento que intente proteger y realzar la calidad de vida sin prolongar la vida artificialmente.)

_____ B. **Limitaciones precisas a los tratamientos médicos que quiero:** (NOTA: Escriba las iniciales de su nombre o marque una o más elección/es; hable con su doctor(a) sobre lo que elija.) Si estuviera en condiciones desahuciadas, o si estuviera en coma irreversible o en estado vegetativo persistente que a los doctores les pareciera justo pensar que fuera irreversible o curable, quiero que se me dé el tratamiento médico necesario que brinde las atenciones que me mantengan cómodo/a, pero **no quiero lo siguiente:**

- _____ 1.) Resucitación cardiopulmonar: por ejemplo, el uso de fármacos, toques eléctricos y respiración artificial.
_____ 2.) Que se me administren alimentos y líquidos artificialmente.
_____ 3.) Que me lleven al hospital si pudiera evitarse de alguna manera.

_____ C. **Embarazo:** No empece cualquier otra instrucción que yo haya dado en este testamento en vida, si supiera que estuviera embarazada, no quiero que me retengan o me retiren el tratamiento para sustentar la vida si fuera posible que, al seguirse proporcionando el tratamiento de sustento de vida, el embrión o feto pudiera desarrollarse hasta alcanzar el punto de nacer vivo.

_____ D. **Tratamiento hasta que se conozca razonablemente mi condición médica:** No empece las instrucciones que yo diera en este testamento en vida, quiero que se usen todas las atenciones médicas necesarias para tratar mi condición hasta que los doctores puedan llegar a una justa conclusión de que esté en condiciones desahuciadas o irreversible e incurable, o que esté en un estado vegetativo persistente.

_____ E. **Instrucción para que se me prolongue la vida:** Quiero que se me prolongue la vida hasta donde sea posible.

**ESTADO DE ARIZONA
TESTAMENTO EN VIDA (atenciones al final de la vida)(cont.)**

3. Otras declaraciones o deseos que quiero que se cumplan para las atenciones al final de la vida:

NOTA: Usted puede adjuntar más cláusulas o limitaciones a las atenciones médicas que no se hayan incluido en este formulario de testamento en vida. Escriba las iniciales de su nombre o una marca de cotejo en la casilla A o B abajo. Asegúrese de incluir lo adjunto si marca la B.

- _____ **A.** No adjunté más cláusulas o limitaciones especiales sobre las atenciones que quiero al final de la vida.
_____ **B.** Adjunté más cláusulas o limitaciones especiales sobre las atenciones que quiero al final de la vida.

FIRMA O VERIFICACIÓN

A. Estoy firmando este testamento en vida como sigue:

Mi Firma: _____ Fecha: _____

B. Soy incapaz físicamente de firmar este documento, por lo que un(a) testigo está verificando mis deseos como sigue:

Verificación del/de la Testigo: Considero que este testamento en vida manifiesta fielmente los deseos que me comunicó el/la principal del documento. Él/ella tiene la intención de poner en vigor este testamento en vida ahora. Por lo pronto, él/ella es incapaz físicamente de firmar o de hacer una marca en el documento. Verifico que él/ella me indicó directamente que el testamento en vida manifiesta los deseos suyos y que tiene la intención de poner en vigor este testamento en vida ahora.

Nombre del/de la Testigo (en letra de molde): _____
Firma: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL/DE LA TESTIGO O NOTARIO/A PÚBLICO/A:

NOTA: Por lo menos un(a) testigo adulto/a o un(a) Notario/a Público/a deberá dar fe de que usted firmó este documento y después firmarlo. El/la testigo o Notario/a Público/a NO PUEDE ser alguien que sea: (a) menor de 18 años de edad; (b) pariente suyo/a por sangre, adopción o matrimonio; (c) alguien con derecho a alguna parte de sus bienes; (d) designado/a como representante; o (e) alguien que esté involucrado en proporcionar atención médica a usted al momento de firmarse este documento.

A. Testigo: Certifico que he atestiguado la firma de este documento por el/la Principal. La persona que firma este testamento en vida parecía estar lúcida y no estar bajo presión de tomar decisiones específicas o de firmar el documento. Comprendo los requisitos para ser testigo. Confirmando lo siguiente:

- ◆ Actualmente no estoy designado/a para tomar decisiones médicas para esta persona.
- ◆ No estoy involucrado/a directamente en proporcionar atención médica a esta persona.
- ◆ No tengo derecho a porción alguna de los bienes de esta persona cuando muera ni por testamento ni por efecto de la ley.
- ◆ No estoy emparentado/a con esta persona por sangre, matrimonio o adopción.

Nombre del/de la Testigo (en letra de molde): _____
Firma: _____ Fecha: _____
Dirección: _____

Notario/a Público/a (NOTA: sólo hace falta Notario/a Público/a si no lo firmó un(a) testigo)

ESTADO DE ARIZONA) ss
CONDADO DE _____)

El/a infrascrito/a, Notario/a Público/a certificado/a en Arizona, declara que la persona que establece este testamento en vida lo ha fechado y firmado o marcado en mi presencia y me parece que está lúcido/a y libre de coacción. Además declaro que no estoy emparentado/a con el/a arriba firmante, por sangre, matrimonio o adopción, ni soy una persona designada para tomar decisiones médicas a nombre de él/ella. No estoy involucrado/a directamente en proporcionar atención médica al/a la firmante. No tengo derecho a porción alguna de sus bienes ni por testamento existente ni por efecto de la ley. En caso de que la persona que ponga en vigor este testamento en vida sea incapaz físicamente de firmar o marcar este documento, verifico que él/ella me indicó directamente que este testamento en vida manifiesta sus deseos y que él/ella tiene la intención de poner en vigor el testamento en vida ahora.

DOY FE POR MI FIRMA Y SELLO este día _____ de _____, 20_____.
Notario/a Público/a _____ Mi Cargo Vence: _____

ESTADO DE ARIZONA
CARTA A MI(S) REPRESENTANTE(S)
Sobre formularios y responsabilidades de carta poder

A mi representante:

Nombre: _____
Dirección: _____

A mi representante alterno:

Nombre: _____
Dirección: _____

A. Lo que le pido que haga por mí: Las leyes de Arizona me permiten tomar ciertas decisiones médicas y financieras sobre lo que deseo en el futuro si me encuentro imposibilitado o incapacitado para tomar ciertas decisiones por mí mismo. He completado el/los siguiente(s) documento(s) y quiero que sea mi representante o representante alterno para las siguientes finalidades. (Ponga sus iniciales o marque uno o más de los siguientes):

- _____ 1. Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas
_____ 2. Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental

B. Por qué nombré un Representante Alterno: Escogí dos representantes en caso que uno de ustedes no pueda actuar por mí cuando llegue el momento. Le pido que usted acepte mi selección como mi representante o alterno. Si no me devuelve el/los formulario(s) de Carta Poder y esta carta ni me informa lo contrario, asumiré que ha aceptado ser mi representante.

C. Sus responsabilidades como mi representante: Al seleccionarlo, estoy diciendo que quiero que tome unas decisiones muy importantes para mí sobre mis necesidades futuras de atención médica si resulto incapaz de tomar estas decisiones por mí mismo. Puedo necesitar que usted haga cumplir mis elecciones médicas como he indicado en las Cartas Poderes adjuntas, aun si no está de acuerdo con ellas. Por favor, lea las copias de las Cartas Poderes que le estoy otorgando. Ésta es una responsabilidad muy seria de aceptar. Usted será mi voz y tomará decisiones médicas a nombre mío. Aparte de lo que he indicado en las Cartas Poderes con relación a mis instrucciones específicas sobre ciertos asuntos, estoy confiando en su criterio para tomar decisiones que usted crea que son para mi bien. Si en cualquier momento no siente que puede asumir esta responsabilidad por cualquier razón, por favor hágame saber. Si no está seguro sobre cualquiera de mis instrucciones, por favor hábleme al respecto. Si no está dispuesto a servir como mi representante, por favor dígame para que yo pueda escoger a otra persona que me ayude.

Con respecto a la atención médica: Usted no es responsable económicamente de pagar los costos de mi atención médica por el sólo hecho de aceptar esta responsabilidad. Según las leyes de Arizona, usted no es responsable legalmente por haber cumplido con mis decisiones como se manifiestan en las Cartas Poderes o por haber tomado decisiones de atención médica por mí si ha actuado de buena fe.

D. Qué más debe hacer usted: Por favor, guarde copias de mis Cartas Poderes y otros documentos en un lugar seguro. Por favor, lea estos documentos cuidadosamente y hábleme sobre mis elecciones en cualquier momento. Daré copias de mis Cartas Poderes a mi médico y daré copias de todas y cada una de estas Cartas Poderes a mi familia y a cualquier otro representante que yo eligiera. Le autorizo para que hable con ellos sobre las Cartas Poderes, incluyendo, según sea pertinente, mi situación médica o cualquier inquietud médica acerca de mí. Por favor trabaje con ellos y ayúdeles a actuar de acuerdo con mis deseos y para mi bien. Agradezco su apoyo y su disposición para ayudarme de esta manera.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde: _____

ESTADO DE ARIZONA
INSTRUCCIÓN PREHOSPITALARIA DE ATENCIONES MÉDICAS (NO RESUCITAR)
(IMPORTANTE—ESTE DOCUMENTO TIENE QUE ESTAR EN PAPEL CON FONDO ANARANJADO)

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES: Una Instrucción Prehospitalaria de Atenciones Médicas es un documento firmado por usted y su médico que les informa a los técnicos de emergencia médica (EMTs) o al personal de emergencia del hospital que no lo resuciten. A veces, a esto se le llama un DNR – No Resucitar. Si tiene este formulario, los EMTs y otro personal de emergencia no usarán equipo, medicamentos o aparatos para volver a arrancar su corazón o respiración, pero no retendrán intervenciones médicas que sean necesarias para suministrar cuidados de comodidad y para aliviar el dolor. **IMPORTANTE:** Bajo las leyes de Arizona, una Instrucción Prehospitalaria de Atenciones Médicas o DNR tiene que estar en papel tamaño carta o en papel tamaño billetera con un fondo anaranjado para ser válida.

Usted puede adherir una foto a este formulario, o completar la información personal. También tiene que completar el formulario y firmarlo delante de un testigo. Su proveedor de servicios de atención médica y su testigo tienen que firmar este formulario.

1. Mi Instrucción y Mi Firma:

En caso de paro cardíaco o respiratorio, rehúso todas las medidas de resucitación incluyendo compresión cardíaca, intubación endotraqueal y otro control avanzado de las vías respiratorias, respiración artificial, desfibrilación, administración de medicamentos cardíacos avanzados para mantenimiento de vida y procedimientos médicos de emergencia relacionados.

Paciente (Firma o Señá): _____ Fecha: _____

PROPORCIONE LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:

O ADHIERA UNA FOTOGRAFIA RECIENTE AQUI:

Mi Fecha de Nacimiento _____
Mi Sexo _____
Mi Raza _____
El Color de mis Ojos _____
El Color de mi Pelo _____

2. Información Sobre Mi Médico y Hospicio (si estoy en un Hospicio):

Médico: _____ Teléfono: _____

Programa de Hospicio, de ser pertinente (nombre): _____

3. Firma del Médico u Otro Proveedor de Servicios de Atención Médica:

He explicado este formulario y sus consecuencias al firmante y tengo la certeza de que el firmante comprende que el rehusar cualquiera de las atenciones indicadas anteriormente pudiera resultar en la muerte.

Firma del Proveedor Autorizado de Servicios de Atención Médica: _____ Fecha: _____

4. Firma del Testigo de Mi Directriz:

Estuve presente cuando este formulario fue firmado (o marcado con seña). El paciente parecía estar entonces lúcido y libre de coacción.

Firma: _____ Fecha: _____