

PLANIFICACIÓN DE LA **ATENCIÓN EN VIDA**

Directivas por Adelantado
para la Toma de Decisiones Sobre el Cuidado de Su Salud

Proporcionada por
La Oficina del Procurador General de Arizona,
Mark Brnovich



Envíe las formas por correo postal a:

Arizona Secretary of State
Advance Directive Dept.
1700 W. Washington St., 7th Floor
Phoenix, AZ 85007

¿QUÉ ES LA PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN VIDA Y POR QUÉ ES TAN IMPORTANTE?

La Planificación de la Atención en Vida es el proceso de la toma de decisiones con respecto a sus deseos médicos y quién desea usted que las haga cumplir en el caso de que usted no pueda hacerlo. Los documentos en este paquete son para que usted exprese sus deseos, sean lo que sean, a fin de que usted reciba el tratamiento que desea si ya no se puede comunicar. Ojalá y el tener sus deseos declarados claramente ayude a evitar en aquellas personas cercanas a usted el dolor de tratar de adivinar lo que usted desearía o no que se le haga.

La Planificación de la Atención en Vida es una tarea importante para todos nosotros, tanto para los jóvenes como las personas mayores, ya sea que estemos saludables o enfrentándonos a desafíos. Ninguno de nosotros sabemos lo que nos espera en el futuro, así que tomar medidas para informarles nuestros deseos a nuestros seres queridos puede hacer toda la diferencia en el cuidado al final de nuestras vidas. A través de mayor concienciación y acceso a información, los arizonenses de todas las edades pueden dar a conocer sus decisiones sobre quién administrará sus asuntos médicos en el caso de una emergencia.

¿POR QUÉ OFRECE ESTAS FORMAS EL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA?

La Oficina del Procurador General de Arizona quiere asegurarse de que todos los arizonenses tengan acceso a estos documentos legales gratuitos, todos los cuales concuerdan con la Ley de Arizona. La Oficina del Procurador General es sólo uno de varios lugares donde se pueden obtener formas e información sobre la Planificación de la Atención en Vida. La Oficina del Procurador General no está recomendando una opción en particular, pero sí le insta para que piense en estas opciones, que hable sobre ellas con sus seres queridos, y que llene los documentos apropiados para su situación.

La función principal de la Oficina del Procurador General es la de proveer representación legal al Estado de Arizona, a sus agencias, y a los funcionarios estatales actuando en sus capacidades oficiales. La Oficina no puede proveer asesoría o representación legal a ciudadanos privados en cuestiones legales personales. Si usted necesita ayuda con una cuestión legal personal—tal como presentando una demanda, creando un testamento, o defendiéndose de un cargo criminal—quizás usted deseará ponerse en contacto con un abogado privado.

HABLANDO CON OTROS SOBRE SUS DESEOS

Usted debería considerar a aquellas personas con las que puede comenzar a conversar sobre la Planificación de la Atención en Vida. Su atención médica se trata de usted – comience a hablar con aquellos que puedan ayudarle a considerar qué tratamientos médicos puede usted desear o no si se incapacita, o cuando se vaya acercando al final de su vida.

- **Su Agente del Cuidado de la Salud (la persona que usted seleccione para que tome decisiones del cuidado de su salud por usted)**
- **Su Cónyuge, Hijos/as, Otros Parientes, y Amigos/as Cercanos/as**
- **Su Doctor, Clérigo y Otros**

DOCUMENTOS INCLUIDOS EN ESTE PAQUETE

- **Lista de Verificación de la Planificación de la Atención en Vida**
 - Este documento lista todas las formas en el paquete para que usted pueda ponerle una marca a aquellas que ya haya completado. Si desea registrar sus documentos en el Registro de Directivas para el Cuidado de la Salud de Arizona, la lista de verificación le informará qué formas son aceptadas.
- **Carta Poder para el Cuidado de la Salud**
 - Esta forma le permite a usted seleccionar a una persona para que tome decisiones médicas por usted en el futuro, en el caso de que usted se llegue a enfermar tanto que no pueda comunicarse o si no puede tomar esas decisiones por sí mismo/a.
- **Testamento en Vida**
 - Esta forma le permite a usted listar el tipo de tratamientos médicos que quiere o no quiere recibir durante el cuidado al final de su vida. Esta forma debe ir acompañada por su Carta Poder para el Cuidado de la Salud para que su agente conozca sus deseos.
- **Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental**
 - Esta forma le permite a usted seleccionar a una persona para que tome decisiones futuras sobre el cuidado de su salud mental en el caso de que usted ya no pueda tomar esas decisiones por sí mismo/a.
- **Directivas de Atención Médica Pre-Hospitalización (No Resucitar)**
 - Esta forma debe estar impresa en papel anaranjado y debe estar firmada por usted y por su doctor. Les informa a los técnicos médicos de emergencia (EMT por sus siglas en inglés) o a los primeros respondientes que no le resuciten. A veces, a esto se le llama un DNR (siglas en inglés de Do Not Resucitate o No Resucitar). Por favor tenga en cuenta que esto es válido antes de acudir a un hospital, si se le admite en un hospital, es posible que requieran que usted llene otra forma para el hospital.
- **Acuerdo de Registro**
 - Si usted desea registrar sus documentos en el Registro de Directivas para el Cuidado de la Salud de Arizona, DEBE llenar esta forma y enviarla con sus documentos.

¿QUÉ DICE LA LEY?

Si le interesan las leyes por escrito relacionadas con las formas en este paquete, usted las puede leer en www.azleg.gov/arstitle/

- **Carta Poder para el Cuidado de la Salud “Health Care Power of Attorney”:** Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3221 ss.
- **Directivas para el Cuidado de la Salud “Health Care Directives”:** Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3201 ss.
- **Agentes o Sustitutos para la Toma de Decisiones “Agents or Surrogate Decision-Makers”:** Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3231 ss.
- **Testamento en Vida “Living Will”:** Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3201 ss Y §§ 36-3261 ss.

- **Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental “Mental Health Care Power of Attorney”:** Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3201 ss Y §§ 36-3281 ss.
- **Directivas de Atención Médica Pre-Hospitalización (No Resucitar) “Prehospital Medical Care Directives (Do Not Resuscitate)”:** Estatutos de Arizona Modificados § 36-3251.

QUÉ DEBE HACER CON ESTOS DOCUMENTOS EN 4 PASOS

Paso 1: Llene todas las formas que sean aplicables a usted y exprese sus deseos para su cuidado al final de la vida.

Lea los documentos cuidadosamente para seleccionar las opciones que se ajusten mejor a sus deseos. Cada documento necesitará ser notariado O firmado ante testigo. NO haga que los documentos sean firmados por ambos, sólo elija a uno. Si usted no conoce a un notario o no puede pagar por uno, un testigo es aceptado legalmente.

El/la Testigo o el/la Notario/a Público/a NO puede ser cualquier persona que:

- (a) sea menor de 18 años de edad
- (b) esté emparentada con usted por medio de sangre, adopción, o matrimonio
- (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio
- (d) sea nombrada por usted como su agente
- (e) esté envuelta en proveerle a usted cuidado para la salud en el momento en el que esta forma sea firmada.

Paso 2: Conserve los documentos originales en un lugar seguro que sea fácilmente accesible.

Es importante revisar sus documentos de tiempo en tiempo. Dele copias a la persona que usted elija como su agente, así como a su doctor y a cualquier otra persona que pueda ser contactada con respecto a sus deseos, tales como miembros de su familia y amigos/as cercanos. Conserve unas cuantas copias extra y asegúrese de llevar una consigo si va al hospital o a otro proveedor de cuidado para la salud.

Paso 3: Registre sus documentos en el Registro de Directivas para el Cuidado de la Salud de Arizona (*Opcional*).

Envíe copias de los documentos así como de la forma de registro a la Oficina de la Secretaria de Estado. El domicilio está en la cubierta de este paquete y abajo.

Arizona Secretary of State
Advanced Directive Dept.
1700 West Washington, 7th Floor
Phoenix, AZ 85007

El propósito de registrar las formas de Planificación de la Atención en Vida es crear una ubicación centralizada donde sus parientes, primeros respondientes, hospital, u otra instalación para el cuidado de la salud puedan acceder las formas si éstas no están disponibles fácilmente.

Paso 4 – Si Es Necesario: Reemplazando Directivas Existentes.

Si a usted le gustaría hacer cambios a sus documentos existentes, necesitará completar cualquier forma que haya sido afectada por dicho cambio, por ejemplo, cambio de domicilio, de deseos, o de agente. Es importante que usted tenga una lista de las personas que tienen copias de sus documentos para que si es necesario, usted les pueda enviar una versión actualizada o una carta revocando las formas. El estado aceptará la versión más reciente de sus documentos.

Si usted ha registrado sus documentos con el Registro, necesitará llenar otra forma de registro e indicar que usted está reemplazando o revocando sus documentos existentes en el Registro.

PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN VIDA EN OTROS ESTADOS

- Si usted tiene una directiva por avanzado de otro estado, distrito, o territorio de los Estados Unidos, los Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3208 ss dicen que es *“válida en este estado si era válida en el lugar y en el momento en el que se adoptó y sólo al grado al que no entre en conflicto con las leyes penales de este estado.”*
- Si usted tiene una directiva por avanzado de Arizona, debe comunicarse con la Oficina del Procurador General del otro estado, para informarse si ellos aceptan documentos de Arizona.

PREGUNTAS FRECUENTES:

1. ¿Dónde puedo encontrar estas formas gratuitas?

- Puede obtener copias de este paquete de Planificación de la Atención en Vida y las formas individuales en el sitio web del Procurador General en <https://www.azag.gov/seniors/life-care-planning>, ó llame a la Sección de Alcance Comunitario y Educación al 602-542-2123.

2. ¿Si yo no lleno estas formas, quién tomará mis decisiones médicas a mi nombre?

- Si usted no deja una Carta Poder para el Cuidado de la Salud y no tiene a un custodio nombrado por la corte, los proveedores del cuidado de la salud contactarán a las siguientes personas, en este orden, quienes tendrán la autoridad de tomar decisiones para el cuidado de su salud por usted.
- A estas personas se les llama “sustitutos”.
 1. Su cónyuge, a menos que usted y su cónyuge estén separados legalmente.
 2. Su hijo/a adulto/a. Si tiene a más de un/a hijo/a, los proveedores del cuidado de la salud buscarán el consentimiento de la mayoría de los/las hijos/as que estén disponibles para consulta.
 3. Su padre o madre.
 4. Su compañero/a doméstico/a si ninguna otra persona ha asumido cualquier responsabilidad financiera por usted.
 5. Su hermano o su hermana.
 6. Su amigo/a cercano/a.

3. ¿Yo debería llenar una Forma para No Resucitar “DNR” (Do Not Resuscitate)?

- Si usted está saludable y fuerte, quizás no desee llenar una forma para DNR que es para que no le resuciten. Usted puede expresar sus deseos con respecto a cómo quiere que se hagan cargo de usted si se llegara a enfermar seriamente sin tener qué llenar una forma DNR. Las formas DNR son más apropiadas para aquellas personas que probablemente no estarían bien con la resucitación cardiopulmonar CPR (por sus siglas en inglés) debido a que están muy enfermas, mortalmente enfermas, o de otra forma, demasiado débiles. En cualquier caso, usted necesita hablar sobre la forma DNR con su doctor, quien también necesita firmar la forma.

4. ¿A qué edad debería yo de pensar en llenar estos documentos?

- Ahora. Siempre y cuando usted tenga por lo menos 18 años de edad. Nunca es demasiado temprano para estar preparado/a.

5. ¿Necesitaré a un abogado para llenar estas formas?

- No. Usted no necesita que un abogado le ayude a llenar estos documentos, pero quizás desee consultar a un abogado si necesita asesoría. Si usted necesita encontrar a un abogado, puede comunicarse con los siguientes servicios legales para pedir ayuda:
- **Barra de Abogados de Arizona: Arizona State Bar**
 - (602) 252-4804 ó www.azbar.orgPara pedir ayuda para encontrar a un abogado dentro de su presupuesto, en su área, y con la pericia en el tipo de ayuda que necesita.
- **Línea de Ayuda las 24 Horas para Personas Mayores: 24-hour Senior HELP LINE**
 - Dentro del Condado Maricopa – (602) 264-HELP / (602) 264-4357
 - Fuera del Condado Maricopa – larga distancia gratuita – 1-888-264-2258.Hay oficinas regionales de la organización Area Agency on Aging designadas para proveer servicio a cada condado de Arizona. Busque en su directorio telefónico local la oficina regional más cercana o visite www.des.az.gov y busque Area Agency on Aging para ver sus ubicaciones.
- **Línea Legal para Personas Mayores: Elder Law Hotline**
 - 1-800-231-5441Asesoría legal gratuita, información, y referencias provistas a los residentes de Arizona de 60 años de edad ó mayores, ó a los miembros de la familia llamando a nombre de una persona de mayor edad. Los abogados no proveen servicios con respecto a asuntos criminales, y no representan a los clientes en procesos ante la corte. Ellos proveen asesoría, información, y referencias en una amplia variedad de asuntos legales importantes para las personas de mayor edad. Financiado por la Suprema Corte de Arizona y operada por la organización Southern Arizona Legal Aid, Inc.

AVISO TAMAÑO BILLETERA:

Llene y recorte el aviso en inglés a continuación. Manténgalo en su cartera con su licencia de manejo y tarjetas de seguro, para que el personal de cumplimiento de la ley y médico sepan a quién contactar para las copias de sus directivas por avanzado.

TRADUCCIÓN A ESPAÑOL:

NOTICE IN CASE OF ACCIDENT OR EMERGENCY:
My Name:
Date:

I have signed the following forms: (check)

- Health Care Power of Attorney
- Living Will
- Mental Health Care Power of Attorney
- Prehospital Medical Directive (Do Not Resuscitate)

Please contact the following for copies:
Name:
Telephone:

AVISO EN CASO DE ACCIDENTE O EMERGENCIA:
Mi Nombre:
Fecha:

Yo he firmado las siguientes formas: (marque)

- Carta Poder para el Cuidado de la Salud
- Testamento en Vida
- Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental
- Directiva Médica Pre-Hospitalización (No Resucitar)

Por favor comuníquese con la siguiente persona para las copias:
Nombre:
Teléfono:

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN VIDA

- Acuerdo de Registro
 - DEBE incluir esta forma si usted desea registrar CUALQUIER forma.
- Carta Poder para el Cuidado de la Salud
- Testamento en Vida
- Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental
- Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización (No Resucitar)

Para registrar sus documentos llenos, haga fotocopias y envíe las copias a:

**Arizona Secretary of State
Attn: Advance Directive Dept.
1700 W. Washington Street, 7th Floor
Phoenix, AZ 85007**



Arizona Health Care Directives Registry
ARIZONA SECRETARY OF STATE

1700 W. Washington Street, 7th Floor, Phoenix, AZ 85007-2888
(602) 542-6187
(800) 458-5842 (within Arizona)
Website: www.azsos.gov

FOR OFFICE USE ONLY - REV. 01/07/19

REGISTRATION AGREEMENT

About this agreement:

This agreement shall be used for the registration of a Health Care Directive in the State of Arizona under the authority of A.R.S. § 36-3291 - 3297

This form/agreement must be written legibly or computer generated. For your convenience, this form has been designed to be filled out and printed online at the website referenced above.

Fees: None

Processing time-frame: three weeks

How to complete this form:

- Read this agreement carefully, and fill in all blank spaces
- Attach a copy of your witnessed or notarized Health Care Directive to this Agreement
- DO NOT send your original Health Care Directive Form
- Sign and date this Agreement
- Return by mail to:
Arizona Secretary of State
1700 W. Washington Street, 7th Fl., Phoenix, AZ 85007
Return in person: Tucson: 400 W. Congress, Ste. 141
Phoenix: 1700 W. Washington, Ste. 220

Last Name		First Name		Middle Name	
Address					
City		State		Zip	
Phone		Birth Date (month/day/year)		Last 4 digits of Social Security Number	
Printed name as you want it listed on your membership card					
Address to return documents and wallet card (IF DIFFERENT FROM ADDRESS ABOVE)					
Name					
Address					
City		State		Zip	
I want to:					
<input type="checkbox"/> Store a health care directive(s) in the Registry					
<input type="checkbox"/> Replace a health care directive(s) now in the Registry with a new one					
<input type="checkbox"/> Add an additional document to my currently stored directive(s)					
<input type="checkbox"/> Remove my health care directive(s) from the Registry					
<input type="checkbox"/> Request a replacement wallet card (no change to health care directive(s) in Registry)					
<input type="checkbox"/> Change Registration Agreement information (such as new a address)					

You must complete and sign the Agreement on Page 2 of this form.



AD0001



Arizona Health Care Directives Registry
ARIZONA SECRETARY OF STATE

1700 W. Washington Street, 7th Floor, Phoenix, AZ 85007-2888
(602) 542-6187
(800) 458-5842 (within Arizona)
Website: www.azsos.gov

FOR OFFICE USE ONLY - REV. 01/07/19

REGISTRATION AGREEMENT

I am providing this personal information, along with a copy of my advance directive, with the understanding that this information will be stored in the Arizona Health Care Directive Registry. I certify that the advance directive that accompanies this Agreement is my currently effective advance directive, and was duly executed, witnessed and acknowledged in accordance with the laws of the State of Arizona.

I understand this authorization is voluntary. This authorization to store my advance directive in the Arizona Health Care Directives Registry will remain in force until revoked by me. I understand that I may revoke this authorization at any time by giving written notice of my revocation to the Contact Office listed below. I understand that revocation of this authorization will NOT affect any action you took in reliance on this authorization before you received my written notice of revocation.

Contact Office: Office of the Arizona Secretary of State
Telephone: 602-542-6187 **E-mail:** AD@azsos.gov
Address: 1700 W. Washington Street, 7th Floor, Phoenix, AZ, 85007

Your registration form will be processed within three (3) weeks. You will receive further information in the mail. In order to complete the registration of your health care directive(s) you are required to reply to the letter that you will receive.

For further assistance please contact the Arizona Secretary of State at (602) 542-6187 or visit us online at: www.azsos.gov

Signature of person completing this agreement	Date
Printed Name	



AD0002



CARTA PODER PARA EL CUIDADO DE LA SALUD **Instrucciones e Información**

INSTRUCCIONES GENERALES: Use esta forma si usted quiere seleccionar a una persona, llamada un “agente”, para que tome decisiones futuras para el cuidado de su salud por usted, si usted está demasiado enfermo/a o no puede tomar esas decisiones por sí mismo/a, la persona que usted escoja y en la cual confíe podrá tomar decisiones médicas por usted. Asegúrese de que usted entienda la importancia de este documento. Es una buena idea hablar con su doctor y seres amados si tiene preguntas sobre el tipo de cuidado para la salud que usted quiere o no quiere.

ELECCIÓN DE AUTOPSIA: Si no hay razón legal alguna para que se requiera una autopsia, usted puede decidir si cuando usted muera desea que se le haga una autopsia o no, o si desea que su agente tome esta decisión por usted. Generalmente hay un cargo para las autopsias voluntarias. Usted puede ayudar a su familia y seres queridos clarificando sus preferencias sobre este tema. Para información adicional sobre las autopsias, por favor lea los Estatutos de Arizona Modificados §§ 11-591 y 11-597.

ELECCIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL): Usted puede determinar si desea donar sus órganos o tejidos, y si lo hace, entonces qué órganos o tejidos desea donar, para qué propósitos, y a qué organizaciones. Usted también tiene la opción de donar su cuerpo entero para propósitos de investigación. O puede optar por dejarle la decisión a su agente. Para información adicional sobre la Donación de Órganos, por favor lea en los Estatutos de Arizona Modificados §§ Título 36, Capítulo 7, Artículo 3 las leyes relacionadas con ello.

ELECCIÓN DE FUNERAL Y ENTIERRO (OPCIONAL): En esta forma usted puede determinar sus elecciones de funeral y entierro. Usted puede elegir si después de su muerte, desea que se le entierre y dónde, o si quiere ser cremado/a y a dónde irán sus cenizas, o puede elegir que su agente tome esa decisión.

Si usted llena esta forma, asegúrese de **NO FIRMARLA SINO HASTA** que su testigo o notario público esté presente para verle firmarla.

POR FAVOR TOME NOTA: Por lo menos un testigo adulto, que no incluya a un proxy si lo hay, O un Notario Público deben presenciar cuando usted firme este documento.

NO haga que los documentos sean firmados por ambos, un testigo y un notario, sólo elija a uno. Si usted no conoce a un notario o no puede pagar por uno, un testigo es aceptado legalmente.

El testigo o Notario Público NO DEBE ser cualquier persona que:

- (a) sea menor de 18 años de edad
- (b) esté relacionada con usted por sangre, adopción, o matrimonio
- (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio
- (d) sea designada como su agente
- (e) esté envuelta en el suministro del cuidado de su salud en el momento en el que esta forma sea firmada.

**OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA
MARK BRNOVICH**

Carta Poder para el Cuidado de la Salud

Mi Información (Yo soy el/la “Principal”):

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____
Domicilio Electrónico: _____

Selección de mi agente y alterno en la carta poder para el cuidado de mi salud:

Yo elijo a la siguiente persona para que actúe como mi agente en la toma de decisiones para el cuidado de mi salud a mi nombre:

Nombre: _____

Teléfono del Hogar: _____

Domicilio: _____

Teléfono del Trabajo: _____
Teléfono Celular: _____

Yo elijo a la siguiente persona para que actúe como agente alterno en la toma de decisiones para el cuidado de mi salud a mi nombre si mi primer agente no está disponible, no está dispuesto, o no puede tomar decisiones por mí:

Nombre: _____

Teléfono del Hogar: _____

Domicilio: _____

Teléfono del Trabajo: _____
Teléfono Celular: _____

YO AUTORIZO a mi agente para que tome decisiones para el cuidado de mi salud por mí cuando yo no pueda hacerlo o cuando no pueda comunicar mis propias decisiones sobre el cuidado de mi salud. Yo quiero que mi agente tome todas dichas decisiones por mí a excepción de aquellas decisiones que yo he declarado expresamente en esta forma, las cuales no autorizo que él/ella tome. Si yo puedo entender, mi agente me debería explicar cualquier elección que él/ella haya tomado. Yo además autorizo a mi agente para que tenga acceso a mis “registros de información personal protegida del cuidado de la salud y registros médicos”. Este nombramiento estará vigente a menos que sea revocado por mí o por una orden de la corte.

Decisiones para el cuidado de la salud que yo expresamente NO AUTORIZO si yo no puedo tomar decisiones por mí mismo/a: (Explique o escriba “Ninguna”)

Mis deseos específicos en cuanto a una autopsia (información adicional en la página 1):

*Por favor tenga en cuenta que si no es requerida por la ley, una autopsia voluntaria puede costar dinero. Ponga una inicial junto a su elección:

_____: Después de mi muerte YO NO consiento a una autopsia voluntaria.

_____: Después de mi muerte YO SÍ consiento a una autopsia voluntaria.

_____: Mi agente puede otorgar o denegar su consentimiento para una autopsia.

Mis deseos específicos en cuanto a la donación de órganos (información adicional en la página 1):

Si usted no pone sus iniciales en esta sección, su agente puede tomar estas decisiones por usted. Ponga una inicial junto a su elección:

____: YO NO QUIERO hacer una donación de órganos o tejidos, y YO NO QUIERO que esta donación sea autorizada a mi nombre por mi agente o mi familia.

____: Yo ya he firmado un acuerdo o tarjeta de donante por escrito con respecto a la donación con el/la siguiente individuo o institución: _____

____: YO SI QUIERO hacer una donación de órganos o tejidos cuando muera. Aquí están mis instrucciones:

1. Los órganos/tejidos que yo elijo donar (ponga sus iniciales abajo):

a. ____: Todo el cuerpo

b. ____: Cualquier parte u órgano necesario

c. ____: Sólo estas partes u órganos:

i. _____

2. Yo estoy donando los órganos/tejidos para (ponga sus iniciales abajo):

a. ____: Cualquier propósito legalmente autorizado

b. ____: Sólo para propósitos de trasplantes o terapéuticos

c. ____: Sólo para investigación

d. ____: Otro: _____

3. La organización o persona a quien quiero que vayan mis órganos/tejidos es (ponga sus iniciales abajo):

a. ____: _____

b. ____: Cualquiera que elija mi agente

Mis deseos específicos sobre la disposición del funeral y el entierro (información adicional en la página 1):

____: Después de mi muerte, yo dirijo que mi cuerpo sea enterrado. (En lugar de cremado)

____: Después de mi muerte, yo dirijo que mi cuerpo sea enterrado en: _____

____: Después de mi muerte, yo dirijo que mi cuerpo sea cremado.

____: Después de mi muerte, yo dirijo que mi cuerpo sea cremado y que mis cenizas sean _____

____: Mi agente tomará todas las decisiones del funeral y del entierro.

¿Tiene usted un testamento en vida?

Si tiene un Testamento en Vida, **usted debe adjuntar** el Testamento en Vida a esta forma. Un Testamento en Vida en blanco está disponible en el sitio web del Procurador General www.azag.gov. Ponga sus iniciales abajo.

_____: Yo he FIRMADO Y ADJUNTADO a esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud un Testamento en Vida completo.

_____: Yo NO HE FIRMADO un Testamento en Vida.

¿Tiene usted una Orden Médica Portátil (POLST por sus siglas en inglés)?

Una forma de una orden **POLST** se usa cuando usted se enferma seriamente o está muy frágil y hacia el final de su vida. Una forma de una orden POLST en blanco está disponible en el sitio web del Procurador General www.azag.gov. Ponga sus iniciales abajo.

_____: Yo he FIRMADO Y ADJUNTADO a esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud una orden POLST.

_____: Yo NO HE FIRMADO una orden POLST.

¿Tiene usted una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización – un tipo de forma para que No Le Resuciten (DNR por sus siglas en inglés)?

Una forma de una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización o DNR en blanco está disponible en el sitio web del Procurador General www.azag.gov. Ponga sus iniciales abajo.

_____: Mi doctor o proveedor de cuidado para la salud y yo HEMOS FIRMADO una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización o DNR en papel con trasfondo color NARANJA para usarse el caso en el que Técnicos de Emergencia Médica o personal de emergencia en un hospital sean llamados y mi corazón o respiración se hayan detenido.

_____: Yo NO HE FIRMADO una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización o DNR.

AFIDÁVIT DEL MÉDICO (OPCIONAL)

Es posible que usted desee hacerle preguntas a su médico con respecto a un tratamiento en particular o sobre las opciones en la forma. Si usted habla con su médico, es una buena idea pedirle a su médico que complete este affidavit y que conserve una copia para sus archivos.

Yo, el/la Dr./Dra. _____ he revisado este documento y he hablado con _____ sobre cualquier pregunta con respecto a las consecuencias médicas posibles de las opciones de tratamiento provistas arriba. Esta plática con el/la principal ocurrió en este día _____. Yo he accedido a cumplir con las disposiciones de esta directiva.

Firma del/la Médico

RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA MI AGENTE BAJO EL DECRETO HIPAA

(Inicial) Yo deseo que mi agente sea tratado/a como se me trataría a mí con respecto a mis derechos relacionados con el uso y la divulgación de mi información de salud individualmente identificable u otros registros médicos. Esta autoridad de renuncia aplica a cualquier información regida por el Decreto de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (también conocido como HIPAA por sus siglas en inglés), códigos 42 USC 1320d y 45 CFR 160-164.

Revocabilidad de esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud: Yo retengo el derecho de revocar toda o cualquier porción de esta forma o de descalificar a cualquier agente designado por mí en este documento.

VERIFICACIÓN DE MI FIRMA EN LA CARTA PODER PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Mi Firma (Principal): _____ Fecha: _____

Si usted no puede firmar físicamente este documento, su testigo/notario puede firmar y poner sus iniciales a su nombre. Si es aplicable, haga que su testigo/notario firme abajo.

Verificación del/la Testigo/Notario/a: El/la principal de este documento me indicó directamente que esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud expresa sus deseos y tiene la intención de adoptarla en este momento.

Firma del/la Testigo/Notario/a: _____

Nombre el Letra de Molde: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL/LA TESTIGO (Vea en la Página 1 quien NO PUEDE ser testigo)

Yo estuve presente cuando esta forma fue firmada (o marcada). El/la principal parece estar de mente sana y no se le forzó para que firme esta forma. Yo afirmo que satisfago los requerimientos para ser testigo como se indica en la página uno de la forma de la Carta Poder para el Cuidado de la Salud.

Firma del/la Testigo/Notario/a: _____ Fecha: _____

Nombre el Letra de Molde: _____

Domicilio: _____ X _____



FIRMA DEL/LA NOTARIO/A (Vea en la Página 1 quien NO PUEDE ser Notario/a)

Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su forma, usted NO DEBE hacer que la firme un notario):

CERTIFICACIÓN NOTARIAL: Se refiere a las cinco páginas de esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud

Fechada el ____ **de** _____ **de 20** ____.

ESTADO DE ARIZONA) ss

CONDADO DE _____)

Nombre del/la Principal

Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí este ____ día del mes de _____ de 20 ____

Firma del/la Notario/a Público/a: _____

Mi Comisión Expira en: _____



TESTAMENTO EN VIDA (Atención al Final de la Vida) Instrucciones

INSTRUCCIONES GENERALES: Use esta forma para tomar decisiones ahora con respecto a su atención médica en caso de que usted llegue a encontrarse en una condición mortal, un estado vegetativo persistente, o una coma irreversible. Usted debe hablar con su doctor sobre lo que significan estos términos.

Un Testamento en Vida son las instrucciones por escrito a la persona estipulada en su Carta Poder para el Cuidado de la Salud también conocida como su "agente", a su familia, a su médico, y a cualquier otra persona que pueda tomar decisiones sobre su atención médica por usted si usted no puede comunicarse por sí mismo/a.

Es una buena idea hablar con su doctor y seres amados si tiene preguntas sobre el tipo de cuidado para la salud que usted quiere o no quiere.

IMPORTANTE: Si tiene un Testamento en Vida y una Carta Poder para el Cuidado de la Salud, usted debe adjuntar el Testamento en Vida a la Carta Poder para el Cuidado de la Salud.

Si usted llena esta forma, asegúrese de **NO FIRMARLA SINO HASTA** que su testigo o notario público esté presente para verle firmarla.

POR FAVOR TOME NOTA: Por lo menos un testigo adulto, que no incluya a un proxy si lo hay, O un Notario Público deben presenciar cuando usted firme este documento.

NO haga que los documentos sean firmados por ambos, un testigo y un notario, sólo elija a uno. Si usted no conoce a un notario o no puede pagar por uno, un testigo es aceptado legalmente.

El testigo o notario público NO DEBE ser cualquier persona que:

- (a) sea menor de 18 años de edad
- (b) esté relacionada con usted por sangre, adopción, o matrimonio
- (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio
- (d) sea designada como su agente
- (e) esté envuelta en el suministro del cuidado de su salud en el momento en el que esta forma sea firmada

**OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA
MARK BRNOVICH**

Testamento en Vida

Mi Información (Yo soy el/la “Principal”):

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Domicilio Electrónico: _____

Algunas declaraciones generales con respecto a sus elecciones sobre el cuidado de su salud están listadas a continuación. Si usted está de acuerdo con una de las declaraciones, debe poner sus iniciales junto a dicha declaración. Lea todas las declaraciones cuidadosamente ANTES de poner sus iniciales junto a la declaración de su preferencia. Usted también puede escribir su propia declaración en cuanto al tratamiento para sostener la vida y otros asuntos relacionados con el cuidado de su salud. Usted puede poner sus iniciales en cualquier combinación de los párrafos 1, 2, 3 y 4, PERO si usted pone sus iniciales en el párrafo 5 no debe poner sus iniciales en los otros.

_____ 1. Si yo tengo una condición mortal, yo no quiero que se prolongue mi vida, y no quiero tratamiento para sostener la vida, más allá de la atención confortante, que serviría sólo para retrasar artificialmente el momento de mi muerte.

***Atención confortante es el tratamiento provisto para tratar de proteger y mejorar la calidad de vida sin artificialmente prolongar la vida.*

_____ 2. Si yo tengo una condición mortal o estoy en una coma irreversible o en un estado vegetativo persistente que mis doctores razonablemente crean que es irreversible o incurable, yo quiero el tratamiento médico necesario para proveer el cuidado que me mantendría confortable, pero YO NO QUIERO lo siguiente:

_____ a. Resucitación cardiopulmonar (CPR). Por ejemplo, el uso de drogas, choques eléctricos, y respiración artificial.

_____ b. Alimento y fluidos administrados artificialmente.

_____ c. Ser llevado/a al hospital si es evitable.

_____ 3. Sin importar cualquier otra instrucción que yo haya dado en este Testamento en Vida, si se sabe que estoy embarazada, no deseo que se retenga o que se retire el tratamiento para sostener la vida si es posible que el embrión/feto se desarrolle al punto de un nacimiento con vida con la aplicación continua del tratamiento para sostener la vida.

_____ 4. Sin importar cualquier otra instrucción que yo haya dado en este Testamento en Vida, yo quiero usar toda la atención médica necesaria para tratar mi condición hasta que los doctores concluyan razonablemente que mi condición es mortal o es irreversible e incurable, o que yo me encuentre en un estado vegetativo persistente.

_____ 5. Yo quiero que mi vida sea prolongada tanto como sea posible (Si usted pone sus iniciales junto a esta declaración, no debe poner sus iniciales en cualquiera de las otras).

POR FAVOR TOME NOTA: Usted puede adjuntar instrucciones adicionales a sus deseos de atención médica si no han sido incluidas en esta forma de Testamento en Vida. Ponga sus iniciales o una marca junto a la casilla A o B abajo. Asegúrese de incluir el adjunto si usted marca la opción B.

_____ A. YO NO HE adjuntado instrucciones especiales sobre el Cuidado al Final de la Vida que yo quiero.

_____ B. YO SÍ HE adjuntado disposiciones o limitaciones adicionales especiales sobre el Cuidado al Final de la Vida que yo quiero.

LA VERIFICACIÓN DE MI FIRMA EN EL TESTAMENTO EN VIDA

Mi Firma (Principal): _____ Fecha: _____

Si usted no puede firmar físicamente este documento, su testigo/notario puede firmar y poner sus iniciales a su nombre. Si es aplicable, haga que su testigo/notario firme abajo.

Verificación del/la Testigo/Notario/a: El/la principal de este documento me indicó directamente que este Testamento en Vida expresa sus deseos y tiene la intención de adoptarlo en este momento.

Firma del/la Testigo/Notario/a: _____

Nombre el Letra de Molde: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL/LA TESTIGO

Yo estuve presente cuando esta forma fue firmada (o marcada). El/la principal parece estar de mente sana y no se le forzó para que firme esta forma.

Firma del/la Testigo: _____ Fecha: _____

Nombre el Letra de Molde: _____

Domicilio: _____

O

FIRMA DEL/LA NOTARIO/A

Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su forma, usted NO DEBE hacer que la firme un notario):

CERTIFICACIÓN NOTARIAL: Se refiere a las tres páginas de este Testamento en Vida

Fechado el ____ de _____ de 20 ____.

ESTADO DE ARIZONA) ss

CONDADO DE _____)

Nombre del/la Paciente

Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí este _____ día del mes de _____ de 20 ____

Firma del/la Notario/a Público/a: _____

Mi Comisión Expira en: _____



**OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA
MARK BRNOVICH**

Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental

INSTRUCCIONES GENERALES: Use esta forma si usted quiere nombrar a una persona, también llamada su “agente”, para que tome decisiones futuras para el cuidado de su salud mental por usted, si usted llega a ser incapaz de poder tomar esas decisiones por sí mismo/a.

La decisión con respecto a si usted es incapaz/incompetente sólo la puede tomar un especialista en neurología o un psiquiatra o psicólogo con licencia de Arizona, quien evaluará si usted puede dar su consentimiento informado. Asegúrese de que usted entienda la importancia de este documento. Es una buena idea hablar con su doctor y seres amados si tiene preguntas sobre el tipo de cuidado para la salud mental que usted quiere o no quiere.

Si usted llena esta forma, asegúrese de **NO FIRMARLA SINO HASTA** que su testigo o notario público esté presente para verle firmarla. **POR FAVOR TOME NOTA:** Por lo menos un testigo adulto O un Notario Público deben presenciar cuando usted firme este documento.

NO haga que los documentos sean firmados por ambos, un testigo y un notario, sólo elija a uno. Si usted no conoce a un notario o no puede pagar por uno, un testigo es aceptado legalmente.

El testigo o Notario Público NO DEBE ser cualquier persona que:

- (a) sea menor de 18 años de edad
- (b) esté relacionada con usted por sangre, adopción, o matrimonio
- (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio
- (d) sea designada como su agente
- (e) esté envuelta en el suministro del cuidado de su salud en el momento en el que esta forma sea firmada.

Mi Información (Yo soy el/la “Principal”):

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Domicilio Electrónico: _____

Selección de mi agente y alterno en la carta poder para el cuidado de mi salud mental:

Yo elijo a la siguiente persona para que actúe como mi agente en la toma de decisiones para el cuidado de mi salud mental a mi nombre:

Nombre: _____

Teléfono del Hogar: _____

Domicilio: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Teléfono Celular: _____

Yo elijo a la siguiente persona para que actúe como agente alterno en la toma de decisiones para el cuidado de mi salud mental a mi nombre si mi primer agente no está disponible, no está dispuesto, o no puede tomar decisiones por mí:

Nombre: _____

Teléfono del Hogar: _____

Domicilio: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Teléfono Celular: _____

Tratamientos para la salud mental que YO AUTORIZO si no puedo tomar decisiones por mí mismo/a:

Aquí están los tratamientos para la salud mental que yo autorizo que mi agente autorice por mí si yo no pudiera tomar mis propias decisiones para el cuidado de la salud mental debido a enfermedad física o mental, lesión, discapacidad, o incapacidad. Este nombramiento estará vigente a menos y hasta que sea revocado por mí o por una orden de la corte. Mi agente está autorizado para hacer lo siguiente que yo he marcado o aceptado con mis iniciales:

_____: Recibir registros médicos e información con respecto a mi tratamiento para la salud mental y recibir, revisar y consentir la revelación de cualquiera de mis registros médicos relacionados con dicho tratamiento.

_____: Consentir la administración de cualquier medicamento recomendado por el médico tratándome.

_____: Admitirme como paciente interno o parcial a un programa de hospitalización psiquiátrica.

_____: Otro: _____

Tratamientos para el cuidado de la salud mental que yo expresamente NO AUTORIZO si yo no puedo tomar decisiones por mí mismo/a: (Explique o escriba "Ninguno")

Revocabilidad de esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental: Esta carta poder para el cuidado de la salud mental o cualquier porción de la misma no puede ser revocada y cualquier agente designado no puede ser descalificado por mí durante los momentos en los que se encuentre que yo no puedo dar mi consentimiento informado. Sin embargo, en cualquier otro momento, yo retengo el derecho de revocar toda o cualquier porción de esta carta poder para el cuidado de la salud mental o de descalificar a cualquier agente designado por mí en este documento.

RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA MI AGENTE BAJO EL DECRETO HIPAA

_____**(Inicial)** Yo deseo que mi agente sea tratado/a como se me trataría a mí con respecto a mis derechos relacionados con el uso y la divulgación de mi información de salud individualmente identificable u otros registros médicos. Esta autoridad de renuncia aplica a cualquier información regida por el Decreto de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (también conocido como HIPAA por sus siglas en inglés), códigos 42 USC 1320d y 45 CFR 160-164.

VERIFICACIÓN DE MI FIRMA EN LA CARTA PODER PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL

Mi Firma (Principal): _____ Fecha: _____

Si usted no puede firmar físicamente este documento, su testigo/notario puede firmar y poner sus iniciales a su nombre. Si es aplicable, haga que su testigo/notario firme abajo.

Verificación del/la Testigo/Notario/a: El/la principal de este documento me indicó directamente que esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental expresa sus deseos y tiene la intención de adoptarla en este momento.

Firma del/la Testigo/Notario/a: _____

Nombre el Letra de Molde: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL/LA TESTIGO (Vea en la Página 1 quien NO PUEDE ser testigo)

Yo estuve presente cuando esta forma fue firmada (o marcada). El/la principal parece estar de mente sana y no se le forzó para que firme esta forma. Yo afirmo que satisfago los requerimientos para ser testigo como se indica en la página uno de la forma de la Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental.

Firma del/la Testigo: _____ Fecha: _____

Nombre el Letra de Molde: _____

Domicilio: _____



FIRMA DEL/LA NOTARIO/A (Vea en la Página 1 quien NO PUEDE ser Notario/a)

Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su forma, usted NO DEBE hacer que la firme un notario):

CERTIFICACIÓN NOTARIAL: Se refiere a las tres páginas de esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental fechada el ____ de _____ de 20____.

ESTADO DE ARIZONA) ss

CONDADO DE _____)

Nombre del/la Principal

Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí este _____ día del mes de _____ de 20 _____

Firma del/la Notario/a Público/a: _____

Mi Comisión Expira en: _____



DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA PRE-HOSPITALIZACIÓN (NO RESUCITAR o DNR por sus siglas en inglés)

(IMPORTANTE – ESTE DOCUMENTO DEBE IMPRIMIRSE EN PAPEL CON TRASFONDO COLOR NARANJA)

ASEGÚRESE DE PONER ESTA FORMA EN UN LUGAR TAN VISIBLE COMO SEA POSIBLE PARA LOS PRIMEROS RESPONDIENTES

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES: Una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización es un documento firmado por usted y su doctor que le informa a los técnicos de emergencias médicas (EMT por sus siglas en inglés) o al personal de la sala de emergencias de un hospital que no le resuciten. A este documento en ocasiones se le llama DNR (siglas en inglés de No Resucitar). Si usted tiene esta forma, el personal EMT y otro personal de emergencia no usará equipo, drogas/medicamentos, o aparatos para reiniciar su corazón o su respiración, pero ellos no suspenderán las intervenciones médicas que sean necesarias para proveer cuidado paliativo de comodidad o para aliviar el dolor.

Usted puede ya sea adjuntar una fotografía a esta forma O llenar la información personal.

Por favor tómese tiempo para llenar una forma de Carta Poder para el Cuidado de la Salud. Así, si usted no puede comunicar sus deseos, su agente puede firmar esta forma a su nombre, si eso es lo que usted desea.

Esta forma debe firmarla usted ante su testigo o notario. Su proveedor de servicios para el cuidado de la salud y su testigo o notario también deben firmar esta forma.

NO haga que los documentos sean firmados por ambos, un testigo y un notario, sólo elija a uno. Si usted no conoce a un notario o no puede pagar por uno, un testigo es aceptado legalmente.

El/la Testigo o el/la notario/a público/a NO puede ser cualquier persona que:

- (a) sea menor de 18 años de edad
- (b) esté emparentada con usted por medio de sangre, adopción, o matrimonio
- (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio
- (d) sea nombrada por usted como su agente
- (e) esté envuelta en proveerle a usted cuidado para la salud en el momento en el que esta forma sea firmada

IMPORTANTE: Bajo la ley de Arizona una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización o DNR debe imprimirse en papel con trasfondo color naranja tamaño carta o tamaño cartera para que sea válido.

DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA PRE-HOSPITALIZACIÓN

En el evento de un paro cardiaco o respiratorio, yo me rehúso a cualquier medida de resucitación incluyendo compresiones cardiacas, intubación endotraqueal y otro manejo avanzado de las vías respiratorias, ventilación artificial, desfibrilación, administración de medicamentos cardiacos avanzados para apoyar la vida y procedimientos relacionados con una emergencia médica.

Nombre del/la Paciente en Letra de Molde: _____

Firma del/la Paciente: _____ Fecha: _____

***Si yo no puedo comunicar mis deseos, y he designado a un agente en una Carta Poder para el Cuidado de la Salud, mi agente elegido para el Cuidado de la Salud deberá firmar:**

Nombre en Letra de Molde del/la Agente en la Carta Poder para el Cuidado de la Salud: _____

Firma del/la Agente en la Carta Poder para el Cuidado de la Salud: _____

PROVEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN O ADJUNTE UNA FOTOGRAFÍA RECIENTE:

Fecha de Nacimiento _____

Género/Sexo _____

Raza _____

Color de Ojos _____

Color de Cabello _____



INFORMACIÓN SOBRE MI DOCTOR Y PROGRAMA DE HOSPICIO (si estoy en un programa de Hospicio):

Médico: _____ Teléfono: _____

Programa de Hospicio, si es aplicable (nombre): _____

FIRMA DEL DOCTOR O DE OTRO PROVEEDOR DE CUIDADO PARA LA SALUD

Le he explicado esta forma y sus consecuencias al/la firmante y él/ella me aseguró que entiende que el resultado de cualquier cuidado rechazado arriba mencionado puede resultar en la muerte.

Firma del Proveedor de Cuidado para la Salud con Licencia: _____

Fecha: _____

FIRMA DEL/LA TESTIGO O DEL/LA NOTARIO/A (NO DE AMBOS)

Yo estuve presente cuando esta forma fue firmada (o marcada). El/la paciente pareció estar de mente sana y libre de coerción.

Firma del/la Testigo: _____ Fecha: _____

CERTIFICACIÓN NOTARIAL:

ESTADO DE ARIZONA) ss

CONDADO DE _____)

Nombre del/la Paciente/Nombre del/la Agente en la Carta Poder para el Cuidado de la Salud

Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí este _____ día del mes de _____ de 20 _____

Firma del/la Notario/a Público/a: _____ Mi Comisión Expira en: _____