

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



**LA OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA
Mark Brnovich**

**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
Mark Brnovich
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 ARIZONA ATTORNEY GENERAL
Mark Brnovich

LEGAJO DE PLANIFICACIÓN DE LAS ATENCIONES DE LA VIDA

PREGUNTAS FRECUENTES

INDICE DE MATERIAS

1. ¿Qué puedo hacer para asegurarme de que a mi familia y a mí no nos pase la situación de Schiavo?
2. ¿En dónde puedo encontrar estos documentos?
3. ¿Qué es cada documento?
4. ¿Qué es un testamento en vida?
5. ¿Puedo firmar tanto un testamento en vida como una carta poder perdurable para atenciones médicas?
6. ¿Qué tal si nada firmo? ¿Quién tomará las decisiones de parte mía si no puedo comunicarme?
7. ¿Debo completar un formulario de No Resucitar (“DNR”)?
8. ¿A qué edad debo pensar en llenar estos documentos?
9. ¿Qué debo hacer una vez llene los documentos?
10. ¿Tengo que recurrir un(a) abogado/a para completar estos formularios?
11. ¿Tengo que recurrir a un(a) notario/a para completar estos formularios?
12. ¿Qué tiene que ver la Ley General HIPAA con mis formularios de planificación de las atenciones de la vida?
13. ¿Qué más debo saber?

PREGUNTAS FRECUENTES

1. ¿Qué puedo hacer para asegurarme de que a mi familia y a mí no nos pase la situación de Schiavo?

Terri Schiavo estaba en sus veintes cuando se desplomó catastróficamente. Lamentablemente, ella no dejó instrucciones escritas (una “instrucción anticipada”) que expresara cómo quería ella que la atendieran si le pasara algo catastrófico. Como no dejó instrucciones, los tribunales tuvieron que intervenir para determinar lo que ella hubiera querido. Para mayor complicación, la familia no se puso de acuerdo en cuanto a lo que ella hubiere deseado, lo cual causó una situación increíblemente dolorosa para todos los involucrados. Si toma las medidas debidas ahora, usted puede asegurarse de que se conozcan sus deseos. Esas medidas incluyen el llenar instrucciones anticipadas, tales como un testamento en vida y/o una carta poder para atenciones médicas, y luego platicar con sus seres queridos acerca de lo que usted escoja para que ellos comprendan y apoyen sus deseos si usted no pudiere comunicarse por cuenta propia.

2. ¿En dónde puedo encontrar estos documentos?

La Procuraduría General es sólo una de las varias fuentes para obtener información sobre la planificación de las atenciones de la vida y las instrucciones anticipadas. La Procuraduría ofrece formularios gratis que conforman con las leyes de Arizona. Los formularios y la información se ofrecen en el sitio del Web del Procurador General www.azag.gov. Sus instrucciones anticipadas no tienen que estar en algún formulario particular. Las organizaciones médicas, religiosas, legales y de ayuda a envejecidos también ofrecen información y formularios.

3. ¿Qué es cada documento?

Por ejemplo, ¿qué es una carta poder perdurable para atenciones médicas? La carta poder perdurable para atenciones médicas es un documento que le permite escoger a otra persona, que se conoce por “representante”, para que tome las decisiones de sus atenciones médicas si usted ya no pudiera tomar esas decisiones por cuenta propia. A menos que en el documento consten límites precisos, su representante tendrá autoridad amplia para tomar cualquier decisión de atenciones médicas que usted tomaría por cuenta propia normalmente. Esto pudiera incluir el decidir si acaso debía seguirse alimentando por intubación.

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.

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: _____
_____ 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: _____
_____ 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;

CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS (Continuación)

- 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;
- 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: _____

CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS (Continuación)

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.

7. Disposición de funeral y entierro

Mi agente tiene la autoridad para llevar a cabo todos los asuntos que relacionan a mi funeral y deseos de disposición de entierro de acuerdo con este poder, que es efectivo sobre mi muerte. Mis deseos son reflejados abajo:

Inicial o ponga una marca por esas elecciones que usted desea escoger.

- Sobre mi muerte, yo dirijo mi cuerpo para ser enterrado. (Opuso ser incinerado)
- Sobre mi muerte, yo dirijo mi cuerpo para ser enterrado en _____. (Opción Directiva)
- Sobre mi muerte, yo dirijo mi cuerpo para ser incinerado.
- Sobre mi muerte, yo dirijo mi cuerpo para ser incinerado con mis cenizas ser _____. (Opción Directiva)
- Mi agente hará todas las decisiones del funeral y la disposición de entierro (Opción Directiva)

8. 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.

9. 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.

HIPAA RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA MI AGENTE/REPRESENTANTE

(Inicial) 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.

CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS (Continuación)

FIRMA O VERIFICACIÓN

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:

- 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

CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS (Última Página)

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 sicólogo que evaluará si usted puede dar consentimiento informado. Está 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: _____
_____ 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: _____
_____ 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.

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

____ **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".

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):

HIPPA RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA MI AGENTE/REPRESENTANTE

____ **(Inicial)** 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 Seguro de Salud de 1996 (también conocida como HIPAA), 42 USC 1320d Y 45 CFR 160-164.

FIRMA O VERIFICACIÓN

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

Mi Firma: _____ Fecha: _____

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

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: _____

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: _____

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

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 sicólogo tiene la opinión que el Principal no es capaz de dar consentimiento informado.

Nombre del Médico (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

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 este 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 este 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 solo 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 empecé 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 empecé 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 de 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 proporcionarle 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 lúcido 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 proporcionarle 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/la infrascrito/a, Notario/a Público/a certificado/a en Arizona, declare 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 proporcionarle atenciones médicas al/a 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 hágamelo 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 dígamelo 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 sí 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 cardiaca, 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: _____