

Instrucción anticipada de atención de salud de California

Este formulario le permite indicar la manera en que desea que lo traten si está muy enfermo.



● Este formulario consta de 3 partes.
Le permite:

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

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



Parte 2: Tomar sus propias decisiones en cuanto a su atención de salud.

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



Parte 3: Firmar el formulario.

Se debe firmar antes de que se pueda usar.

Usted puede llenar la Parte 1, la Parte 2 ó ambas.

Llene sólo las partes que desee.

Siempre firme el formulario en la Parte 3.

Vaya a la página siguiente.



1

Si sólo desea un apoderado de atención de salud, vaya a la Parte 1 en la página 3.

Si sólo desea tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página 6.

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

Siempre firme el formulario en la Parte 3 que está en la página 9.

¿Qué hago con el formulario después de llenarlo?

Compártalo con aquellos encargados de su cuidado:

- médicos
- enfermeras
- trabajadores sociales
- familiares
- amigos



¿Qué sucede si cambio de opinión?

- Cambie el formulario.
- Informe sobre los cambios a aquellos encargados de su cuidado.



¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el formulario?

- Hágaselas a los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, familiares o amigos para que se las respondan.



¿Qué sucede si tengo decisiones de atención de salud que no aparecen en este formulario?

- Escriba sus decisiones en una hoja.
- Mantenga la hoja junto a este formulario.
- Comparta sus decisiones con aquellos encargados de su cuidado.

Escoja su apoderado de atención de salud

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

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

Un familiar o amigo que:

- tenga 18 años o más de edad
 - lo conozca bien
- pueda estar con usted cuando lo necesite
usted confíe que hará lo mejor para usted
pueda informarle a los médicos sobre las decisiones que tomó en este formulario

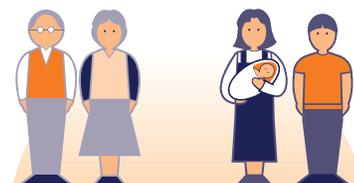


Su apoderado **no puede** ser su médico o alguien que trabaje en el hospital o clínica, a menos que sea un familiar.

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

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

Si desea que su apoderado no sea un familiar, debe escribir su nombre en este formulario.



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

Aceptar, rechazar, cambiar, suspender o escoger:

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



Vaya a la página siguiente.

Otras decisiones que su apoderado puede tomar:

- **Tratamientos de mantenimiento de vida:** tratamiento médico para ayudarle a vivir más tiempo.

- **CPR o reanimación cardiopulmonar**

cardio = corazón pulmonar = pulmones resucitación = reanimación

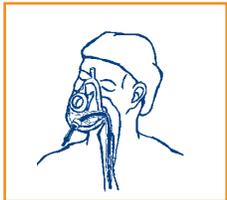


Esto puede incluir:

- presionar con fuerza su pecho para mantener la circulación de la sangre
- choque eléctrico para hacer que su corazón vuelva a funcionar
- medicamentos a través de sus venas

- **Respirador artificial**

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



- **Diálisis**

Una máquina que limpia su sangre si sus riñones dejan de funcionar.

- **Sonda de alimentación**

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



- **Transfusiones de sangre**

Poner sangre en sus venas.

- **Cirugía**

- **Medicamentos**

- **Cuidados paliativos:** Si existe la posibilidad de que muera pronto su apoderado de atención de salud puede:

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



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





Su apoderado de atención de salud

- Yo deseo que esta persona ayude a tomar mis decisiones médicas.

nombre

apellido

dirección

ciudad

estado

código postal

() -

() -

número de teléfono particular

número de teléfono del trabajo

- Si la primera persona no lo puede hacer, entonces deseo que esta persona ayude a tomar mis decisiones médicas.

nombre

apellido

dirección

ciudad

estado

código postal

() -

() -

número de teléfono particular

número de teléfono del trabajo

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

- Mi apoderado de atención de salud puede tomar decisiones por mí **ahora**.
- Mi apoderado de atención de salud tomará decisiones por mí **sólo** cuando yo no pueda tomar las decisiones por mí mismo.

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

Para firmar este formulario vaya a la Parte 3 en la página 9.

PARTE 2 Tome sus propias decisiones de atención de salud

Escriba sus decisiones de manera que aquellos encargados de su cuidado no tengan que adivinar.

- Piense en las cosas que hacen que su vida valga la pena. Marque con una X todas las frases con las cuales esté más de acuerdo.

1 Mi vida sólo vale la pena si puedo:

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



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

- Si estoy muriendo, es importante para mí estar:

1 en casa 2 en el hospital 3 no estoy seguro

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

1 Sí 2 No

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

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



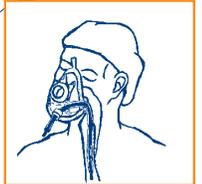
Parte 2: Tome sus propias decisiones de atención de salud

Los tratamientos de mantenimiento de vida se usan para mantenerlo vivo. Éstos pueden ser CPR, un respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis, transfusiones de sangre o medicamentos.

Marque con una X las frases con las cuales esté más de acuerdo.
Lea toda esta página antes de tomar sus decisiones.

● Si estoy muy enfermo y puedo morir pronto:

- 1 Deseo que se intenten todos los tratamientos de mantenimiento de vida que mis médicos creen que pueden ayudar. Si los tratamientos **no funcionan** y existe una mínima esperanza de mejorarme, **deseo que me conecten** a máquinas de mantenimiento de vida.
- 2 Deseo que se intenten todos los tratamientos de mantenimiento de vida que mis médicos creen que pueden ayudar. Si los tratamientos **no funcionan**, y existe una mínima esperanza de mejorarme, **no deseo que me conecten** a máquinas de mantenimiento de vida.
- 3 Deseo que se intenten todos los tratamientos de mantenimiento de vida que mis médicos creen que pueden ayudar, **pero** no los siguientes. Marque los tratamientos que no desee.
 - a CPR
 - b diálisis
 - c respirador artificial
 - d otros tratamientos _____
 - e sonda de alimentación
 - f transfusión de sangre
 - g medicamentos
- 4 **No deseo ningún** tratamiento de mantenimiento de vida.
- 5 Deseo que mi **apoderado de atención de salud** decida por mí.
- 6 No estoy seguro.



Vaya a la página siguiente.

Parte 2: Tome sus propias decisiones de atención de salud

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

Marque con una X las frases con las cuales esté más de acuerdo.

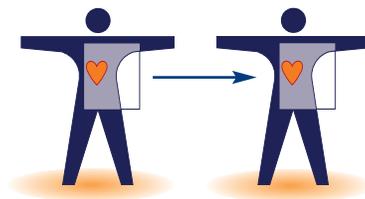
● Donar (dar) sus órganos puede ayudar a salvar vidas.

1 **Deseo** donar mis órganos.

¿Qué órganos desea donar?

a cualquier órgano

b sólo _____



2 **No deseo** donar mis órganos.

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

4 No estoy seguro.

● Se puede realizar una autopsia después de la muerte para saber por qué murió una persona. Se realiza mediante una cirugía. Puede tardar algunos días.

1 **Deseo** una autopsia.

2 **No deseo** una autopsia.

3 Es posible que desee una autopsia si existe alguna duda sobre mi muerte.

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

5 No estoy seguro.



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



PARTE 3 Firme el formulario

Antes de que se pueda usar este formulario, usted debe:

- firmarlo
- decirle a dos testigos que lo firmen

Si no tiene testigos, tendrá que ser ante un notario público. El trabajo del notario público es asegurarse de que sea usted quien firma el formulario.



Firme e indique la fecha.

_____	/	/	_____
firma			fecha
_____		_____	
nombre en letra de molde		apellido en letra de molde	
_____		_____	
dirección	ciudad	estado	código postal

Sus testigos deben:

- ser mayor de 18 años
- conocerlo
- verlo firmar este formulario



Sus testigos no pueden:

- ser su agente de cuidado médico
- ser su proveedor médico
- trabajar para su proveedor médico
- trabajar en el lugar donde vive (si vive en un hospital de enfermería y rehabilitación a largo plazo, vaya a la página 12)

También, uno de los testigos no puede:

- ser su familiar, de ningún modo
- obtener beneficios tal como dinero o propiedad después de que usted muera

Los testigos tienen que firmar la página siguiente.

Si no tiene testigos, lleve este formulario a un notario público y pídale que firme la página 11.

Parte 3: Firme el formulario

Pídales a sus testigos que firmen y escriban la fecha

Por medio de mi firma, yo prometo que _____, firmó este formulario mientras yo lo mire. Estaba pensando con claridad y no fue forzado a firmar.

También prometo que:

- lo conozco o puede mostrarme quien es
- tengo 18 años o más
- no soy su agente de cuidado médico
- no soy su proveedor médico
- no trabajo por su proveedor médico
- no trabajo en el lugar donde vive



Un testigo también tiene que prometer que:

- no soy su familiar por medio de sangre, matrimonio o adopción
- no tendré beneficio de su dinero o propiedad después de que muera

● Testigo 1

_____ / _____			
firma	fecha		
_____	_____		
nombre en letra de molde	apellido en letra de molde		
_____	_____	_____	_____
dirección	ciudad	estado	código postal

● Testigo 2

_____ / _____			
firma	fecha		
_____	_____		
nombre en letra de molde	apellido en letra de molde		
_____	_____	_____	_____
dirección	ciudad	estado	código postal



Ha terminado de llenar este formulario.

Comparta este formulario con sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, amigos y familiares.

Converse con ellos sobre sus decisiones.



NOTARIO PÚBLICO



- Lleve este formulario a un notario público **SÓLO** si no lo han firmado dos testigos.
- Traiga una identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.)

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

State of California

County of _____

On _____ before me, _____, personally appeared _____

Date

Here insert name and title of the officer

Name(s) of Signer(s)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____

Signature of Notary Public

Description of Attached Document

Title or Type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
- Guardian or conservator
- Other _____

RIGHT THUMBPRINT OF SIGNER
Top of thumb here

(Notary Seal)

Ha terminado de llenar este formulario.



Comparta este formulario con sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, amigos y familiares.

Converse con ellos sobre sus decisiones.



SÓLO para residentes de California que viven en un hospital de enfermería y rehabilitación a largo plazo

- **Entregue este formulario al director de su hospital de enfermería y rehabilitación a largo plazo, sólo si vive en uno.**
- **La ley de California exige que los residentes de un hospital de enfermería y rehabilitación a largo plazo tengan como testigo de las instrucciones anticipadas de atención de salud de California al defensor legal (ombudsman) de su hospital.**

DECLARACIÓN DEL DEFENSOR LEGAL (OMBUDSMAN) DEL PACIENTE

“Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del estado de California que soy el defensor legal (ombudsman) del paciente designado por el Departamento Estatal de Edad Avanzada y que estoy sirviendo como testigo según lo estipulado en la Sección 4675 del Código de Sucesiones.”

_____ / /
firma

fecha

nombre en letra de molde

apellido en letra de molde

dirección

ciudad

estado

código postal



Esta instrucción anticipada de atención de salud de California está conforme con el Código Testamentario de California, Sección 4671-4675. <http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

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

