

# Instrucción anticipada de atención de salud de California

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

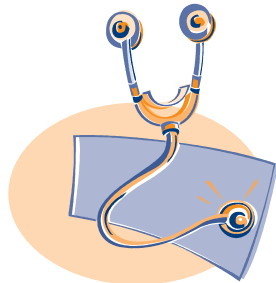


**Esta forma consta de 3 partes. Le permite:**



**Parte 1: Escoger una persona decisora.**

Una persona decisora es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.



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

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



**Parte 3: Firmar el formulario.**

Se debe firmar antes de que se pueda usar.

**Usted puede llenar la Parte 1, la Parte 2 o ambas.  
Siempre firme el formulario en la página E9.  
Es necesario que 2 testigos firmen en la página E11 o  
que un notario público firme en la página E12**

**Su Nombre:** \_\_\_\_\_

**Si sólo desea nombrar una persona decisora, vaya a la Parte 1 en la página E3**

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

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

**Siempre firme el formulario en la Parte 3 que está en la página E9.  
Es necesario que 2 testigos firmen en la página E11 o que un notario público firme en la página E12**

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

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



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

- Pídale a sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, familiares o amigos que respondan a sus preguntas. También los abogados pueden ayudar.

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

- Escriba sus deseos en la página E9.



**Comparta esta forma y sus deseos médicos con sus familiares, amigos, y médicos.**

# Parte 1 Escoger una persona decisora

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

## ¿A quién debo escoger como mi persona decisora?

Un familiar o amigo que:

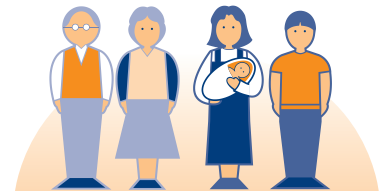
- tenga como mínimo 18 años
- le conozca bien
- pueda estar con usted cuando lo necesite
- usted confíe que hará lo mejor para usted
- pueda informarle a los médicos sobre las decisiones que tomó en esta forma



Su persona decisora **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 una persona decisora?

Si está demasiado enfermo como para tomar sus propias decisiones, los médicos les pedirán a sus familiares o amigos o un juez que tomen decisiones por usted. Es posible que esta persona NO sepa sobre sus deseos médicos.



## ¿Qué tipo de decisiones puede tomar mi persona decisora?

Él/Ella podrá elegir:

- médicos, enfermeras, trabajadores sociales, proveedores de salud
- hospitales, clínicas, o un asilo de ancianos
- medicamentos, exámenes, o tratamientos
- que tipo de cuidado personal recibe, tales como: donde vive
- quien puede ver su expediente médico
- lo que sucederá con su cuerpo y órganos después de su muerte

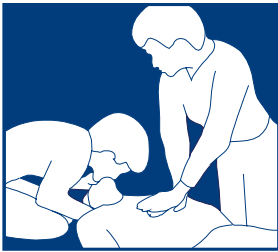


# Mas decisiones que su persona decisora puede tomar:

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

- **RCP o reanimación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation)**

cardio = corazón • pulmonar = pulmones • reanimación = recuperación



Estos tratamientos pueden ser:

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

- **Respirador artificial**

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



- **Diálisis**

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

- **Sonda de alimentación**

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



- **Transfusiones de sangre**

Poner sangre en las venas.

- **Cirugía**

- **Medicamentos**

## Cuidados para el final de la vida – si existe la posibilidad de que muera pronto, su persona decisora puede:

- llamar a un guía espiritual
- decidir si muere en su casa o en el hospital
- decidir donde será sepultado o cremado



**Anote cualquier decisiones que no quiere que tome su persona decisora por usted:**

**Hable con su persona decisora sobre esta forma y sus decisiones.**

# Su persona decisora



**Deseo que esta persona tome por mí las decisiones relacionadas con la atención médica en caso que yo no pueda tomarlas yo mismo.**

nombre (        )        -	apellido (        )        -		
numero de teléfono de casa	numero de teléfono del trabajo	Relación	
dirección	ciudad	estado	código postal

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

nombre (        )        -	apellido (        )        -		
numero de teléfono de casa	numero de teléfono del trabajo	Relación	
dirección	ciudad	estado	código postal

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

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

**¿Cómo desea que su persona decisora cumpla sus deseos médicos? Marque con una X una oración con la que más esté de acuerdo.**

- Flexibilidad Total:** Está bien que mi persona decisora cambie cualquiera de mis decisiones medicas si los doctores piensan que es mejor en ese momento.
- Alguna Flexibilidad:** Está bien que mi persona decisora cambie algunas de mis decisiones medicas si los doctores piensan que es mejor. Pero, estos son algunos deseos que nunca quiero que cambie:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ninguna Flexibilidad:** Quiero que mi persona decisora siga mis deseos médicos exactos en todo momento. No está bien cambiar mis decisiones aunque los doctores lo recomiendan.

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

**Si ha terminado, tiene que firmar esta forma en la página E9.**

# Parte 2

## Tomar sus propias decisiones de atención de salud

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

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

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

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

- conversar con mi familia o amigos
- despertar de un estado de coma
- alimentarme, bañarme, y cuidar de mí mismo
- no sentir dolor
- vivir sin estar conectado a máquinas
- Mi vida siempre vale la pena sin importar lo enfermo que esté.
- no estoy seguro



Si estoy muriendo, es importante para mí estar:

- en casa
- en el hospital
- no estoy seguro

¿Es importante para usted la religión o la espiritualidad?

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

---

¿Qué deben saber los médicos sobre sus creencias religiosas o espirituales?

---



---

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



Su Nombre: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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



o  
or

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

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



o  
or

- No deseo ningún** tratamiento de soporte vital, y quisiera enfocarme en sentirme cómodo. Prefiero tener una muerte natural.

o  
or

- Deseo que mi persona decisora decida por mí.

o  
or

- No estoy seguro.

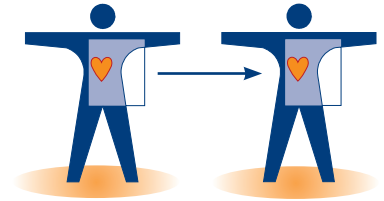
**Si usted quiere anotar deseos que no están en esta página, vaya a página E9**

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

Marque con una X la frase con la cual esté más de acuerdo.  
Marque sus respuestas en la página E8.

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

- Deseo** donar mis órganos.  
¿Qué órganos desea donar?
- cualquier órgano
- sólo \_\_\_\_\_
- No deseo** donar mis órganos.
- Deseo que mi persona decisora decida.
- No estoy seguro.



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

Se realiza mediante una cirugía.  
Puede tardar algunos días.

- Deseo** una autopsia.
- No deseo** una autopsia.
- Deseo una autopsia solo si existe alguna duda sobre mi muerte.
- Deseo que mi persona decisora decida.
- No estoy seguro.



¿Qué deben saber sus médicos sobre la forma en que desea que su cuerpo sea tratado después de que muera? ¿Hizo arreglos funerarios o de sepultura?

---



---





## ¿Qué otros deseos son importantes para usted?

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

### Parte 3

### Firmar el formulario en la página E9

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

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



Firme e indique la fecha en la página E9

<hr/>		/	/	<hr/>	
firma		fecha			
<hr/>			<hr/>		
nombre en letra de molde		apellido en letra de molde			
<hr/>			<hr/>		
dirección	ciudad	estado	código postal		

# Parte 3 Testigos



**Antes de que se puede usar esta forma, usted debe pedirles a 2 testigos o un notario público que la firmen**

## Sus testigos deben:

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

## Sus testigos no pueden:

- ser su persona decisora
- ser su proveedor de atención de salud
- trabajar para su proveedor de atención de salud
- trabajar en el lugar donde usted vive (si usted vive en una casa de reposo, vaya a la página E13)



## Además, los testigos no pueden:

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

**Los testigos tienen que firmar en la página E11.**

**Si no tiene testigos, un notario público tiene que firmar en la página E12**

- El trabajo de un notario público es asegurarse que es usted quien está firmando el formulario

# Pídale a sus testigos que firmen e indiquen la fecha en la página E11

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

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

También doy fe de que:

- Conozco a esta persona y el/ella demostró quién era
- Soy mayor de 18 años
- No soy su persona decisora
- No soy su proveedor de cuidado de la salud
- No trabajo para su proveedor de cuidado de la salud
- No trabajo en el lugar donde vive esta persona



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

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

## Testigo 1: Firmen en la página E11.

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

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
dirección ciudad estado código postal

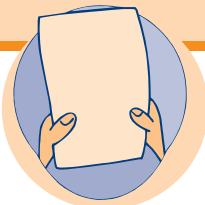
## Testigo 2: Firmen en la página E11.

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

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
dirección ciudad estado código postal

## Ha terminado de llenar esta forma.



Comparta esta forma con sus familiares, amigos, y proveedores de servicios médicos.

Hable con ellos sobre sus deseos médicos.

# Notario Público

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

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



### CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

*A Notary Public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.*

**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)

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

Entréguele esta forma al director de su casa de reposo, **sólo** si vive en una.

La ley de California exige que los residentes de las casas de reposo tengan al mediador público (ombudsman) como testigo de las instrucciones anticipadas.

## DECLARACIÓN DEL DEFENSOR LEGAL (OMBUDSMAN) DEL PACIENTE

STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

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

“I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code.”

firma

fecha

nombre en letra de molde

pellido en letra de molde

dirección

ciudad

estado

código postal

Estas instrucciones anticipadas cumplen con el Código de Sucesiones de California, Sección 4671-4675.  
<http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

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

Esta obra cuenta con licencia de acuerdo con la Licencia de Bienes Comunes Creativos - Sin Fines Comerciales - Para Compartir.  
[://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/) Revisado el 4/05/2016

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License.  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> © 2016 Rebecca Sudore, MD Revised 4/05/2016

