

Paso 1: Designar a un representante de atención médica.

Step 1: Choose your health care representative.

Nombre a alguien en quien confíe para que tome decisiones por usted cuando usted no pueda hacerlo por sus propios medios. Piense en las personas importantes en su vida: su familia y sus amigos. Elija a una persona para que sea su representante de atención médica. Pregúntele si está dispuesto(a) a hacer esto por usted.

Elija a un familiar o amigo que reúna las siguientes condiciones:

- sea mayor de 18 años y lo conozca bien
- esté dispuesto a hacer esto por usted
- sea capaz de tomar decisiones difíciles basadas en los deseos expresados por usted
- comunicará eficazmente la información que usted indique en este paquete tanto a los proveedores de salud como sus familiares

Su representante de atención médica puede hacer lo siguiente:

- decidir dónde recibirá cuidados médicos
- seleccionar o despedir proveedores de salud
- aceptar/rechazar medicamentos, exámenes, tratamientos
- decidir qué sucede con su cuerpo y sus órganos después de su fallecimiento
- tomar la acción legal necesaria para ejecutar los deseos expresados por usted

Su representante **no puede** ser su médico ni alguien que trabaje en el hospital o la clínica donde usted recibe atención, a menos que esta persona sea miembro de su familia.

Elija a su representante. *Name your health care representative.*

1) Quiero que esta persona tome decisiones médicas por mí, si soy incapaz de hacerlo:

I want this person to make my medical decisions if I cannot make my own:

Nombre <i>First name</i>	Apellido <i>Last name</i>	Parentesco <i>Relationship</i>
Teléfono de casa/celular <i>Home/Cell phone</i>	Teléfono del trabajo <i>Work phone</i>	Correo electrónico <i>Email</i>
Domicilio <i>Street address</i>	Ciudad <i>City</i>	Estado <i>State</i> Código postal <i>ZIP code</i>

Si la primera persona no puede tomar decisiones médicas por mí, entonces designo a esta otra persona: *If the first person cannot make my medical decisions, then I want this other person:*

Nombre <i>First name</i>	Apellido <i>Last name</i>	Parentesco <i>Relationship</i>
Teléfono de casa/celular <i>Home/Cell phone</i>	Teléfono del trabajo <i>Work phone</i>	Correo electrónico <i>Email</i>
Domicilio <i>Street address</i>	Ciudad <i>City</i>	Estado <i>State</i> Código postal <i>ZIP code</i>

Esta Directiva Anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)	Fecha de nacimiento
---	----------------------------

Paso 1: Designar a un representante de atención médica (continuación).

Step 1: Choose your health care representative, continued.

2) Marque con una X el enunciado con el que usted está de acuerdo:

Put an X next to the sentence you agree with:

Mi representante tomará decisiones por mí **solo** si llego a ser incapaz de tomar mis propias decisiones. *My health care representative will make decisions for me **only** after I become unable to make my own decisions.*

O OR

Mi representante puede tomar decisiones por mí **ahora mismo** después de que yo firme este formulario. *My health care representative can make decisions for me **right now** after I sign this form.*

Paso 2: Expresar sus elecciones de atención médica.

Step 2: Make your health care choices.

¿Qué hace que valga la pena? *What makes your life worth living?*

1) Vivir: (elija A o B): *My life is (choose A or B):*

A) Siempre vale la pena, no importa lo enfermo(a) que esté *A) Always worth living no matter how sick I am*

B) Solo vale la pena si (marque todas las opciones que correspondan):

B) Only worth living if (check all that are true for you):

Puedo conversar con familia y amigos *I can talk with family and friends*

Puedo despertar de un estado de coma *I can wake up from a coma*

Puedo comer, bañarme o hacerme cargo de mí mismo *I can feed, bathe or take care of myself*

Puedo no sufrir dolor *I can be free from pain*

Puedo vivir sin estar conectado a máquinas *I can live without being hooked up to machines*

No estoy seguro *I am not sure*

2) Si estoy muriendo, es importante para mí estar (elija una opción):

If I am dying, it is important for me to be (choose one):

En casa *At home*

En un hospital u otro centro de atención *In a hospital or other care center*

No es importante para mí dónde reciba atención *It is not important to me where I am cared for*

--

Esta Directiva Anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)

Fecha de nacimiento

Paso 2: Expresar sus elecciones de atención médica (continuación).

Step 2: Make your health care choices, continued.

Creencias espirituales o religiosas Religion or spiritual beliefs

1) **¿Es la religión o espiritualidad importante para usted?** Is religion or spirituality important to you?

Sí Yes No No

2) **¿Practica usted una religión o alguna fe? Si así es, ¿cuál?** Do you have a religion or faith tradition? If so, what is it?

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

What should your doctors know about your religious or spiritual beliefs?

Soporte vital Life support

Se podrían utilizar procedimientos de soporte vital para intentar mantenerlo(a) con vida. Estos incluyen:

RCP o resucitación cardiopulmonar - Esto puede implicar:

- oprimir su pecho fuertemente para mantener el flujo de sangre
- choques eléctricos para restablecer el funcionamiento del corazón
- medicinas en sus venas

Respirador o ventilador - Esta máquina bombea aire hacia sus pulmones y respira por usted a través de un tubo colocado en su garganta. Mientras esté conectado a la máquina, usted no podrá hablar ni comer.

Diálisis - Esta máquina limpia la sangre si sus riñones ya no funcionan.

Sonda de alimentación - Esta sonda transporta comida a su cuerpo si usted no puede tragar. La sonda comienza en su boca y termina en su estómago. También puede ser colocada quirúrgicamente.

Transfusión de sangre - Se introduce sangre en sus venas.

Cirugía y medicinas



--

Esta Directiva Anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)	Fecha de nacimiento
---	----------------------------

Paso 2: Expresar sus elecciones de atención médica (continuación).

Step 2: Make your health care choices, continued.

Marque con una **X** una opción con la que esté más de acuerdo.

Put an **X** next to the one statement you most agree with.

Si estoy tan enfermo que podría morir pronto: *If I am so sick that I may die soon:*

___ Intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos crean que puedan ayudar. Si los tratamientos no funcionan y hay poca esperanza de mejoría, **deseo seguir conectado(a) a máquinas de soporte vital** incluso si estoy sufriendo.

Try all life-support treatments that my doctors think might help. If the treatments do not work and there is little hope of getting better, I want to stay on life-support machines even if I am suffering.

___ Intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos crean que puedan ayudar. Si los tratamientos no funcionan y hay poca esperanza de mejoría, **NO deseo seguir conectado(a) a máquinas de soporte vital**. Si estoy sufriendo, quiero que sean interrumpidos los tratamientos de soporte vital de modo que me sea permitido morir con tranquilidad.

Try all life-support treatments that my doctors think might help. If the treatments do not work and there is little hope of getting better, I do NOT want to stay on life-support machines. If I am suffering, I want life-support treatments to stop so that I can be allowed to die gently.

___ **NO quiero tratamiento de soporte vital**. Quiero enfocarme en mi comodidad. Prefiero morir de forma natural. *I do NOT want life-support treatments. I want to focus on my comfort. I prefer to have a natural death.*

___ Quiero que mi **representante** decida. *I want my health care representative to decide.*

___ No estoy seguro de lo que quiero que se haga. *I am not sure what I would like done.*

Esta Directiva Anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)	Fecha de nacimiento
<small>Esta Directiva Anticipada y designación de representante de cuidado médico cumple con secciones de los Capítulos 1 y 2 de California Uniform Health Care Decisions Act (Código Testamentario de California, secciones 4670 a 4701).</small>	
PÁGINA 4	

Paso 2: Expresar sus elecciones de atención médica (continuación).

Step 2: Make your health care choices, continued.

Donación de órganos *Donating your organs*

Sus médicos podrían preguntarle si desea donar sus órganos o que le realicen una autopsia después de morir. La donación de órganos puede ayudar a salvar vidas. Coloque una **X** junto a **una** opción con la que esté más de acuerdo.

Your doctors may ask about organ donation and an autopsy after you die. Donating your organs can help save lives. Put an **X** next to the **one** choice you most agree with.

___ Yo **quiero** donar mis órganos: *I want to donate my organs:*

___ Cualquier órgano, todos los que sean de utilidad. *Any organ, all that might be usable.*

___ Solo ciertos órganos (por favor especifique cuáles órganos o tejidos desea donar).

Only certain organs (please specify which organs or tissues you wish to donate).

___ Yo **no** quiero donar ninguno de mis órganos. *I do not want to donate any of my organs.*

___ Quiero que mi **representante** decida. *I want my health care representative to decide.*

___ No estoy seguro de lo que quiero que se haga. *I am not sure what I would like done.*

Autopsia *Autopsy*

Una autopsia se puede realizar luego del fallecimiento para determinar la causa de la muerte. Es un procedimiento quirúrgico. Puede tomar varios días. En algunos casos la ley puede exigir que se efectúe una autopsia. Coloque una **X** junto a **una** opción con la que esté más de acuerdo.

An autopsy can be done after death to find out why someone died. It's a surgical procedure. It can take a few days. In some cases an autopsy may be required by law. Put an **X** next to the **one** choice you most agree with.

___ Yo **quiero** una autopsia. *I want an autopsy.*

___ Yo **no** quiero una autopsia. *I do not want an autopsy.*

___ Quiero una autopsia **solo si existen interrogantes** acerca de la(s) causa(s) de mi muerte.

I want an autopsy only if there are questions about the cause(s) of my death.

___ Quiero que mi **representante** decida. *I want my health care representative to decide.*

___ No estoy seguro de lo que quiero que se haga. *I am not sure what I would like done.*

Esta Directiva Anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)

Fecha de nacimiento

Paso 2: Expresar sus elecciones de atención médica (continuación).

Step 2: Make your health care choices, continued.

Otros aspectos a considerar *Other things to consider*

¿Qué otros deseos son importantes para usted después de fallecer? Por ejemplo: ¿hay aspectos culturales, espirituales o religiosos, relativos a cómo tratar su cuerpo que el equipo de atención médica deba conocer?

What other wishes are important to you after you die? For example, are there any cultural, religious, or spiritual things about how to treat your body that your health care team should know?

¿Hay alguna persona que deba ser contactada para satisfacer sus deseos funerarios o de inhumación? Si responde sí, ¿quién es esta persona? *Do you have someone who should be contacted for funeral or burial wishes? If yes, who?*

--

Esta Directiva Anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)	Fecha de nacimiento
---	----------------------------

Paso 3: Definir el alcance de la autoridad de su representante.

Step 3: Outline your health care representative's authority.

Su representante de atención médica puede tomar decisiones acerca de lo siguiente:

Tratamientos de soporte vital - atención médica para ayudar a prolongar su vida:

- RCP o resucitación cardiopulmonar
- respirador o ventilador
- diálisis
- sonda de alimentación
- transfusión de sangre
- cirugía
- medicinas

Atención al final de la vida

Si podría morir pronto, su representante de cuidado médico puede:

- llamar a un líder espiritual
- ayudar a decidir si usted muere en casa o en el hospital
- ayudar a decidir si se realizará una autopsia
- ayudar a decidir si se pueden donar sus órganos
- ayudar a decidir si usted debe ser enterrado o cremado

¿De qué forma quiere que su representante cumpla con su voluntad médica?

How do you want your health care representative to follow your medical wishes?

Coloque una **X** junto a una opción con la que esté más de acuerdo: *Put an X next to the one sentence you most agree with:*

___ **Flexibilidad total:** Estoy de acuerdo con que mi representante cambie **cualquiera** de mis decisiones médicas si, después de hablar con los médicos, piensa que es lo mejor para mí en ese momento.

***Total flexibility:** It is OK for my health care representative to change **any** of my medical decisions if, after talking with my doctors, he/she thinks it is best for me at that time.*

___ **Cierta flexibilidad:** Estoy de acuerdo con que mi representante cambie **algunas** de mis decisiones médicas si, después de hablar con los médicos, piensa que es lo mejor para mí en ese momento.

***Some flexibility:** It is OK for my health care representative to change **some** of my medical decisions if, after talking with my doctors, he/she thinks it is best for me at that time.*

___ **Mínima flexibilidad:** Quiero que mi representante cumpla con mis voluntades médicas lo más fielmente posible. Por favor respeten mis decisiones, aunque mis médicos recomienden algo distinto.

***Minimal flexibility:** I want my health care representative to follow my medical wishes as closely as possible. Please respect my decisions even if doctors recommend otherwise.*

--

Esta Directiva Anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)

Fecha de nacimiento

Directiva anticipada: CALIFORNIA

Advance Directive - CALIFORNIA



Paso 4: Firmar el formulario.

Step 4: Sign the form.

Su firma *Your signature*

Antes de poder usar formulario, usted debe hacer lo siguiente: *Before this form can be used, you must:*

- Firmar este formulario si tiene por lo menos 18 años de edad *Sign this form if you are at least 18*
- Hacer que dos testigos firmen el formulario o llevarlo a validar por un notario público *Have two witnesses sign the form or have it notarized by a notary public*

Fírmelo y escriba la fecha. *Sign your name and write the date.*

Firma *Signature*

Fecha *Date*

Nombre en letra de imprenta *Print name*

Dirección física *Street address*

Ciudad *City*

Estado *State*

Código postal *ZIP code*

Testigos

Antes de poder usar este formulario debe hacer que lo firmen dos testigos o hacerlo validar con un notario público.

Sus testigos deben reunir las siguientes condiciones:

- tener por lo menos 18 años de edad
- conocerlo(a) a usted
- atestiguar que usted ha firmado este formulario

Sus testigos no pueden:

- ser la persona que usted ha designado como su representante de atención médica
- ser su médico u otro proveedor de salud
- trabajar para su proveedor médico ni en el centro médico donde usted recibe atención
- trabajar donde usted vive

Además, **por lo menos** uno de sus testigos:

- no debe tener parentesco alguno con usted
- no debe beneficiarse financieramente ni ser destinatario de algún dinero o propiedad cuando usted muera
- no debe ser un representante ni defensor del paciente si usted vive en un centro de atenciones especializadas (ver página 11)

Si usted no tiene dos testigos, un notario público puede firmar en la página 11.

--

Esta Directiva Anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)

Fecha de nacimiento

Directiva anticipada: CALIFORNIA

Advance Directive - CALIFORNIA



Paso 4: Firmar el formulario (continuación).

Step 4: Sign the form, continued.

Firmas de los testigos *Witnesses' signatures*

Haga que sus testigos completen esta página.

Con mi firma, juro que _____ atestiguó que él/ella firmó este documento.
Nombre del titular de la Directiva Anticipada *Name of advance directive owner*

Considero que él/ella estaba pensando claramente y no fue forzado(a) a firmar este formulario.

También juro que:

- Conozco a esta persona, y él/ella puede probar quién es
- Tengo por lo menos 18 años
- No soy su representante de atención médica
- No soy su proveedor médico
- No trabajo para su proveedor médico
- No trabajo donde él/ella vive

Testigo 1 (abajo firmante) también debe jurar que:

- No tengo parentesco con él/ella
- No me beneficiaré financieramente ni seré destinatario de ningún dinero o propiedad cuando él/ella muera

Testigo 1 *Witness #1*

Firma *Signature*

Fecha *Date*

Nombre en letra de imprenta *Print name*

Dirección física *Street address*

Ciudad *City*

Estado *State*

Código postal *ZIP code*

Testigo 2 *Witness #2*

Firma *Signature*

Fecha *Date*

Nombre en letra de imprenta *Print name*

Dirección física *Street address*

Ciudad *City*

Estado *State*

Código postal *ZIP code*

--

Esta Directiva Anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)

Fecha de nacimiento

Directiva anticipada: CALIFORNIA

Advance Directive - CALIFORNIA



— PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE —

Paso 4: Firmar el formulario - Firma del notario público si es necesario.

Step 4: Sign the form - Notary public signature, if needed.

Lleve este formulario a un notario público **SOLAMENTE** si no ha sido firmado por dos testigos. El escribano público le solicitará una identificación con fotografía, como su licencia o pasaporte.

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, _____
Date Name and title of officer

personally appeared _____,
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

(Notary Seal)

SOLO para quienes residen en un centro de cuidados especializados de California

Entregue este formulario al director del centro de cuidados especializados SOLAMENTE si usted vive en un centro de cuidados especializados. En California la ley exige que los residentes de centros de cuidados especializados incluyan al representante del centro como testigo de su Directiva Anticipada.

DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE DEFENSOR DEL PACIENTE

"Declaro, bajo pena de perjurio, según las leyes del estado de California, que soy representante o defensor del paciente designado por el Departamento Estatal para la Tercera Edad, y que actúo en la calidad de testigo como lo exige la Sección 4675 del Código Testamentario".

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Dirección física

Ciudad

Estado

Código postal

Esta Directiva Anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)

Fecha de nacimiento

Paso 5: Entregar una copia completada de su directiva anticipada.

Step 5: Submit a copy of your completed advance directive.

Una vez que haya firmado su directiva anticipada y haya sido atestiguada o validada, conserve el original y saque copias de las páginas 1 a 11 para entregárselas a:

- su representante de atención médica
- sus familiares
- sus amigos
- proveedores médicos
- hospital

Opciones para entregar su directiva anticipada completada:

1. Durante su próxima visita, entregue una **COPIA** al hospital o a su médico de preferencia de Providence St. Joseph Health.
2. Envíe una **COPIA** usando el sobre con el domicilio preimpreso (si está disponible).
3. Envíe por fax a su hospital Providence St. Joseph Health:

Mission Hospital, Laguna Beach
Mission Hospital, Mission Viejo
St. Joseph Hospital Orange
St. Jude Medical Center
St. Mary Medical Center
Petaluma Valley Hospital
Queen of the Valley Medical Center
Redwood Memorial Hospital
Santa Rosa Memorial Hospital
St. Joseph Hospital, Eureka
Fax to 714-771-8965

Providence Holy Cross Medical Center
Providence Saint Joseph Medical Center (Burbank)
Providence Saint John's Health Center
Providence Little Company of Mary Medical Center Torrance
Providence Little Company of Mary Medical Center San Pedro
Fax to 310-303-5469
Providence Tarzana Medical Center
Fax to 818-708-5368

o

Email to SJMROI@stjoe.org
(Subject: Advance Directive)

Para los hospitales que no están en la lista, por favor llame al hospital para obtener el número de fax indicado.

Si tiene alguna pregunta relacionada con completar o entregar de su directiva anticipada, contáctenos:

Providence.org/InstituteForHumanCaring
424-212-5444

Algunas partes de este trabajo están autorizadas bajo la Licencia de Attribution-NonCommercial-ShareAlike de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> o envíe una carta a Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Revisado 11/2018

Con agradecimiento especial a:

- Rebecca Sudore, M.D., Division of Geriatrics, University of California, San Francisco
- Cedars-Sinai, Los Angeles, CA