

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: (elijá 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 (elijá 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
---	----------------------------

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: MONTANA

Advance Directive - MONTANA



Paso 4: Firmar el formulario: su firma.

Step 4: Sign the form—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 *Have two witnesses sign the form*

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 dos testigos lo firmen.

Sus testigos deben:

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

Providence St. Joseph Health **recomienda** que sus testigos no:

- ser su médico u otro proveedor de salud

Sus testigos no pueden:

- ser la persona que usted ha designado como su representante de atención médica

--

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

Fecha de nacimiento

Directiva anticipada: MONTANA

Advance Directive - MONTANA



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:

- Esta persona puede probar quién es
- Tengo por lo menos 18 años
- No soy su representante de atención médica

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

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 10 para entregárselas a:

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

Opciones para entregar su directiva anticipada completada:

En su próxima visita, entregue una **COPIA** a su proveedor de preferencia de Providence St. Patrick Hospital, Providence St. Joseph Medical Center (Polson) o Providence Medical Group.

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

The Learning Center
500 W. Broadway, Level 1, Broadway Building
Missoula, MT 59802
406-329-5710

Para obtener más información, visítenos en: Providence.org/InstituteForHumanCaring

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

Consumer Registration Agreement

For office use only

PO Box 201410, Helena, MT 59620-1410 • Phone (406) 444-0660 or (866) 675-3314 • E-mail: endoftliferegistry@mt.gov

This form indicates your desire to store an advance directive in the Montana End-of-Life Registry, to replace or remove an Advance Directive already in the Registry, or to request a replacement wallet card.

- Read this Agreement carefully and fill in Sections A through C completely.
- Attach your witnessed Advance Directive.
- Return this Agreement with your Advance Directive to the Office of Consumer Protection at the address above.
- Your Consumer Registration Agreement will be processed within three weeks. You will receive further information in the mail.

Section A

Prefix	First Name	Middle Name or Initial	Last Name	Suffix
Gender	Date of Birth (Month/Day/Year)	Mother's Maiden Name	Social Security Number	Phone Number
Mailing Address				
City	State	Zip	County	Country

Section B

Pick a level of privacy:

- Standard Privacy:** If the information on my wallet card is unavailable, in addition to health care providers, people who enter my Social Security Number, date of birth and mother's maiden name can view my advance directive.
- Higher Privacy:** Only people who have the information from my wallet card and health care providers can view my advance directive.

I want to:

- Store an advance directive in the Registry.**
- Replace an advance directive in the Registry with a new one.**
- Add an Addendum to my current directive**
- Remove my advance directive from the Registry.**
- Request a replacement wallet card.**

Section C

I am providing this personal information along with my advance directive, with the understanding that my personal information will be stored in a secure Department of Justice database and will not be available to the public. I certify that the advance directive that accompanies this Agreement is my current effective advance directive and was duly executed, witnessed and acknowledged in accordance with Section 50-9-103 of the Montana Code Annotated.

I understand that:

- my advance directive will be entered in the Montana End-of-Life Registry free of charge;
- this authorization is voluntary;
- this authorization to store my advance directive in the Montana End-of-Life Registry will remain in force until I revoke it;
- I may revoke this authorization at any time by giving written notice of my revocation to the address listed above; and

no agency, provider or individual may be held liable for any action based on this authorization before a written notice of revocation has been entered into the Registry.

Signature of Person Signing This Agreement

Date

If the person named in the advance directive is unable to sign this form, and you have legal authority to sign for that person, please check the source of your authority and provide proof thereof. Durable Power of Attorney Court Appointed Guardian