

# Directiva anticipada: CALIFORNIA

---

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Números de teléfono: (fijo) \_\_\_\_\_; (celular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Marque al menos **UNA** opción del **Paso 1** y **Paso 2**, y complete el **Paso 3**

## Paso 1: Elegir un agente de atención médica.

MARQUE **UNA** O **DOS** OPCIONES

Elijo a \_\_\_\_\_; Relación \_\_\_\_\_  
(número de teléfono - - ) o (correo electrónico \_\_\_\_\_) como mi agente de atención médica primario para que hable por mí al tomar decisiones relacionadas con la atención médica en caso de que yo no pueda hablar por mí mismo.

Elijo a \_\_\_\_\_; Relación \_\_\_\_\_  
(número de teléfono - - ) o (correo electrónico \_\_\_\_\_) como mi agente de atención médica secundario para que hable por mí al tomar decisiones relacionadas con la atención médica en caso de que yo no pueda hablar por mí mismo y mi agente de atención médica primario no pueda prestar servicio.

## Paso 2: Proporcionar orientación a mi agente de atención médica y médicos.

Al trabajar juntos para tomar decisiones relacionadas con el tratamiento y los planes para mi atención médica, tenga en cuenta mis preferencias generales que se describen a continuación:

MARQUE SOLO **UNA** OPCION

- En este momento, no estoy seguro con cuáles de las siguientes afirmaciones estoy más de acuerdo. Confío en que mi agente de atención médica hará lo que sea mejor para mí.
- Quiero seguir viviendo incluso si mi calidad de vida parece ser mala para los demás y no pueda comunicarme con las personas. En general, aceptaría asistencia respiratoria, para el corazón y la función renal mediante máquinas que requieran que esté en un hospital o en una unidad de atención especial.
- La vida es preciosa, pero entiendo que todos morimos alguna vez. Quiero vivir siempre que pueda interactuar con los demás y disfrutar de una cierta calidad de vida. Aceptaría tratamientos intensivos solo si tuviese una posibilidad razonable de mejorar. Rechazaría la asistencia a largo plazo con medicamentos o máquinas intensivas si mi calidad de vida se viera empobrecida y no pudiese comunicarme con las personas.
- Para mí es muy importante evitar el sufrimiento. No quiero tratamientos médicos extraordinarios, como respiradores o reanimación cardiopulmonar (RCP). Si mis funciones corporales naturales fallan, rechazaría los tratamientos y elegiría morir de manera natural.

¿Hay algo que sus médicos deberían saber sobre usted para poder brindarle la mejor atención médica posible?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Paso 3: Completar y firmar el formulario delante de YA SEA 1) dos testigos O BIEN 2) notario público

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

# Directiva anticipada: CALIFORNIA

---

## 1. Opción 1: DOS testigos

### DECLARACIÓN DEL PRIMER TESTIGO

Declaro, bajo pena de perjurio, según las leyes de California, que:

- Estuve presente cuando la persona firmó este formulario.
- Soy mayor de 18 años y no soy el agente designado en el Paso 1.
- Conozco personalmente a la persona que firmó o aceptó esta directiva anticipada de atención médica, o que la identidad de la persona se comprobó mediante evidencia fehaciente.
- La persona firmó o aceptó esta directiva anticipada ante mí.
- La persona parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no estar bajo ninguna coacción, fraude o influencia indebida.
- No soy una persona designada como agente por esta directiva anticipada.
- No soy el proveedor de atención médica de la persona, un empleado del proveedor de atención médica de la persona, el operador de un centro comunitario de atención médica, un empleado de un operador de un centro comunitario de atención médica, el operador de un centro residencial de atención médica para personas mayores, ni un empleado de un operador de un centro residencial de atención médica para personas mayores.
- No soy pariente consanguíneo, cónyuge ni pariente adoptivo de la persona que ejecuta esta directiva anticipada de atención médica, y según mi leal saber y entender
- No tengo derecho a ninguna parte del patrimonio de la persona tras su fallecimiento bajo un testamento que exista actualmente ni por ley.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DEL SEGUNDO TESTIGO

Declaro, bajo pena de perjurio, según las leyes de California, que:

- Soy mayor de 18 años y no soy el agente designado en el Paso 1.
- Conozco personalmente a la persona que firmó o aceptó esta directiva anticipada de atención médica, o que la identidad de la persona se comprobó mediante evidencia fehaciente.
- La persona firmó o aceptó esta directiva anticipada ante mí.
- La persona parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no estar bajo ninguna coacción, fraude o influencia indebida.
- No soy una persona designada como agente por esta directiva anticipada.
- No soy el proveedor de atención médica de la persona, un empleado del proveedor de atención médica de la persona, el operador de un centro comunitario de atención médica, un empleado de un operador de un centro comunitario de atención médica, el operador de un centro residencial de atención médica para personas mayores, ni un empleado de un operador de un centro residencial de atención médica para personas mayores.
- Estuve presente cuando la persona firmó este formulario.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# Directiva anticipada: CALIFORNIA

## 2. Opción 2: Notario público

State of California

County of \_\_\_\_\_

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.

I certify that I know or have satisfactory evidence that \_\_\_\_\_ signed this instrument and acknowledged it to be his or her free and voluntary act for the uses and purposes mentioned in the instrument

(Notary Seal)

Date: \_\_\_\_\_

Signature of Notary Public: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

My Appointment Expires: \_\_\_\_\_

### SOLO para personas que residen en un centro de cuidados especializados de California

Entregue este formulario al director del centro de cuidados especializados ÚNICAMENTE 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 O DEFENSOR DEL PACIENTE

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

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Dirección

Ciudad,

Estado

Código postal

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# Directiva anticipada: CALIFORNIA

---

## Instrucciones para el Paso 1: Designar a un agente de atención médica.

Designe a alguien en quien confíe para que tome decisiones por usted cuando usted no pueda hacerlo por sus propios medios. Proporcione el nombre y la información de contacto de esta persona, junto con una persona adicional.

Elija a un familiar o amigo que:

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

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

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
- tomar medidas legales para cumplir con sus deseos

Su representante de atención médica NO PUEDE autorizar lo siguiente:

- compromiso civil
- terapia electroconvulsiva
- psicocirugía
- procedimientos de esterilización
- aborto

## Instrucciones para el Paso 2: Información para mi agente de atención médica y médicos al momento tomar decisiones relacionadas con mi atención médica.

Indique sus deseos acerca de la atención médica.

1. Seleccione una de las opciones para proporcionar orientación sobre tratamientos de soporte vital. A continuación se incluye información sobre algunos tratamientos de soporte vital que pueden o no ser exitosos para ayudarlo a vivir más tiempo.

RCP o reanimación cardiopulmonar: Esto puede implicar (1) oprimir su pecho fuertemente para mantener el flujo de sangre; (2) descargas eléctricas para restablecer el funcionamiento del corazón; (3) medicamentos en sus venas.

Solicite más información a sus proveedores de atención médica, según corresponda.