

[Close](#)[Patient Information](#)

Advance Health Care Directive

California Probate Code Section 4701

Usted tiene derecho a dar instrucciones acerca de su propia atención de la salud. También tiene el derecho de hacer que alguien más tome las decisiones de atención de la salud por usted. Este formulario le permite hacer una de estas dos cosas o ambas. También le permite expresar sus deseos acerca de la donación de órganos y la designación de su médico de atención primaria. Si usted utiliza este formulario, puede llenarlo o modificarlo todo o cualquier parte del mismo. También puede utilizar otro formulario.

instrucciones

La Parte 1 – poder notarial para la atención de la salud

La Parte 1 le permite nombrar a otro individuo como representante para que tome las decisiones de atención de la salud por usted en caso que llegue a ser incapaz de tomar sus propias decisiones o si usted quiere que alguien más tome esas decisiones por usted ahora aunque todavía siga siendo capaz. También puede nombrar a un representante suplente que actúe por usted si su primera elección no está dispuesta, no es capaz o no está razonablemente accesible para tomar decisiones por usted. (Su representante no puede ser un operador o empleado de un establecimiento de atención comunitaria y un establecimiento de atención residencial donde lo estén atendiendo, ni su proveedor de atención de la salud encargado de la supervisión o un empleado de la institución de atención de la salud donde usted esté recibiendo la misma, a menos que su representante esté emparentado con usted o sea compañero de trabajo).

A menos que el formulario que usted firme limite la autoridad de su representante, éste podrá tomar todas las decisiones de atención de la salud por usted. Este formulario tiene un lugar para que usted limite la autoridad de su representante. No es necesario que la limite si desea depender de él para todas las decisiones de atención de la salud que puedan tener que tomarse. Si usted opta por no limitar la autoridad de su representante, éste tendrá el derecho a:

1. Prestar o negar el consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de otro modo una enfermedad física o mental.
2. Seleccionar o rechazar proveedores e instituciones de atención de la salud.
3. Aprobar o desaprobar pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos.
4. Dirigir el proveimiento, la negación o la retirada de nutrición e hidratación artificial y todas las demás formas de atención de la salud, incluyendo resucitación cardiopulmonar.
5. Hacer donaciones anatómicas, autorizar una autopsia y ordenar la disposición final de los restos.

La Parte 2

La Parte de este formulario le permite dar instrucciones específicas acerca de cualquier aspecto de su atención de la salud, ya sea que usted nombre un representante o no. Se proporcionan opciones para que usted exprese sus deseos acerca del proveimiento, la negación o la retirada del tratamiento para mantenerlo vivo, así como el proveimiento de alivio del dolor. También se proporciona espacio para que usted aumente las opciones que haya hecho o que anote cualesquier deseos adicionales. Si está conforme con dejar que su representante determine lo que sea mejor para usted al tomar decisiones relacionadas con el final de la vida, no es necesario que llene la Parte 2 de este formulario.

La Parte 3

La Parte 3 de este formulario le permite expresar una intención de donar sus órganos y tejidos corporales después de su muerte.

La Parte 4

La Parte 4 de este formulario le permite designar un médico que tenga la responsabilidad primaria de la atención de su salud.

La Parte 5 – Firma

Después de llenar este formulario, ponga su firma y la fecha al final del mismo.

La Parte 6– Los Testigos

El formulario debe ser firmado por dos testigos calificados o certificado ante un notario público. Entréguelos copias del formulario firmado y debidamente llenado a su médico, a cualesquier otros proveedores de atención de la salud que pueda tener, a cualquier institución de atención de la salud en la que lo estén atendiendo y a todos los representantes de atención de la salud que haya nombrado. Deberá hablar con la persona que haya nombrado como representante para asegurar que él o ella entienda sus deseos y esté dispuesta a asumir la responsabilidad.

Usted tiene derecho a revocar esta directiva por anticipado de la atención de la salud o a reemplazar este formulario en cualquier momento.

PARTE 1 – PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN DE LA SALUD

(1.1) DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE: Designo al siguiente individuo como mi representante para que tome las decisiones de atención de la salud por mí:

Nombre del individuo que usted elija como representante _____

Dirección: _____

Teléfono: _____
(en casa) (teléfono en el trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi representante o si mi representante no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente accesible para tomar una decisión de atención de la salud por mí, designo como mi primer representante suplente a:

Nombre del individuo que usted elija como su primer representante suplente _____

Dirección: _____

Teléfono: _____
(en casa) (teléfono en el trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi representante y mi primer representante suplente o si ninguno de los dos está dispuesto, es capaz o está razonablemente accesible para tomar una decisión de atención de la salud por mí, designo como mi segundo representante suplente a:

Nombre del individuo que usted elija como su segundo representante suplente _____

Dirección: _____

Teléfono: _____
(en casa) (teléfono en el trabajo)

(1.2) AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE: Mi representante está autorizado para tomar todas las decisiones de atención de la salud por mí, incluyendo las decisiones para proveer, negar o retirar la nutrición e hidratación artificial y todas las demás formas de atención de la salud para mantenerme vivo, excepto como lo consigno aquí:

(Si es necesario, agregue hojas adicionales.)

(1.3) CUANDO ENTRA EN VIGENCIA LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE: La autoridad de mi representante entra en vigencia cuando mi médico de atención primaria determine que soy incapaz de tomar mis propias decisiones de atención de la salud, a menos que yo ponga una marca en la siguiente casilla.

Si marco esta casilla q, la autoridad de mi representante para tomar las decisiones de atención de la salud por mí entra en vigor inmediatamente.

(1.4) OBLIGACIÓN DEL REPRESENTANTE: Mi representante tomará decisiones de atención de la salud por mí de acuerdo con este poder notarial para atención de la salud, todas las instrucciones que yo proporcione en la Parte 2 de este formulario y mis demás deseos en la medida conocida para mi representante. En la medida que mis deseos sean desconocidos, mi representante tomará decisiones de atención de la salud por mí de acuerdo con lo que mi representante determine que es en mi mejor interés. Para determinar mi mejor interés, mi representante deberá considerar mis valores personales en la medida conocida por el mismo.

(1.5) AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE DESPUÉS DE LA MUERTE: Mi representante está autorizado para hacer donaciones anatómicas, autorizar una autopsia y ordenar la disposición final de mis restos, excepto como yo lo consigno aquí o en la Parte 3 de este formulario:

(Si es necesario, agregue hojas adicionales.)

(1.6) NOMBRAMIENTO DEL CONSERVADOR: Si es necesario que una corte designe para mí un conservador de mi persona, yo nombro al representante designado en este formulario. Si ese representante no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente accesible para actuar como conservador, nombro a los representantes suplentes que he designado, en el orden en que lo he hecho.

PARTE 2 – INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Si usted llena esta parte del formulario, podrá tachar cualquier texto que no quiera.

(2.1) DECISIONES DEL FINAL DE LA VIDA: Ordeno que mis proveedores de atención de la salud y otros que participen en mi atención provean, nieguen o retiren el tratamiento de acuerdo con la elección que yo haya marcado abajo:

Elección de no prolongar la vida

No quiero que mi vida sea prolongada si (1) tengo una enfermedad incurable e irreversible que resulte en mi muerte dentro de un periodo relativamente corto, (2) pierdo el conocimiento y, con un grado razonable de certidumbre médica, no lo recuperaré o (3) los riesgos y cargas probables del tratamiento serían más mayores que los beneficios previstos, O

 Elección de prolongar la vida

Quiero que mi vida sea prolongada tanto como sea posible dentro de los límites de las normas de atención de la salud generalmente aceptadas.

(2.2) ALIVIO DEL DOLOR: Excepto como lo consigno en el siguiente espacio, ordeno que se me proporcione en todo momento tratamiento para el alivio del dolor o las molestias, aunque acelere mi muerte:

(Si es necesario, agregue hojas adicionales).

(2.3) OTROS DESEOS: (Si usted no está de acuerdo con alguna de las elecciones opcionales que aparecen arriba y desea anotar las suyas propias, o si desea aumentar las instrucciones que ha proporcionado arriba, puede hacerlo aquí).
Ordeno que:

.
. .
. .
. .

(Si es necesario, agregue hojas adicionales.)

PARTE 3 – DONACIÓN DE ÓRGANOS DESPUÉS DE LA MUERTE (OPCIONAL)

(3.1) Después de mi muerte (marque la casilla apropiada):

- Dono todos los órganos, tejidos o partes necesarios, O
- Dono solamente los siguientes órganos, tejidos o partes.

Mi donación es para los siguientes propósitos (tache cualquiera de los siguientes que usted no desee):

- Trasplante
- Terapia
- Investigación
- Educación

PARTE 4 – MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (OPCIONAL)

(4.1) Designo al siguiente como mi médico de atención primaria:

Nombre del
Médico: _____

Dirección:

Teléfono:

OPCIONAL: Si el médico que he designado no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente accesible para actuar como mi médico de atención primaria, designo al siguiente para que desempeñe este papel:

Nombre del
Médico:

Dirección:

Teléfono:

PARTE 5 – Firma

(5.1) EFECTO DE UNA COPIA: Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

(5.2) FIRMA: Firme y ponga aquí la fecha en el formulario:

Fecha: _____

Nombre: _____
(ponga su firma) (escriba su nombre con letra de molde)

Dirección:

(5.3) DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS: Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California (1) que el individuo que firmó o certificó esta directiva por anticipado de la atención de la salud es conocido personalmente para mí, o que la identidad del individuo me fue demostrada con evidencia convincente, (2) que el individuo firmó o certificó esta directiva por anticipado en mi presencia, (3) que el individuo parece encontrarse en buen estado mental y bajo ninguna presión, fraude o influencia indebida, (4) que no soy la persona designada como representante en esta directiva por anticipado y (5) que no soy el proveedor de atención de la salud del individuo, un empleado del proveedor de atención de la salud del individuo, el operador de un establecimiento de atención comunitaria, un empleado de un operador de un establecimiento de atención comunitaria, el operador de un establecimiento de atención residencial para ancianos, ni un empleado de un operador de un establecimiento de atención residencial para personas de edad avanzada.

Primer testigo

Nombre: _____

Dirección: _____

Firma del
testigo: _____

Fecha:

Segundo testigo

Nombre: _____

Dirección: _____

Firma del
testigo: _____

Fecha:

(5.4) DECLARACIÓN ADICIONAL DE LOS TESTIGOS: Por lo menos uno de los testigos mencionados arriba también debe firmar la siguiente declaración:

Declaro además bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que no estoy emparentado por lazos sanguíneos, matrimonio o adopción con el individuo que formaliza esta directiva por anticipado de la atención de la salud, y que a mi leal saber y entender, no tengo derecho a parte alguna del caudal hereditario del individuo después de su muerte bajo un testamento actualmente existente o por ministerio de ley.

Firma del
testigo: _____Firma del
testigo:**PARTE 6 – REQUERIMIENTO DE TESTIGO ESPECIAL**

(6.1) La siguiente declaración sólo es necesaria si usted es un paciente en un establecimiento con servicio de enfermería especializada — un establecimiento de atención de la salud que proporcione los siguientes servicios básicos: atención de enfermería especializada y atención de apoyo para pacientes cuya necesidad primaria es la accesibilidad de atención de enfermería especializada sobre una base prolongada. El abogado o defensor cívico del paciente debe firmar la siguiente declaración:

DECLARACIÓN DEL ABOGADO O DEFENSOR CÍVICO DEL PACIENTE

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que soy abogado o defensor cívico del paciente designado por el Departamento de la Senectud del Estado y que estoy sirviendo como testigo como lo estipula la Sección 4675 del Código Testamentario.

Fecha: _____

Nombre: _____
(ponga su firma) (escriba su nombre con letra de molde)

Dirección: _____

You may use this certificate of acknowledgment before a notary public instead of the statement of witnesses.

State of California }
} SS.

County of _____ }

On (date) _____, before me, (name and title of officer)

personally appeared (name(s) of signer(s))

personally known to me OR 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.

WITNESS my hand and official seal. (Civil Code Section 1189.)

Signature of
Notary: