



Legendary Care™

Instrucciones por adelantado para la atención médica

Instrucciones para completar el formulario (o forma)

Usted tiene derecho a dejar instrucciones relacionadas con su propia atención médica. También tiene derecho a nombrar a alguien para que tome las decisiones relacionadas con su salud, en su nombre.

El formulario (o forma) para las Instrucciones por Adelantado para la Atención Médica le permite hacer una de estas cosas o ambas. También le permite escribir cuáles son sus deseos sobre la donación de órganos y su selección de su médico principal. Si usted utiliza este formulario, puede llenarlo o cambiar alguna parte o cambiarlo todo. Usted puede usar un formulario distinto.

INSTRUCCIONES

1^{ra} Parte: Poder notarial

Esta primera parte le permite:

- **Nombrar** a otra persona como su agente para que tome las decisiones por usted relacionadas con su atención médica si usted no es capaz de tomar sus propias decisiones. Usted también puede permitir que su agente tome las decisiones por usted de inmediato, incluso si usted aún puede tomar sus propias decisiones.
- **También puede nombrar a un agente alterno** que actúe en su nombre si la primera persona que usted elige no está dispuesta, no puede hacerlo, o no está razonablemente disponible para tomar decisiones por usted.

Su **agente** no puede ser:

- un operador o un empleado de un centro comunitario de atención médica o de un centro residencial de atención médica en donde usted recibe cuidados
- el proveedor que supervisa su atención médica (el doctor que maneja su cuidado)
- un empleado de la institución de atención médica donde está recibiendo cuidados, a menos que su agente sea un familiar suyo o sea un compañero de trabajo.

Su **agente** puede tomar todas las decisiones relacionadas con su atención médica en su nombre, a menos que usted ponga límites en la autoridad de su agente. Usted no necesita limitar la autoridad de su agente.

Si desea limitar la autoridad de su agente, el formulario incluye un espacio en donde usted puede hacerlo.

Si decide no limitar la autoridad de su agente, su agente tendrá derecho a:

- Dar su consentimiento o rehusarse a dar su consentimiento a cualquier tipo de cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de algún otro modo una condición física o mental.
- Elegir o dar de baja a proveedores de atención médica (es decir, elegir a un doctor para usted) y las instrucciones que se hayan impartido.
- Estar de acuerdo o en desacuerdo con alguna prueba de diagnóstico, procedimientos quirúrgicos y planes de medicamentos.
- Estar de acuerdo o en desacuerdo con que se proporcione, se detenga o se retire la alimentación e hidratación artificial y todas las demás formas de atención médica, incluyendo la reanimación cardiopulmonar (CPR, en inglés).
- Luego de su fallecimiento, puede hacer donaciones anatómicas (donar órganos o tejidos), autorizar una autopsia y tomar decisiones sobre lo que se hará con su cuerpo.

2^{da} Parte: Instrucciones para la atención médica

Usted puede dar instrucciones específicas sobre cualquier aspecto de su atención médica, ya sea que nombre o no a un agente.

El formulario contiene selecciones para ayudarlo a anotar si desea que le proporcionen, le detengan o le retiren el tratamiento para mantenerlo con vida.

Usted también puede añadir otras decisiones que haya elegido tomar, o puede escribir cualquier otro deseo que tenga.

Usted no necesita llenar la segunda parte de este formulario si desea que su agente tome las decisiones sobre su atención médica que él/ella crea que sean las mejores para usted, sin añadir ninguna instrucción específica.

3^{ra} Parte: Donación de órganos

Usted puede anotar lo que desea con respecto a la donación de órganos y tejidos de su cuerpo luego de su fallecimiento.

4^{ta} Parte: Médico primario o principal

Usted puede elegir un médico que tenga la responsabilidad primaria o principal de su atención médica.

5^{ta} Parte: Firma y testigos

Luego de completar el formulario, firme y ponga la fecha en la sección correspondiente.

El formulario debe estar firmado por **dos testigos calificados** (vea las declaraciones de los testigos que se incluyen en este formulario) o debe ser reconocido ante un notario público. **No se exige que actúe un notario si el formulario está**

firmado por dos testigos. Los testigos deben firmar el formulario en la misma fecha que lo hace la persona que da estas instrucciones por adelantado.

Vea la sexta parte del formulario si usted es un paciente en un centro de enfermería especializada.

6^{ta} Parte: Requisito especial de testigos

Un defensor o representante del paciente (ombudsman, en inglés) debe ser testigo del formulario **si usted es un paciente en un centro de enfermería especializada** (un centro de atención médica que proporciona atención de enfermería especializada y cuidados de apoyo a los pacientes).
Vea la sexta parte del formulario.

Usted tiene derecho a cambiar o revocar en cualquier momento sus instrucciones por adelantado para la atención médica.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo dejar instrucciones por adelantado en el hospital, por favor pida hablar con un capellán o con un trabajador social.



RIVERSIDE
MEDICAL
CLINIC

Legendary Care™



Legendary Care™

Instrucciones por adelantado para la atención médica

Nombre _____

Fecha _____

Usted tiene derecho a dejar instrucciones relacionadas con su propia atención médica. También tiene derecho a nombrar a alguien para que tome las decisiones relacionadas con su salud por usted. Este formulario (o forma) también le permite escribir cuáles son sus deseos sobre la donación de órganos y elegir a su médico primario o principal. Si utiliza este formulario, puede llenarlo o cambiar alguna parte o cambiarlo todo. Usted puede usar un formulario distinto.

Usted tiene derecho a cambiar o revocar en cualquier momento esta instrucción por adelantado para la atención médica.

1ª Parte – Poder notarial para la atención médica

DESIGNACIÓN DE UN AGENTE: Designo a la siguiente persona como mi agente para que tome decisiones relacionadas con la atención médica en mi nombre:

Nombre de la persona que usted elige como agente: _____

Relación _____

Dirección: _____

Números de teléfono: (Indique si es el de su casa, su trabajo, o el celular): _____

AGENTE ALTERNO (Opcional): Si revoco la autoridad de mi agente, o si mi agente no está dispuesto, no puede hacerlo, o no está razonablemente disponible para tomar decisiones relacionadas con la atención médica en mi nombre, designo como mi primer agente alterno a:

Nombre de la persona que usted elige como agente alterno: _____

Relación _____

Dirección: _____

Números de teléfono: (Indique si es el de su casa, su trabajo, o el celular): _____

SEGUNDO AGENTE ALTERNO (Opcional): Si revoco la autoridad de mi agente y del primer agente alterno, o si ninguno de los dos está dispuesto, o ninguno puede hacerlo, o ninguno está razonablemente disponible para tomar decisiones relacionadas con la atención médica en mi nombre, designo como mi segundo agente alterno a:

Nombre de la persona que usted elige como segundo agente alterno: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: (Indique si es el de su casa, su trabajo, o el celular): _____

AUTORIDAD DEL AGENTE: Mi agente está autorizado a: 1) tomar todas las decisiones relacionadas con mi atención médica en mi nombre, incluyendo las decisiones de proporcionarme, detener o retirarme la alimentación e hidratación artificial y todas las demás formas de atención médica para mantenerme con vida; 2) elegir un médico en particular o un centro de atención médica en particular, y 3) recibir o dar consentimiento a la divulgación de mi información y expedientes médicos, excepto lo que declaro a continuación: _____

(Añada hojas si es necesario.)

CUÁNDO SE VUELVE VIGENTE LA AUTORIDAD DEL AGENTE: La autoridad de mi agente se vuelve vigente cuando mi médico primario determina que yo no soy capaz de tomar decisiones sobre mi propia atención médica, a menos que yo haya puesto mis iniciales en la línea que sigue.

Si pongo mis iniciales en esta línea, la autoridad de mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre se vuelve vigente de inmediato. _____

OBLIGACIÓN DEL AGENTE: Mi agente tomará las decisiones sobre mi atención médica en mi nombre, de acuerdo con este poder notarial para la atención médica, para seguir cualquier instrucción que yo haya dado en la segunda parte de este formulario y para mis otros deseos que sean de su conocimiento. Con respecto a las decisiones para las cuales no se conozcan mis deseos, mi agente tomará decisiones sobre mi atención médica en mi nombre de acuerdo con lo que mi agente determine que sea lo mejor para mí. Al determinar qué es lo mejor para mí, mi agente tomará en consideración mis valores personales hasta donde mi agente los conozca.

AUTORIDAD DE MI AGENTE LUEGO DE MI FALLECIMIENTO: Mi agente está autorizado a hacer donaciones anatómicas, a autorizar una autopsia y a manejar la disposición de mis restos, con excepción de lo que aquí se declara o lo que he declarado en la tercera parte de este formulario: _____

(Añada hojas si es necesario.)

NOMBRAMIENTO DE UN CUSTODIO: Si un tribunal necesita nombrar a un custodio para mi persona, nomino al agente designado en este formulario. Si el agente no está dispuesto, no puede hacerlo, o no está razonablemente disponible para actuar como mi custodio, nomino a los agentes alternos que he nombrado. _____ (Ponga sus iniciales aquí)

2^{da} Parte - Instrucciones para la atención médica

Si llena esta parte del formulario, puede tachar cualquier palabra que no quiera.

DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA: Doy instrucciones a mis proveedores de atención médica y a otros involucrados en mi cuidado para que me proporcionen, detengan o me retiren el tratamiento, de acuerdo con la elección que he marcado a continuación:

a) Elección de no prolongar la vida

No deseo que se me prolongue la vida si los posibles riesgos y cargas del tratamiento sobrepasan los beneficios esperados, o si pierdo el conocimiento y se espera, con cierta exactitud médica realista, que no recuperaré el conocimiento, o si tengo una condición incurable o irreversible que causará mi muerte en un período de tiempo relativamente corto.

Ó

b) Elección de prolongar la vida

Deseo que se me prolongue la vida lo más posible dentro de los límites de los estándares de tratamiento médico generalmente aceptados.



Legendary Care™

OTROS DESEOS: Si usted tiene instrucciones distintas o más específicas aparte de las que se indicaron arriba, anótelas aquí, como por ejemplo: qué es lo que usted considera calidad de vida razonable, qué tratamientos serían considerados por usted como inaceptables o como una carga. _____

(Añada hojas si es necesario.)

3^{ra} PARTE - Donación de órganos al fallecer (Opcional)

(3.1) Al fallecer (marque el cuadro que corresponda):

- Dono cualquier órgano, tejido o parte que se necesite.
- Dono únicamente los siguientes órganos, tejidos o partes: _____
- No deseo donar ningún órgano, tejido o parte.

Mi donación es para los siguientes propósitos (tache lo que no quiera):

Trasplante Terapia Investigación Educación

4^{ta} PARTE – Médico primario o principal (Opcional)

(4.1) Designo al siguiente médico como mi médico primario:

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

5^{ta} PARTE: Firma

EFFECTO DE UNA COPIA: Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

FIRMA: Firme su nombre: _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS: Declaro bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes de California (1) que la persona que firmó o reconoció estas instrucciones por adelantado para la atención médica es una persona que conozco personalmente, o que la identidad de esta persona fue verificada por mí a través de evidencia convincente; (2) que la persona firmó o reconoció esta instrucción por adelantado en mi presencia; (3) que la persona parece estar en pleno ejercicio de sus facultades y no estar actuando bajo coerción, fraude ni influencia indebida; (4) que yo no soy una persona nombrada como agente en esta instrucción por adelantado; y (5) que yo no soy el proveedor de atención médica de esta persona, ni un empleado del proveedor de atención médica de esta persona, ni el operador de un centro comunitario de atención médica, ni un empleado de un operador de un centro comunitario de atención médica, ni el operador de un centro residencial de atención médica para ancianos, ni un empleado de un operador de un centro residencial de atención médica para ancianos.



Legendary Care™

PRIMER TESTIGO

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

SEGUNDO TESTIGO

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

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

Además declaro, bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes de California, que no soy pariente por lazos de sangre, matrimonio ni adopción de la persona que firma esta instrucción por adelantado y que hasta donde sé, yo no tengo derecho a recibir ninguna parte del patrimonio de esta persona cuando esta persona fallezca, de acuerdo a un testamento que exista en este momento, o por efecto de ley.

Firma del testigo: _____

Firma del testigo: _____

6^{ta} Parte - Requisito especial para el testigo si el paciente se encuentra en un centro de enfermería especializada

(6.1) El defensor o representante del paciente (ombudsman, en inglés) debe firmar la siguiente declaración:

DECLARACIÓN DEL DEFENSOR O REPRESENTANTE DEL PACIENTE

Yo declaro bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes de California que soy un defensor o representante del paciente designado por el Departamento Estatal para Personas de Edad Avanzada y que estoy sirviendo como testigo según lo requiere la sección 4675 del Código de Sucesiones:

Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____

Dirección: _____ Fecha: _____

Certificado de Reconocimiento del Notario Público (Este requisito no es obligatorio si está firmado por dos testigos)

Estado de California, Condado de _____ el día _____ de _____,

ante mí, el abajo firmante, un Notario Público en dicho Estado y para dicho Estado,

compareció _____,

en persona, a quien conozco personalmente o cuya identidad se verificó en base a evidencia satisfactoria como la persona cuyo nombre está suscrito en este documento y que me reconoció que fue él/ella quien lo firmó.

DOY FE con mi firma y sello oficial,

Firma _____



Legendary Care™