

OPTIONAL ADVANCE HEALTH-CARE DIRECTIVE
INSTRUCCIONES MÉDICAS OPCIONALES POR ANTICIPADO

THIS FORM IS OPTIONAL. Each paragraph and word of this form is also optional. If you use this form, you may cross out, complete or modify all or any part of it. You are free to use a different form. If you use this form, be sure to sign it and date it.

ESTE FORMULARIO ES OPCIONAL. Cada párrafo y cada palabra de este formulario también son opcionales. Si usa este formulario, puede tachar, llenar o modificar todo o cualquier parte del mismo. También puede usar un formulario distinto. Si usa este formulario, fírmelo y escriba la fecha.

INSTRUCTIONS INSTRUCCIONES

PART 1 of this form is a power of attorney for health care. PART 1 lets you name another individual as agent to make health-care decisions for you if you become incapable of making your own decisions or if you want someone else to make those decisions for you now even though you are still capable. You may also name an alternate agent to act for you if your first choice is not willing, able or reasonably available to make decisions for you. Unless related to you, your agent may not be an owner, operator or employee of a health-care institution at which you are receiving care.

Unless the form you sign limits the authority of your agent, your agent may make all health-care decisions for you. This form has a place for you to limit the authority of your agent.

La PARTE 1 de este formulario es un poder legal para atención médica. La PARTE 1 permite que usted nombre a un representante para tomar decisiones médicas por usted si estuviera incapacitado para tomar sus propias decisiones o si desea que alguien más tome esas decisiones por usted ahora, aunque tenga la capacidad para hacerlo. También puede nombrar a un representante suplente para que actúe por usted si su primera opción no deseara hacerlo, no pudiera o no estuviera razonablemente disponible para tomar decisiones por usted. A menos que tenga parentesco con usted, su representante no puede ser dueño, administrador ni empleado de una institución médica en la que usted esté recibiendo cuidados.

A menos que el formulario que usted firme limite la autoridad de su representante, éste podrá tomar todas las decisiones médicas por usted.

Este formulario tiene una sección en la que usted puede limitar la autoridad de su representante.

PART I
POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE
PARTE I
PODER LEGAL PARA ATENCIÓN MÉDICA

This part is the health-care power-of-attorney form, which allows you to name an individual to act as your agent to make health care decisions for you.

Esta parte corresponde al formulario del poder legal para atención médica que le permite nombrar a un representante para que tome decisiones médicas por usted.

(1) DESIGNATION OF AGENT: I, _____, name
the following individual as my agent to make health-care decisions for me:

DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE: Yo, _____,
 nombro al siguiente representante para que tome decisiones médicas por mí:

Name <i>Nombre</i>	Phone Number <i>Número de teléfono</i>
-----------------------	---

Address <i>Dirección</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Código postal</i>
-----------------------------	-----------------------	------------------------	----------------------------------

If I revoke my agent's authority or if my agent is not willing, able or reasonably available to make a health-care decision for me, I designate as my first alternate agent:

Si revocara la autoridad de mi representante o si mi representante no deseara, no pudiera o no estuviera razonablemente disponible para tomar decisiones médicas por mí, designo como representante suplente a:

Name <i>Nombre</i>	Phone Number <i>Número de teléfono</i>
-----------------------	---

Address <i>Dirección</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Código postal</i>
-----------------------------	-----------------------	------------------------	----------------------------------

If I revoke the authority of my agent and first alternate agent or if neither is willing, able or reasonably available to make a health-care decision for me, I designate as my second alternate agent:

Si revocara la autoridad de mi representante y del primer suplente, o si ninguno de ellos deseara, pudiera o estuviera razonablemente disponible para tomar decisiones médicas por mí, designo como segundo representante suplente a:

Name <i>Nombre</i>	Phone Number <i>Número de teléfono</i>
-----------------------	---

Address <i>Dirección</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Código postal</i>
-----------------------------	-----------------------	------------------------	----------------------------------

If you give your agent unlimited authority, they will have the right to:

- (a) consent or refuse any care, treatment, service or procedure to maintain, diagnose or otherwise affect a physical or mental condition;
- (b) select or discharge health-care providers and institutions;
- (c) approve or disapprove diagnostic tests, surgical procedures, programs of medication and orders not to resuscitate; and
- (d) direct the provision, withholding or withdrawal of artificial nutrition and hydration and all other forms of health care.

Si le da autoridad ilimitada a su representante, éste tendrá derecho a:

- (a) aceptar o rechazar cuidados, tratamientos, servicios y procedimientos para mantener, diagnosticar o de alguna otra manera afectar su estado físico o mental;*
- (b) elegir o rechazar proveedores e instituciones de atención médica;*
- (c) aprobar o desaprobar pruebas de diagnóstico, procedimientos quirúrgicos, programas de medicación y órdenes de no reanimar; y*
- (d) ordenar el uso, la suspensión o la eliminación de nutrición e hidratación artificiales y toda otra forma de atención médica.*

(2) AGENT’S AUTHORITY: My agent is authorized to obtain and review medical records, reports and information about me and to make all health-care decisions for me, including decisions to provide, withhold or withdraw artificial nutrition, hydration and all other forms of health care to keep me alive, except as I state here:

AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE: *Mi representante está autorizado a obtener y revisar historias clínicas, informes e información sobre mí y tomar todas las decisiones médicas por mí, incluso decisiones para proporcionar, suspender o eliminar nutrición e hidratación artificiales y cualquier otra forma de atención médica para mantenerme vivo, excepto como se indica a continuación:*

(3) WHEN AGENT’S AUTHORITY BECOMES EFFECTIVE: My agent’s authority becomes effective when my primary physician and one other qualified health-care professional determine that I am unable to make my own health-care decisions.

ENTRADA EN VIGENCIA DE LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE: *La autoridad de mi representante entrará en vigencia cuando mi médico de atención primaria y otro profesional médico calificado determinen que yo no puedo tomar decisiones sobre mi propia atención médica.*

[] If I initial this box, my agent’s authority to make health-care decisions for me takes effect immediately.

Si marco esta casilla con mis iniciales, la autoridad de mi representante para tomar decisiones por mí entra en vigencia inmediatamente.

(4) DURABILITY OF AGENT'S AUTHORITY: I intend for this Power of Attorney to be durable and to remain in full force and effect during any period of time where I have been determined to be incapacitated pursuant to Paragraph 3 above. Furthermore, I intend for this Power of Attorney to be effective notwithstanding any lapse of time since its execution. The durability of this Power of Attorney does not in any way affect my ability to revoke this instrument pursuant to Paragraph 14 below.

DURACIÓN DE LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE: *Mi intención es que este Poder Legal sea duradero y que siga vigente durante cualquier período de tiempo en el que se determine que estoy incapacitado conforme al Párrafo 3 de este documento. Asimismo, mi intención es que este Poder Legal siga vigente independientemente del lapso de tiempo que transcurra desde su firma. La duración de este Poder Legal de ninguna manera afecta mi capacidad para revocar este documento conforme al Párrafo 14 que aparece más adelante.*

(5) AGENT'S OBLIGATIONS: My agent shall make health-care decisions for me in accordance with this power of attorney for health care, any instructions I give in Part 2 of this form, and my other wishes, to the extent known to my agent. To the extent my wishes are unknown, my agent shall make health-care decisions for me in accordance with what my agent determines to be in my best interest. In determining my best interest, my agent shall consider my personal values to the extent known to my agent.

OBLIGACIONES DEL REPRESENTANTE: *Mi representante tomará las decisiones médicas por mí, conforme a este poder legal para atención médica, a las instrucciones dadas en la Parte 2 de este formulario y a mis otros deseos, en la medida en que mi representante los conozca. De no conocer mis deseos, mi representante tomará decisiones médicas conforme a lo que mi representante considere que es lo mejor para mí. Para determinar qué es lo mejor para mí, mi representante considerará mis valores personales en la medida en que mi representante los conozca.*

(6) NOMINATION OF GUARDIAN: If a guardian of my person needs to be appointed for me by a court, I nominate the agent designated in this form. If that agent is not willing, able or reasonably available to act as guardian, I nominate the alternate agents whom I have named, in the order designated.

NOMINACIÓN DEL TUTOR: *Si es necesario que un tribunal nombre a un tutor para mi persona, yo nomino al representante designado en este formulario. Si ese representante no deseara, no pudiera o no estuviera razonablemente disponible para actuar como tutor, nomino a los representantes suplentes a quienes he nombrado, en dicho orden de designación.*

PART 2 of this form lets you give specific instructions about any aspect of your health care.

La PARTE 2 de este formulario permite que usted dé instrucciones específicas sobre cualquier aspecto de su atención médica.

PART 2
INSTRUCTIONS FOR HEALTH CARE
PARTE 2
INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

If you are satisfied to allow your agent to determine what is best for you in making end-of-life decisions, you need not fill out this part of the form. If you do fill out this part of the form, you may cross out any wording you do not want.

Si está de acuerdo en permitir que su representante determine qué es lo mejor para usted en cuanto a las decisiones para la etapa final de su vida, debe llenar esta parte del formulario. Si decide llenar esta parte del formulario, puede tachar cualquier porción que desee eliminar.

Choices are provided for you to express your wishes regarding life-sustaining treatment, including the provision of artificial nutrition and hydration, as well as the provision of pain relief. Initial and check each choice that you want your health care provider or agent to follow. In addition, you may express your wishes regarding whether you want to make an anatomical gift of some or all of your organs and tissue. Space is also provided for you to add to the choices you have made or for you to write out any additional wishes.

Encontrará aquí opciones para expresar sus deseos con respecto a tratamientos para prolongar la vida, incluso sobre nutrición e hidratación artificiales, además de la estipulación sobre el alivio del dolor. Escriba sus iniciales y marque cada una de las opciones que desea que cumpla el proveedor de servicios médicos o su representante. Además, puede expresar sus deseos con respecto a hacer una donación anatómica de alguno o de todos sus órganos y tejidos. También encontrará una sección donde puede agregar lo que desee para las opciones que haya marcado o escribir otros deseos.

(7) END OF LIFE DECISIONS: If I am unable to make or communicate decisions regarding my health care, and IF (i) I have an incurable or irreversible condition that will result in my death within a relatively short time, OR (ii) I become unconscious and, to a reasonable degree of medical certainty, I will not regain consciousness, OR (iii) the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits, THEN I direct that my health-care providers and others involved in my care provide, withhold or withdraw treatment in accordance with the choice I have initialed below in one of the following three boxes:

DECISIONES PARA LA ETAPA FINAL DE LA VIDA: *Si no pudiera tomar o comunicar mis decisiones sobre mi atención médica, y SI (i) tuviera una afección incurable o irreversible con una expectativa de vida limitada a un período de tiempo relativamente corto, O (ii) estuviera inconsciente y, hasta un grado razonable de certeza médica, no tuviera posibilidades de recobrar el sentido, O (iii) los probables riesgos y cargas del tratamiento sobrepasaran los beneficios esperados, ENTONCES, ordeno que mis proveedores de atención médica y otros encargados de mi cuidado proporcionen, suspendan o eliminen tratamientos conforme a la opción indicada a continuación en una de las tres casillas:*

- [] (a) I CHOOSE NOT TO PROLONG LIFE
I do not want my life to be prolonged.
ELIJO NO PROLONGAR MI VIDA
No deseo que se prolongue mi vida.

[] (b) I CHOOSE TO PROLONG LIFE
I want my life to be prolonged as long as possible within the limits of generally accepted health-care standards.
ELIJO PROLONGAR MI VIDA
Deseo que mi vida se prolongue tanto como sea posible dentro de los límites generalmente aceptados por las normas de atención médica.

[] (c) I CHOOSE TO LET MY AGENT DECIDE
My agent under my power of attorney for health care may make life-sustaining treatment decisions for me.
ELIJO QUE MI REPRESENTANTE DECIDA
Mi representante, bajo mi poder legal para atención médica, puede tomar decisiones por mí relativas a tratamientos para prolongar la vida.

(8) **ARTIFICIAL NUTRITION AND HYDRATION:** If I have chosen above NOT to prolong life, I also specify by marking my initials below:
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES: *Si he elegido NO prolongar mi vida, también especifico los siguientes puntos que marco con mis iniciales:*

[] I DO NOT want artificial nutrition.
NO deseo nutrición artificial.

OR
O

[] I DO WANT artificial nutrition.
DESEO nutrición artificial.

[] I DO NOT want artificial hydration unless required for my comfort.
NO deseo hidratación artificial a menos que sea necesario para mi confort.

OR
O

[] I DO WANT artificial hydration.
DESEO hidratación artificial.

(9) **RELIEF FROM PAIN:** Regardless of the choices I have made in this form and except as I state in the following space, I direct that the best medical care possible be provided at all times to keep me clean, comfortable and free of pain or discomfort so that my dignity is maintained, even if this care hastens my death.

ALIVIO DEL DOLOR: *Independientemente de las opciones marcadas en este formulario, y excepto por lo que indico en el siguiente espacio, ordeno que me proporcionen la mejor atención médica posible en todo momento para mantenerme limpio, cómodo y libre de dolor y malestar, de manera de conservar mi dignidad, aun si este cuidado acelerara mi muerte.*

(10) **ANATOMICAL GIFT DESIGNATION:** Upon my death I specify as marked below whether I choose to make an anatomical gift of all or some of my organs or tissue:

DESIGNACIÓN DE DONACIÓN ANATÓMICA: *Para el momento de mi muerte, según lo marcado a continuación, especifico si elijo hacer una donación anatómica de todos o algunos de mis órganos y tejidos:*

[] **I CHOOSE** to make an anatomical gift of my organs or tissue to be determined by medical suitability at the time of death, or by my wishes listed below, and artificial support may be maintained long enough for organs to be removed. I wish to make **ONLY** the following donation: _____.

***ELIJO** hacer una donación anatómica de mis órganos o tejidos si se determina que son médicamente aptos en el momento de mi muerte, o según los deseos que indico a continuación, y que se puedan aplicar métodos artificiales para prolongar mi vida durante el tiempo suficiente para extraer los órganos. Deseo hacer **SOLAMENTE** la siguiente donación:*
_____.

[] **I REFUSE** to make an anatomical gift of any of my organs or tissue.
***ME REHÚSO** a hacer una donación anatómica de mis órganos y tejidos.*

[] **I CHOOSE** to let my agent decide.
***ELIJO** que mi representante decida.*

(11) **OTHER WISHES:** (If you wish to write your own instructions, or if you wish to add to the instructions you have given above, you may do so here.) I direct that: _____

***OTROS DESEOS:** (Si desea escribir sus propias instrucciones, o si desea agregar algo a las instrucciones que ha indicado arriba, puede hacerlo a continuación.) Ordeno que: _____*

PART 3 of this form lets you designate a physician to have primary responsibility for your health care, makes a copy as effective as an original, and allows you to revoke at any time.
La PARTE 3 de este formulario permite que usted designe a un médico para que tenga la responsabilidad principal de su atención médica, establece que una copia tiene el mismo valor que el original, y le permite revocar el formulario en cualquier momento.

PART 3
PRIMARY PHYSICIAN
PARTE 3
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

(12) **PRIMARY PHYSICIAN:** I designate the following physician as my primary physician:

***MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:** Designo al siguiente médico como mi médico de atención primaria: _____*

(12) **EFFECT OF COPY:** A copy has the same effect as the original.
***VALOR DE LA COPIA:** Una copia tiene el mismo valor que el original.*

(13) **REVOCAION:** I understand that I may revoke this **OPTIONAL ADVANCE HEALTH-CARE DIRECTIVE** at any time, and that if I revoke it, I should promptly notify my supervising health-care provider and any health-care institution where I am receiving care and

any others to whom I have given copies of this power of attorney. I understand that I may revoke the designation of an agent either by a signed writing or personally informing the supervising health-care provider.

REVOCACIÓN: *Entiendo que podré revocar estas INSTRUCCIONES MÉDICAS OPCIONALES POR ANTICIPADO en cualquier momento y, que si las revocara, deberé notificar inmediatamente a mi proveedor de atención médica supervisor y a toda institución de atención médica donde yo reciba cuidados, y a cualquier otra persona a quien le haya entregado copia de este poder legal. Entiendo que podré revocar la designación del representante ya sea por medio de un documento firmado o al informar personalmente al proveedor de atención médica supervisor.*

SIGNATURE: Sign and date the form here:

FIRMA: *Firme el formulario y escriba la fecha:*

Your signature
Su firma

Address
Dirección

Today's Date
Fecha de hoy

Print your name
Escriba su nombre en letra de imprenta (molde)

