

Paso 1: Elija a su representante para decisiones de cuidado médico o de salud.

Quién puede tomar decisiones por usted cuando usted no pueda hacerlo por sí mismo. Piense en las personas que importan en su vida - familia y amistades. Elija a su representante para decisiones de cuidado de salud. Pregúntele si está dispuesto(a) a hacer esto por usted.

Elija a un familiar o amigo quien:

- Es mayor de 18 años y lo conoce bien
- Está dispuesto a hacer esto por usted.
- Es capaz de tomar decisiones difíciles basadas en los deseos de usted.
- Comunicará efectivamente la información de este paquete tanto a proveedores de servicios médicos como a los familiares

Su representante para decisiones de cuidado de salud puede:

- Decidir dónde recibe usted atenciones
- Seleccionar o eliminar proveedores de salud
- Aceptar o rehusar medicamentos, exámenes, tratamientos
- Decidir cómo disponer del cuerpo y los órganos después de su fallecimiento
- Tomar la acción legal necesaria para ejecutar los deseos suyos

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

Elija a su representante de cuidado médico

1) Quiero que esta persona tome decisiones médicas por mí si soy incapaz de hacerlo:

NOMBRE	Apellido	Parentesco:	
Teléfono de casa/celular	Teléfono del trabajo	Correo electrónico	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

Si esta persona no puede tomar decisiones médicas por mí, entonces designo a esta otra persona:

Nombre	Apellido	Parentesco:	
Teléfono de casa/celular	Teléfono del trabajo	Correo electrónico	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

2) Marque con una equis la oración con la que usted esté de acuerdo:

Mi representante tomará decisiones por mí **sólo** después si soy incapaz de hacerlo por mí mismo.

Mi representante tomará decisiones por mí **ahora mismo** luego que yo firme este formulario.

Esta directriz anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)		Fecha de nacimiento
--	--	---------------------

Paso 2: Exprese cuáles son sus decisiones de cuidado de salud.

¿Qué hace que su vida valga la pena vivirla?

1) Mi vida: (elija A o B):

- A) Siempre vale la pena, no importa lo enfermo que esté
- B) Sólo vale la pena (marque todos lo que considere verdadero):
 - Si puedo hablar con familiares y amigos
 - Si puedo despertar de un estado de coma
 - Si puedo comer, bañarme o hacerme cargo de mí mismo
 - Si puedo estar libre de dolor
 - Si puedo vivir sin estar conectado a máquinas
 - No estoy seguro(a)

2) Si me estoy muriendo, es importante para mí estar (elija una opción):

- En casa
- En un hospital u otro centro de atención
- No es importante para mí dónde recibo atención

Creencias espirituales o religiosas

1) ¿Es la religión o la espiritualidad importante para usted?

- Sí No

2) ¿Practica usted una religión o alguna fe? Si así es, ¿cuál?

3) ¿Qué deben saber los médicos sobre sus creencias espirituales o religiosas?

Esta directriz anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)	Fecha de nacimiento
Esta directriz anticipada y designación de representante de cuidado médico cumple con secciones de los Capítulos 1 y 2 del California Uniform Health Care Decisions Act (California Probate Code Sections 4670 through 4701).	

Paso 2: Expresar cuáles son sus decisiones de cuidado médico, continuación.

Soporte de vida

Los medios de soporte de vida pueden ser utilizados para mantenerlo vivo. Éstos 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
- Introducir medicamentos por las venas



Aparato de respiración 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 puede hablar ni comer.



Diálisis - Esta máquina limpia la sangre si sus riñones ya no funcionan.

Tubo de alimentación - Este tubo provee comida a su cuerpo si usted no puede tragar. El tubo comienza en su boca y termina en su estómago. También puede ser colocado quirúrgicamente.



Transfusión de sangre - Esto le introduce sangre en las venas.

Cirugía y/o medicinas

Marque con una equis la oración con la que usted esté más de acuerdo:

Si estoy tan enfermo que puedo morir pronto:

Intenten todos los tratamientos de soporte de vida que mis médicos crean que puedan ser de utilidad. Si los tratamientos no funcionan y hay poca esperanza de mejoría, **quiero seguir conectado a máquinas de soporte de vida incluso** si estoy sufriendo.

Intenten todo tratamiento de soporte de vida que mis médicos crean que puedan ser de utilidad. Si los tratamientos no funcionan y hay poca esperanza de mejoría, **NO deseo seguir conectado(a) a máquinas de soporte de vida.** Si estoy sufriendo, quiero que sean interrumpidos los tratamientos de soporte de vida de modo que me sea permitido morir con tranquilidad.

No quiero tratamiento de soporte de vida. Quiero enfocarme en mi comodidad. Prefiero morir de forma natural.

Quiero que mi **representante de cuidado médico** decida.

No estoy seguro(a) de lo que quiero que se haga.

--	--

Esta directriz anticipada pertenece a: (por favor escriba su nombre en este renglón)

Fecha de nacimiento

Paso 2: Expresar cuáles son sus decisiones de cuidado médico, continuación.

Donación de sus órganos

Puede que sus médicos le aborden acerca de donar sus órganos y hacerle una autopsia después que fallezca. La donación de sus órganos puede salvar vidas. Marque con una **equis una** oración con la que más usted esté de acuerdo:

Quiero donar mis órganos:

Cualquier órgano, todos los que sean de utilidad.

Sólo ciertos órganos (por favor especificar cuáles órganos o tejidos desea donar).

No quiero donar ninguno de mis órganos:

Quiero que mi representante de cuidado médico decida.

No estoy seguro(a) de lo que quiero que se haga.

Autopsia

Después fallecer puede que se realice una autopsia para averiguar por qué ha muerto alguien. Es un procedimiento quirúrgico. Puede tomar varios días. En algunos casos la ley puede exigir que se efectúe una autopsia. Marque con una **equis una** oración con la que más usted esté de acuerdo:

Quiero una autopsia.

No quiero una autopsia.

Quiero una autopsia **sólo si existen interrogantes** acerca de la(s) causa(s) de mi muerte.

Quiero que mi **representante de cuidado médico** decida.

No estoy seguro(a) de lo que quiero que se haga.

Esta directriz anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)	Fecha de nacimiento
Esta directriz anticipada y designación de representante de cuidado médico cumple con secciones de los Capítulos 1 y 2 del California Uniform Health Care Decisions Act (California Probate Code Sections 4670 through 4701).	

Paso 3: Establezca el alcance de la autoridad que quiere darle a su representante.

Su representante para decisiones de cuidado de salud puede tomar decisiones acerca de:

Tratamientos de soporte de vida - la atención médica para ayudarlo a prolongar su vida:

- RCP o resucitación cardiopulmonar
- Máquina de respiración o ventilador
- Diálisis
- Tubo de alimentación
- Transfusión de sangre
- Cirugía
- Medicamentos

Atención al final de la vida

Si es posible que usted fallezca pronto, su representante para decisiones médicas puede:

- Llamar a un líder espiritual
- Decidir si usted fallece en casa o en el hospital
- Decidir si se realizará una autopsia
- Decidir si serán donados sus órganos
- Decidir si usted debe ser enterrado o cremado

¿Cómo quiere usted que su representante cumpla con su voluntad médica?

Marque con una **equis** una oración con la que más usted esté de acuerdo:

___ **Flexibilidad total:** Estoy de acuerdo en 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.

___ **Cierta flexibilidad:** Estoy de acuerdo en 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.

___ **Mínima flexibilidad:** Quiero que mi representante obedezca mis disposiciones lo más fielmente posible. Por favor respeten mis decisiones, aunque mis médicos recomienden algo distinto.

Si es necesario, utilice papel adicional para contestar las preguntas siguientes.

Éstos son algunos de mis deseos que en serio quiero que se me respeten:

Escriba cualquier decisión que **no desea** que sea tomada por su representante de cuidado médico:

--	--

Esta directriz anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)	Fecha de nacimiento
--	---------------------

Paso 4: Firme el formulario.

Su firma

Antes de poder utilizar este formulario, usted debe:

- Firmar el documento si usted tiene por lo menos 18 años
- Hacer que dos testigos firmen el documento o hacer que un notario público lo notarice

Firme con su nombre completo y escriba la fecha.

Firma		Fecha	
Nombre en letra de molde			
Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal

Testigos

Antes de poder utilizar este formulario usted debe hacer que la firmen dos testigos o la notarice un notario público.

Sus testigos deben:

- Tener por lo menos 18 años
- Conocerlo a usted
- Atestiguar que usted ha firmado el documento

Sus testigos no pueden:

- Ser la persona que usted ha designado como su representante para decisiones de cuidado de salud
- Ser su médico u otro proveedor de salud
- Trabajar para el centro médico o proveedor que lo atiende a usted
- Trabajar donde usted vive

Además, **por lo menos uno** de sus testigos:

- No debe tener parentesco alguno con usted
- No debe beneficiarse financieramente o ser destinatario de algún dinero o propiedad cuando usted fallezca
- No debe ser un mediador ni portavoz del paciente si usted vive en un centro de atenciones especializadas (ver página 9)

Si usted no obtiene dos testigos, un notario público puede firmar en la página 9.

Esta directriz anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)		Fecha de nacimiento
<small>Esta directriz anticipada y designación de representante de cuidado médico cumple con secciones de los Capítulos 1 y 2 de California Uniform Health Care Decisions Act (California Probate Code Sections 4670 through 4701).</small>		PÁGINA 7

Paso 4: Firme el formulario, continuación.

Firmas de los testigos

Haga que sus testigos completen esta página.

Con mi firma, prometo que _____ reconoció que
él/ella firmó este documento. Nombre del propietario de la directriz anticipada

Yo creo que él/ella estaba en pleno uso de sus facultades y no fue forzado(a) a firmar este formulario.

También prometo que:

- Conozco a esta persona, y él/ella puede probar quién es
- Tengo por lo menos 18 años
- No soy su representante para decisiones de salud
- No soy su proveedor médico
- No trabajo para su proveedor médico
- No trabajo donde él/ella vive

Testigo número 1 (abajo firmante) debe también prometer que:

- No estoy emparentado con él/ella
- No me beneficiaré financieramente ni seré destinatario de algún dinero o propiedad cuando él/ella fallezca

Testigo número 1

Firma Fecha

Nombre en letra de molde

Dirección física Ciudad Estado Código postal

Testigo número 2

Firma Fecha

Nombre en letra de molde

Dirección física Ciudad Estado Código postal

--

Esta directriz anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)	Fecha de nacimiento
--	---------------------

— PARA USO OFICIAL SOLAMENTE —

Paso 4: Firme el formulario - Firma del notario público, si es necesaria.

Lleve este formulario a un notario público **SOLAMENTE** si no ha sido firmada por dos testigos. El notario público le pedirá que le muestre una identificación con foto, como una licencia de conducir o un pasaporte.

State of California

County of _____

**CERTIFICATE OF
ACKNOWLEDGEMENT
OF NOTARY PUBLIC**

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.

On _____ before me, _____
Date Name and title of officer
personally appeared _____,
Name(s) of signer(s)

who 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.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____
Signature of notary

(Notary Seal)

SÓLO para los que residen en un centro de cuidados especializados de California

Entregue este formulario al director del asilo SOLAMENTE si usted vive en un asilo. En California la ley exige que los residentes de asilos incluyan al representante ombudsman del asilo como testigo de su directriz anticipada.

DECLARACIÓN DEL OMBUDSMAN O DEL PORTAVOZ

"Declaro, bajo pena de perjurio, según las leyes del estado de California, que soy un portavoz del paciente o representante de derechos humanos designado por el Departamento Estatal para el Envejecido, y que funjo como testigo como lo exige la Sección 4675 del Código Testamentario."

Firma _____ Fecha _____
Nombre en letra de molde _____
Dirección física _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Esta directriz anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)

Fecha de nacimiento

PASO 5: Entregue una copia de su directriz anticipada completada

Una vez que haya firmado su directriz anticipada y haya sido atestiguada y/o notarizada, conserve el original y haga copias de las páginas 1 a 9 para mandárselas a su:

- Representante de cuidado médico para decisiones de salud
- Familia
- Amistades
- Proveedores médicos
- Hospital

Opciones para entregar su directriz anticipada:

1. Durante su próxima visita, entregue una **COPIA** a su médico de Providence St. Joseph Health u hospital.
2. Envíe una copia de los formularios que ha llenado utilizando el sobre pre dirigido (si está disponible).
3. Entréguela por fax a su hospital Providence St. Joseph Health:

Mission Hospital, Laguna Beach
Mission Hospital, Mission Viejo
St. Joseph Hospital Orange
St. Jude Medical Center
St. Mary Medical Center
Petaluma Valley Hospital
Queen of the Valley Medical Center
Redwood Memorial Hospital
Santa Rosa Memorial Hospital
St. Joseph Hospital, Eureka
Por fax: 714-771-8965

Providence Holy Cross Medical Center
Providence Saint Joseph Medical Center (Burbank)
Providence Saint John's Health Center
Providence Little Company of Mary Medical Center Torrance
Providence Little Company of Mary Medical Center San Pedro

Por fax: 310-303-5469

Providence Tarzana Medical Center
Por fax: 818-708-5368

ó

Por correo electrónico a

SJMROI@stjoe.org

(Asunto: Advance Directive)

Si su hospital no está en la lista, por favor llámeles para obtener el número de fax.

Si tiene cualquier pregunta relacionada con la elaboración o entrega de su directriz anticipada, por favor contáctenos:

Providence.org/InstituteForHumanCaring

310-543-3498

Algunas partes de este trabajo están autorizadas bajo la Licencia de Atribución Creative Commons-NonComercial-ShareAlike. Para ver una copia de esta licencia vaya a <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 en 8/2017

Con agradecimiento especial a:

- Rebecca Sudore, M.D., Division of Geriatrics, University of California, San Francisco
- Cedars-Sinai, Los Angeles, CA