

# Instrucción anticipada de atención de salud de California

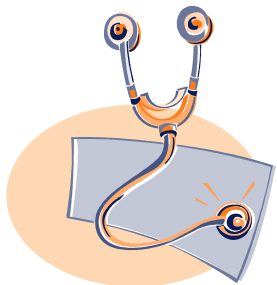
Este formulario le permite indicar la manera en que desea que lo traten si está muy enfermo.



● Este formulario consta de 3 partes.  
Le permite:

**Parte 1: Escoger a un apoderado de atención de salud.**

Un apoderado de atención de salud es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.



**Parte 2: Tomar sus propias decisiones en cuanto a su atención de salud.**

Este formulario le permite escoger el tipo de atención de salud que desea. De esta manera, las personas encargadas de su cuidado no tendrán que adivinar lo que desea si está muy enfermo para decirlo por usted mismo.



**Parte 3: Firmar el formulario.**

Se debe firmar antes de que se pueda usar.

**Usted puede llenar la Parte 1, la Parte 2 ó ambas.**

**Llene sólo las partes que desee.**

**Siempre firme el formulario en la Parte 3.**

**Vaya a la página siguiente.**



**Si sólo desea un apoderado de atención de salud, vaya a la Parte 1 en la página 3.**

**Si sólo desea tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página 6.**

**Si desea hacer ambas cosas, llene la Parte 1 y la Parte 2.**

**Siempre firme el formulario en la Parte 3 que está en la página 9.**

**¿Qué hago con el formulario después de llenarlo?**

Compártalo con aquellos encargados de su cuidado:

- médicos
- enfermeras
- trabajadores sociales
- familiares
- amigos



**¿Qué sucede si cambio de opinión?**

- Cambie el formulario.
- Informe sobre los cambios a aquellos encargados de su cuidado.



**¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el formulario?**

- Hágaselas a los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, familiares o amigos para que se las respondan.



**¿Qué sucede si tengo decisiones de atención de salud que no aparecen en este formulario?**

- Escriba sus decisiones en una hoja.
- Mantenga la hoja junto a este formulario.
- Comparta sus decisiones con aquellos encargados de su cuidado.

# PARTE 1

## Escoja su apoderado de atención de salud

La persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.

### ¿A quién debo escoger como mi apoderado de atención de salud?

Un familiar o amigo que:

- tenga 18 años o más de edad
- lo conozca bien
- pueda estar con usted cuando lo necesite
- usted confíe que hará lo mejor para usted
- pueda informarle a los médicos sobre las decisiones que tomó en este formulario

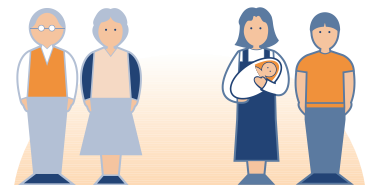


Su apoderado **no puede** ser su médico o alguien que trabaje en el hospital o clínica, a menos que sea un familiar.

### ¿Qué sucede si no escojo a un apoderado de atención de salud?

Si está muy enfermo como para tomar sus propias decisiones, los médicos le pedirán a sus familiares más íntimos que tomen las decisiones por usted.

Si desea que su apoderado no sea un familiar, debe escribir su nombre en este formulario.



### ¿Qué tipo de decisiones puede tomar mi apoderado de atención de salud?

Aceptar, rechazar, cambiar, suspender o escoger:

- médicos, enfermeras, trabajadores sociales
- hospitales o clínicas
- medicamentos o exámenes
- lo que sucederá con su cuerpo y órganos después de su muerte



**Vaya a la página siguiente.**

**3**

## Otras decisiones que su apoderado puede tomar:

- **Tratamientos de mantenimiento de vida:** tratamiento médico para ayudarle a vivir más tiempo.

- **CPR o reanimación cardiopulmonar**

cardio = corazón    pulmonar = pulmones    resucitación = reanimación

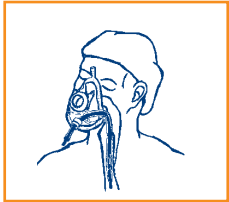


Esto puede incluir:

- presionar con fuerza su pecho para mantener la circulación de la sangre
- choque eléctrico para hacer que su corazón vuelva a funcionar
- medicamentos a través de sus venas

- **Respirador artificial**

El respirador bombea aire a sus pulmones y respira por usted. Usted no puede hablar cuando se encuentra conectado al respirador.



- **Diálisis**

Una máquina que limpia su sangre si sus riñones dejan de funcionar.

- **Sonda de alimentación**

Una sonda que se usa para alimentarle si no puede tragar. Esta sonda se inserta por la garganta hasta su estómago. También se puede colocar con una cirugía.



- **Transfusiones de sangre**

Poner sangre en sus venas.

- **Cirugía**

- **Medicamentos**

- **Cuidados paliativos:** Si existe la posibilidad de que muera pronto su apoderado de atención de salud puede:

- llamar a un consejero espiritual
- decidir si muere en su casa o en el hospital



Comparta este formulario con su apoderado de atención de salud.

Dígale a su apoderado el tipo de tratamiento médico que desea.





## Su apoderado de atención de salud



Yo deseo que esta persona ayude a tomar mis decisiones médicas.

nombre

apellido

dirección

ciudad

estado

código postal

( )

–

( )

–

número de teléfono particular

número de teléfono del trabajo



Si la primera persona no lo puede hacer, entonces deseo que esta persona ayude a tomar mis decisiones médicas.

nombre

apellido

dirección

ciudad

estado

código postal

( )

–

( )

–

número de teléfono particular

número de teléfono del trabajo



Marque con una X la frase con la cual esté de acuerdo.



Mi apoderado de atención de salud puede tomar decisiones por mí **ahora**.



Mi apoderado de atención de salud tomará decisiones por mí **sólo** cuando yo no pueda tomar las decisiones por mí mismo.

Para tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 de la página siguiente.

Para firmar este formulario vaya a la Parte 3 en la página 9.

## PARTE 2 Tome sus propias decisiones de atención de salud

Escriba sus decisiones de manera que aquellos encargados de su cuidado no tengan que adivinar.

● Piense en las cosas que hacen que su vida valga la pena. Marque con una X todas las frases con las cuales esté más de acuerdo.

Mi vida sólo vale la pena si puedo:

- conversar con mi familia o amigos
- despertar de un estado de coma
- alimentarme, bañarme y cuidar de mí mismo
- no sentir dolor
- vivir sin estar conectado a máquinas
- no estoy seguro



● Si estoy muriendo, es importante para mí estar:

- en casa       en el hospital       no estoy seguro

● ¿Es importante para usted la religión o la espiritualidad?

- Sí       No

● ¿Qué deben saber los médicos sobre su religión o espiritualidad?

---

---

Si está enfermo, sus médicos y enfermeras siempre intentarán mantenerlo lo más cómodo posible y sin dolor.



## Parte 2: Tome sus propias decisiones de atención de salud

Los **tratamientos de mantenimiento** de vida se usan para mantenerlo vivo. Éstos pueden ser CPR, un respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis, transfusiones de sangre o medicamentos.

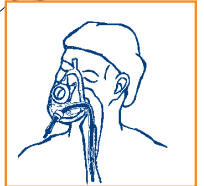
**Marque con una X las frases con las cuales esté más de acuerdo.**  
**Lea toda esta página antes de tomar sus decisiones.**

### ● Si estoy muy enfermo y puedo morir pronto:

Deseo que se intenten todos los tratamientos de mantenimiento de vida que mis médicos creen que pueden ayudar. Si los tratamientos **no funcionan** y existe una mínima esperanza de mejorarme, **deseo que me conecten** a máquinas de mantenimiento de vida.



Deseo que se intenten todos los tratamientos de mantenimiento de vida que mis médicos creen que pueden ayudar. Si los tratamientos **no funcionan**, y existe una mínima esperanza de mejorarme, **no deseo que me conecten** a máquinas de mantenimiento de vida.



Deseo que se intenten todos los tratamientos de mantenimiento de vida que mis médicos creen que pueden ayudar, **pero** no los siguientes. Marque los tratamientos que no desee.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> CPR                      | <input type="radio"/> sonda de alimentación |
| <input type="radio"/> diálisis                 | <input type="radio"/> transfusión de sangre |
| <input type="radio"/> respirador artificial    | <input type="radio"/> medicamentos          |
| <input type="radio"/> otros tratamientos _____ |   |

**No deseo ningún** tratamiento de mantenimiento de vida.

Deseo que mi **apoderado de atención de salud** decida por mí.

No estoy seguro.

**Vaya a la página siguiente.**



## Parte 2: Tome sus propias decisiones de atención de salud

Sus médicos pueden preguntar sobre la donación de órganos y autopsia después de morir. Infórmenos sus deseos.

Marque con una X las frases con las cuales esté más de acuerdo.

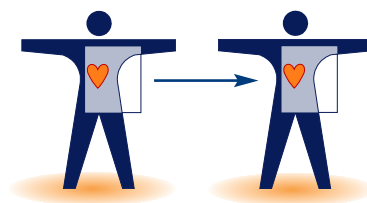
### ● Donar (dar) sus órganos puede ayudar a salvar vidas.

**Deseo** donar mis órganos.

¿Qué órganos desea donar?

cualquier órgano

sólo \_\_\_\_\_



**No deseo** donar mis órganos.

Deseo que mi **apoderado de atención de salud** decida.

No estoy seguro.

### ● Se puede realizar una autopsia después de la muerte para saber por qué murió una persona. Se realiza mediante una cirugía. Puede tardar algunos días.

**Deseo** una autopsia.

**No deseo** una autopsia.

Es posible que desee una autopsia si existe alguna duda sobre mi muerte.

Deseo que mi **apoderado de atención de salud** decida.

No estoy seguro.



### ● ¿Qué deben saber sus médicos sobre la forma en que desea se trate

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# PARTE 3

## Firme el formulario

### Antes de que se pueda usar este formulario, usted debe:

- firmarlo
- decirle a dos testigos que lo firmen

Si no tiene testigos, tendrá que ser ante un notario público. El trabajo del notario público es asegurarse de que sea usted quien firma el formulario.



### Firme e indique la fecha.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
firma

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
fecha

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
apellido en letra de molde

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
dirección

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ciudad

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
estado

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
código postal

### Su testigo debe:

- ser mayor de 18 años
- conocerlo
- verlo firmar este formulario



### Su testigo no puede:

- ser su apoderado de atención de salud, médico, enfermera ni trabajador social
- beneficiarse financieramente (obtener dinero) después de su muerte
- trabajar en el lugar donde vive  
(si vive en una casa de reposo, vaya a la página 12)

### Sólo uno de los testigos puede ser un familiar.

**Los testigos tienen que firmar la página siguiente.**

**Si no tiene testigos, lleve este formulario a un notario público y pídale que firme la página 11.**

# Pídale a sus testigos que firmen e indiquen la fecha.



### Testigo 1

\_\_\_\_\_ / /  
firma

fecha

\_\_\_\_\_ nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_ apellido en letra de molde

\_\_\_\_\_ dirección

\_\_\_\_\_ ciudad

\_\_\_\_\_ estado

\_\_\_\_\_ código postal

### Testigo 2

\_\_\_\_\_ / /  
firma

fecha

\_\_\_\_\_ nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_ apellido en letra de molde

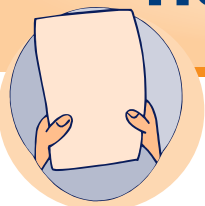
\_\_\_\_\_ dirección

\_\_\_\_\_ ciudad

\_\_\_\_\_ estado

\_\_\_\_\_ código postal

## Ha terminado de llenar este formulario.



**Comparta este formulario con sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, amigos y familiares.**



**10**

**Converse con ellos sobre sus decisiones.**

# NOTARIO PÚBLICO



- Lleve este formulario a un notario público **SÓLO** si no lo han firmado dos testigos.
- Traiga una identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.)

## CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC STATE OF CALIFORNIA

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

On this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ in the year \_\_\_\_\_ before me

\_\_\_\_\_  
(print name of notary public)

personally appeared \_\_\_\_\_  
(print name of person completing this form)

and has proved to me on the basis of satisfactory evidence, to be the person whose name is indicated on this advance health care directive, and has stated that he or she did complete this form. I declare under penalty of perjury, that the person, whose name is indicated in the advance health care directive, appears to be of sound mind and is under no duress, fraud, or undue influence.

NOTARY SEAL

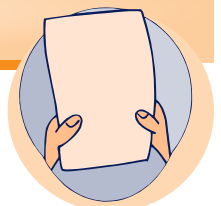
\_\_\_\_\_  
(Signature)

\_\_\_\_\_  
(Date)

## Ha terminado de llenar este formulario.

**Comparta este formulario con sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, amigos y familiares.**

**Converse con ellos sobre sus decisiones.**



# **SÓLO para residentes de casas de reposo del estado de California**

- Entréguele este formulario al director de su casa de reposo, **sólo** si vive en una.
- La ley del estado de California exige que los residentes de una casa de reposo tengan como testigo de las instrucciones anticipadas al defensor legal (ombudsman) de la casa de reposo.

## **DECLARACIÓN DEL DEFENSOR LEGAL (OMBUDSMAN) DEL PACIENTE**

“Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del estado de California que soy el defensor legal (ombudsman) del paciente designado por el Departamento Estatal de Edad Avanzada y que estoy sirviendo como testigo según lo estipulado

\_\_\_\_\_ / /  
firma

fecha

\_\_\_\_\_

nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_

apellido en letra de molde

\_\_\_\_\_

dirección

\_\_\_\_\_

ciudad

\_\_\_\_\_

estado

\_\_\_\_\_

código postal