

# Instrucciones de Cuidado Médico por Adelantado de California

Esta forma deja que usted indique como usted quiere ser atendido en el caso que muy enfermo



● Esta forma tiene 3 partes. Le deja:



**Parte 1: Escoger a un representante para la atención a la salud.**

Un representante para la atención a la salud es una persona que puede tomar decisiones médicas en su nombre si usted está demasiado enfermo para hacerlo.



**Parte 2: Hacer sus propias decisiones sobre su cuidado médico.**

Esta forma le permite escoger qué tipo de atención médica que usted desea. De esta manera, los quien lo atiendan no tendrán qué adivinar qué desea usted si está demasiado enfermo para decirles ustedes mismo.



**Parte 3: Firmar la forma.**

Es necesario firmar antes de que se pueda usar.

**Usted puede llenar Parte 1, Parte 2, o las dos.  
Llene solo las partes que usted quiera y  
siempre firme la forma en la Parte 3**

**Vaya a la página siguiente.**



**Si solo quiere un representante Vaya a la Parte 1 en la página 3.**

**Si solo quiere hacer sus propias decisiones vaya a la Parte 2 en la página 6.**

**Si quiere los dos entonces llene Parte 1 y Parte 2.**

**Siempre firme la forma en la Parte 3 en la página 9.**

**¿Qué hago con la forma después de llenarla?**

Enseñe la forma a los que lo atienden:

- médicos
- enfermeras
- trabajadores sociales
- familiares
- amigos



**¿Qué pasa si cambio de parecer?**

- Cambie la forma.
- Dígale sus cambios a los que lo atienden.



**¿Qué pasa si tengo preguntas acerca de la forma?**

- Traiga la forma a su médico, enfermera, trabajador social, familiar, o amigo para que le contesten sus preguntas



**¿What if I want to make health care choices that are not on this form?**

- Write your choices on a piece of paper
- Keep the paper with this form
- Share your choices with those who care for you

# PARTE 1

## Escoja a su representante de atención a la salud

Esta es la persona que podrá tomar decisiones médicas por su parte si está demasiado enfermo para hacerlo usted mismo.

### ¿A quién elijo para ser mi representante de atención a la salud?

Un familiar o amigo que:



- tenga por lo menos 18 años de edad
- lo conozca bien
- podrá estar a su lado cuando usted lo necesite
- en quien usted confíe que haga lo que mejor para usted
- le pueda decir a sus doctores las decisiones que usted tomó en esta forma



Su representante **no puede ser** ni su médico, ni alguien quien trabaje en su hospital o clínica, al menos que sea familiar suyo.

### ¿Qué pasa si no elijo a un representante de atención a la salud?

Si usted está demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones, sus médicos le pedirán a sus familiares más cercanos que tomen decisiones en su nombre.

Si usted desea que su representante sea alguien fuera de su familia, debe escribir el nombre de la persona en esta forma.



### ¿Qué tipo de decisiones puede tomar mi representante?

Dar permiso, rechazar, cambiar, parar, o elegir:

- a sus médicos, enfermeras, y trabajadores sociales
- sus hospitales o clínicas
- medicinas o exámenes médicos
- decidir que va a pasar con su cuerpo y órganos después que usted muera



Vaya a la página que sigue.

3

### Otras decisiones que puede tomar mi representante

#### ● **Tratamientos para mantener la vida** - atención médica para tratar de ayudarlo a vivir mas tiempo

- **RCP o resucitación cardio-pulmonar**

resucitación = volver a la vida    cardio = corazón    pulmonar = de los pulmones



Esto puede incluir:

- presionar fuertemente sobre su pecho para mover su sangre
- toques eléctricos para “pasar corriente” a su corazón
- darle medicinas por las venas

- **Máquina para respirar o ventilador mecánico**

La máquina bombea aire a sus pulmones y respira por usted. Usted no puede hablar cuando esta conectado a la máquina



- **Diálisis**

Un aparato que limpia su sangre si sus riñones dejan de servir.

- **Sonda de alimentación**

Un tubo que se usa para alimentarlo si usted no puede tragar. Se pone por la garganta hasta el estómago. También se pone con una operación



- **Transfusioines de sangre**

Dar sangre por sus venas

- **Cirugía**

- **Medicamentos**

#### ● **Cuidados al fin de la vida** - si usted se esta muriendo su representante podrá:



- llamar a un lider espiritual.
- decidir si usted se muere en casa o en el hospital.



**Muéstrele esta forma a su representante.**

**Dígale qué clase de cuidados médicos usted desea.**



## Su representante de atención a la salud



- Quiero que esta persona ayude a tomar mis decisiones médicas

nombre

apellidos

dirección

ciudad

estado

código postal

( )

–

( )

–

teléfono (casa)

teléfono (trabajo)

- Si la primera persona no lo puede hacer, quiero que esta otra persona ayude a tomar mis decisiones médicas.

nombre

apellidos

dirección

ciudad

estado

código postal

( )

–

( )

–

teléfono (casa)

teléfono (trabajo)

- Ponga una X al lado de la frase con la que está de acuerdo.



Mi representante puede tomar decisiones en mi nombre desde **ahora**.



Mi representante de atención a la salud no tomará decisiones en mi nombre **hasta** que yo no sea capaz de tomar mis propias decisiones.

Para hacer sus propias decisiones vaya a la Parte 2 en la página que sigue

Para firmar esta forma vaya a la Parte 3 en la página 9

## PARTE 2 Haga sus selecciones de atención a la salud

Escriba sus decisiones, así los quien lo atiendan no tendrán que adivinar

- Piense en lo que hace que su vida tenga sentido. Ponga una 'X' al lado de todas las frases con las que usted está más de acuerdo.

Mi vida sólo tendría sentido si yo pudiera:

- hablar con mi familia y amigos
- despertar de una coma
- comer, bañarme, ó cuidarme yo solo
- estar libre de dolor
- vivir sin tener que estar conectado a máquinas
- No estoy seguro



Mi vida siempre tiene sentido, no importa que tan enfermo esté

- Si estoy muriendo, es importante que yo esté:

en casa       en el hospital       No estoy seguro

- ¿Ésta religión o la espiritualidad importante para usted?

Sí       No

- ¿Qué deben saber sus doctores sobre su religión o espiritualidad?

---

---

Si usted esta enfermo, sus doctores y enfermeras siempre tratarán de mantenerlo cómodo y libre de dolor.



## Parte 2: Haga sus selecciones de atención a la salud

Los tratamientos para sostener la vida se usan para tratar de ayudarlo a vivir. Estos pueden incluir RCP, una máquina para respirar, diálisis, sondas de alimentación, transfusiones de sangre, o medicinas.

**Ponga una 'X' al lado de lo que usted está de acuerdo.**

**Por favor lea toda la página antes de que haga sus decisiones.**

### ● Si estoy tan enfermo que me podría morir pronto:

Intenten todos los tratamientos que mis doctores piensen que puedan ayudar para mantenerme vivo. Si los tratamientos **no trabajan**, y hay pocas esperanzas de mejorar, **deseo permanecer** conectado a máquinas.



Intenten todos los tratamientos que mis doctores piensen que puedan ayudar para mantenerme vivo. Si los tratamientos **no trabajan**, y hay pocas esperanzas de mejorar, **NO quiero permanecer** conectado a máquinas.



Intenten los tratamientos que mis doctores piensen que puedan ayudar para mantenerme vivo, **pero estos no trabajan, no quiero estos tratamientos.** Ponga una 'X' al lado de todo lo que **no** quiere:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> CPR                   | <input type="radio"/> sondas de alimentación   |
| <input type="radio"/> diálisis              | <input type="radio"/> transfusiones sanguíneas |
| <input type="radio"/> máquina para respirar | <input type="radio"/> medicamentos             |
| <input type="radio"/> otros _____           |  |

**No deseo** ningún tratamiento para mantenerme vivo.

Quiero que mi representante de atención a la salud decida por mí.

No estoy seguro.

**Vaya a la página que sigue**



**7**

## Parte 2: Haga sus selecciones de atención a la salud

Sus doctores tal vez pregunten acerca de la donación de órganos y de la autopsia después de que usted muera. Por favor díganos sus deseos

Ponga una X al lado de lo que usted está de acuerdo.

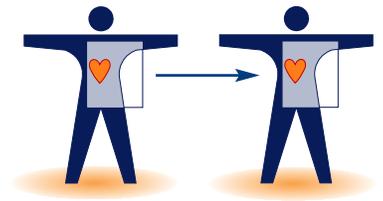
### ● El donar (dar) sus órganos puede ayudar a salvar vidas.

Quiero donar mis órganos.

¿Cuáles órganos desea donar?

cualquier de mis órganos

solamente \_\_\_\_\_



No deseo donar mis órganos.

Quiero que mi representante decida.

No estoy seguro.

### ● La autopsia se hace después de morir para explicar por qué alguien murió. Es una operación. Puede tardar varios días.

Si quiero una autopsia.

No quiero una autopsia.

Tal vez quiero una autopsia si hay preguntas sobre mi muerte.

Quiero que mi representante decida.

No estoy seguro.



### ● ¿Qué es lo que deben saber sus doctores de cómo usted quiere que traten a su cuerpo después de morir?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# PARTE 3 Firme la forma

## ● Para que se pueda usar esta planilla usted necesita:

- firmar la forma.
- tener dos testigos para que firmen la forma.

Si no tiene dos testigos, usted necesitará un notario público. El trabajo del notario público es asegurarse que es usted es el que está firmando la forma.



## ● Firme su nombre y escriba la fecha.

Firma

Fecha

Escriba su nombre (letra de molde)

Escriba su apellido (letra de molde)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

## ● Su testigo debe ser:

- mayor de 18 años.
- alguien que lo conozca a usted.
- alguien que lo vea firmar esta forma.



## ● Sus testigos no pueden ser:

- su representante de atención a la salud, su médico, o su enfermera.
- alguien que recibirá dinero después de que usted muera.
- alguien que trabaja en el lugar donde usted vive.  
(si usted vive en una casa de recuperación, vaya a la página 12).

## ● Solo uno de sus testigos puede ser familiar suyo.

El segundo testigo debe ser alguien fuera de la familia.

**Sus testigos deben firmar sus nombres en la página que sigue.**

**Si usted no tiene testigos, lleve esta forma a un notario público para que la firme en la página 11.**

# Pida a sus testigos que firmen sus nombres y escriban la fecha



## ● Testigo #1

Firma

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha

Escriba su nombre (letra de molde)

Escriba su apellido (letra de molde)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

## ● Testigo #2

Firma

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha

Escriba su nombre (letra de molde)

Escriba su apellido (letra de molde)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

## Ya terminó con esta forma.



**Compártala con sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, amigos, y sus familiares.**



**10**

**Platique con ellos acerca de sus decisiones.**

# NOTARIO PUBLICO

- Lleve esta hoja a un notario puúblico **solamente** si la forma no fue firmada por dos testigos.
- Lleve una identificación (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)

## Ya terminó con esta forma.



**Compártala con sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, amigos, y sus familiares.**



**Platique con ellos acerca de sus decisiones.**

# Solo Para Residentes de Casas de Recuperación en California

- Si usted vive en una casa de recuperación, déle esta forma a el director de la casa de recuperación.
- La Ley de California requiere que las personas que viven en una casa de recuperación le pidan al “ombudsman” que sea un testigo para las decisiones médicas por adelantado.

## STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

“I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code.”

\_\_\_\_\_ /   /  
sign your name

date

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_