

DIRECTIVA POR ANTICIPADO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

+ 0 5 6 4 7 % % + 1 0 ' 5

La Sección 1 de este formulario le permite nombrar a ote \$ Mote otroa A f n

También puede nombrar a un representante suplente que actúe por usted si su primera elección no está dispuesta, no es capaz o no está razonablemente accesible para tomar decisiones por usted.

Su representante no puede ser un operador o empleado de un establecimiento de atención comunitaria y un establecimiento de atención residencial donde lo estén atendiendo, ni su proveedor de atención de la salud encargado de la supervisión o un empleado de la institución de atención de la salud donde usted esté recibiendo la misma, a menos que su representante esté emparentado con usted o sea compañero de trabajo.

A menos que indique lo contrario en este formulario, su representante tendrá el derecho de:

1. Prestar o negar el consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de otro modo una enfermedad física o mental.
2. Seleccionar o rechazar proveedores e instituciones de atención de la salud.
3. Aprobar o desaprobar pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos.
4. Dirigir el proveimiento, la negación o la retirada de nutrición e hidratación artificial y todas las demás formas de atención de la salud, incluyendo resucitación cardiopulmonar.
5. Donar órganos o tejidos, autorizar una autopsia y ordenar la disposición final de los restos.

Sin embargo, su representante no podrá internarlo en un establecimiento psiquiátrico ni dar su consentimiento para que usted sea sometido a tratamiento convulsivo, psicocirugía, esterilización o aborto.

La Sección 2 de este formulario le permite dar instrucciones específicas acerca de cualquier aspecto de su atención de la salud, ya sea que usted nombre un representante o no. Se proporcionan opciones para que usted exprese sus deseos acerca del proveimiento, la negación o la retirada del tratamiento para mantenerlo vivo, así como el proveimiento de alivio del dolor. También se proporciona espacio para que usted aumente las opciones que m q c \$ l m las to aseos a

HVWH IRUPXODULR HQ FXDOTXLHU PRPHQWR

&'5+)0#%+!0 &'. 4'24'5'06#06'

Designo al siguiente individuo como mi representante para que tome las decisiones de atención de la salud por mí:

Nombre del individuo que usted elija como representante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

" " " *gp"ecuc+" " " " " *vgn²hqpq"gp"gn"vtcdclq+" " " " *vgn²hqpq"egnwnctlnqecnk/cfqt+

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi representante o si mi representante no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente accesible para tomar una decisión de atención de la salud por mí, designo como mi primer representante suplente a:

Nombre de la persona que usted elige como primera alternativa: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

" " " *gp"ecuc+" " " " " *vgn²hqpq"gp"gn"vtcdclq+" " " " *vgn²hqpq"egnwnctlnqecnk/cfqt+

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi representante y mi primer representante suplente o si ninguno de los dos está dispuesto, es capaz o está razonablemente accesible para tomar una decisión de atención de la salud por mí, designo como mi segundo representante suplente a:

Nombre del individuo que usted elija como su segundo representante suplente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

" " " *gp"ecuc+" " " " " *vgn²hqpq"gp"gn"vtcdclq wpc"fgekuk » p"fc l wrngp

2 # 4 6 ' L + 0 5 6 4 7 % % + 1 0 ' 5 2 # 4 # . # # 6 ' 0 % + ! 0 & ' . # 5 # . 7 &

Si usted llena esta parte del formulario, podrá tachar cualquier texto que no quiera.

& ' % + 5 + 1 0 ' 5 & ' . (+ 0 # . & ' . # 8 + & #

Ordeno que mis proveedores de atención de la salud y otros que participen en mi atención provean, nieguen o retiren el tratamiento de acuerdo con la elección que yo haya marcado abajo:

(O H F F L y Q G H Q R S U R O R Q J D U O D Y L G D

" " "*kpkckn"cswf"+

No quiero que mi vida sea prolongada si (1) tengo una enfermedad incurable e irreversible que resulte en mi muerte dentro de un periodo relativamente corto, (2) pierdo el conocimiento y, con un grado razonable de certidumbre médica, no lo recuperaré o (3) los riesgos y cargas probables del tratamiento serían más mayores que los beneficios previstos,

O

(O H F F L y Q G H S U R O R Q J D U O D Y L G D

" " "*kpkckn"cswf"+

2 # 4 6 ' L / ' & + % 1 & ' # 6 ' 0 % + | 0 2 4 + / # 4 + # 1 2 % + 1 0 # .

Designo al siguiente como mi médico de atención primaria:

Nombre del Médico: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

OPCIONAL: Si el médico que he designado no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente accesible para actuar como mi médico de atención primaria, designo al siguiente para que desempeñe este papel:

Nombre del Médico: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

2 # 4 6 ' L (+ 4 / #

El formulario debe ser firmado por usted y dos testigos calificados o certificado ante un notario público.

(+ 4 / #

Firme y ponga aquí la fecha en el formulario:

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____

" " *rcekpvg+

Nombre en letra de imprenta: _____

" " " "" " " " " " *rcekpvg+

Dirección: _____

& ' % . # 4 # % + | 0 & ' . 1 5 6 ' 5 6 +) 1 5

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California (1) que el individuo que firmó o certificó esta directiva por anticipado de la atención de la salud es conocido personalmente para mí, o que la identidad del individuo me fue demostrada con evidencia convincente, (2) que el individuo firmó o certificó esta directiva por anticipado en mi presencia, (3) que el individuo parece encontrarse en buen estado mental y bajo ninguna presión, fraude o influencia indebida, (4) que no soy la persona designada como representante en esta directiva por anticipado y (5) que no soy el proveedor de atención de la salud del individuo, un empleado del proveedor de atención de la salud del individuo, el operador de un establecimiento de atención comunitaria, un empleado de un operador de un establecimiento de atención comunitaria, el operador de un establecimiento de atención residencial para ancianos, ni un empleado de un operador de un establecimiento de atención residencial para personas de edad avanzada.

2 4 + / ' 4 1 6 ' 5 6 +) 1

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____

" " *vgwkiq+""

Nombre en letra de imprenta: _____

" " " "" " " " " " " *vgwkiq+

5 ') 7 0 & 1 6 ' 5 6 +) 1

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____

" " *vgwkiq+""

Nombre en letra de imprenta: _____

" " " "" " " " " " " *vgwkiq+

& ' % . # 4 # % + ! 0 # & + % + 1 0 # . & ' . 1 5 6 ' 5 6 +) 1 5

Por lo menos uno de los testigos mencionados arriba también debe firmar la siguiente declaración:

Declaro además bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que no estoy emparentado por lazos sanguíneos, matrimonio o adopción con el individuo que formaliza esta directiva por anticipado de la atención de la salud, y que a mi leal saber y entender, no tengo derecho a parte alguna del caudal hereditario del individuo después de su muerte bajo un testamento actualmente existente o por ministerio de ley.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____

" " *vgwkiq+

Nombre en letra de imprenta: _____

" " " "" " " " " " " *vgwkiq+ " "

WUVGF"RWGFG"WUCT" GUVG" EGTVKHKECFQ" FG"EQPHKTOCEK ~ P"CPVG" PQVCTKQ"R—DNKEQ" GP"
XG\ "FG"NC"FGENCTCEK ~ P"FG"VGUVK I QU0

State of California)

County of _____)

)

On *fcvg+ _____ before me, *pcog"cpf"vkvg"qh"vjg"qhLegt+ _____

_____ personally

appeared *pcog*u+"qh"ukipgt*u++ _____, who proved

who pr

p. creb · ub Ž b

acn


