

DIRECTIVA DEL CUIDADO DE LA SALUD (TESTAMENTO DE VIDA)

Health Care Directive (Living Will)

Yo, _____, quiero que todas las personas que me cuidan tengan conocimiento del cuidado de la salud que quiero recibir cuando ya no pueda comunicar a los demás mi voluntad.

I, _____, want everyone who cares for me to know what health care I want, when I cannot let others know what I want.

SECCIÓN (SECTION) 1:

Quiero que mi médico intente tratamientos para tratar de restaurar una calidad de vida aceptable. Sin embargo, si mi calidad de vida se vuelve inaceptable y mi condición no mejorará (es irreversible), ordeno que se retiren todos los tratamientos para prolongar mi vida.

I want my doctor to try treatments that may get me back to an acceptable quality of life. However, if my quality of life becomes unacceptable to me and my condition will not improve (is irreversible), I direct that all treatments that extend my life be withdrawn.

Una calidad de vida inaceptable para mí significa (marque todo lo que sea aplicable) A quality of life that is unacceptable to me means (check all that apply):

- Pérdida del conocimiento (caer en coma crónico o estado vegetativo persistente) Unconscious (chronic coma or persistent vegetative state)
- Imposibilidad de comunicar mis necesidades Unable to communicate my needs
- Imposibilidad de reconocer a mi familia o amistades Unable to recognize family or friends
- Dependencia total o casi total de los demás para el cuidado Total or near total dependence on others for care
- Otro Other: _____

Marque uno solamente (Check only one):

- Aunque mi calidad de vida sea como la que se describe arriba, aún quiero recibir tratamiento con comida y agua por sonda o vía intravenosa (IV). Even if I have the quality of life described above, I still wish to be treated with food and water by tube or intravenously (IV).
- Si mi calidad de vida es como se describe arriba, NO quiero recibir tratamiento con comida y agua por sonda o vía intravenosa (IV). If I have the quality of life described above, I do NOT wish to be treated with food and water by tube or intravenously (IV).

SECCIÓN (SECTION) 2: (Puede dejar esta sección en blanco.) (You may leave this section blank.)

Algunas personas no quieren ciertos tratamientos bajo ninguna circunstancia, aunque se lleguen a recuperar.

Some people do not want certain treatments under any circumstance, even if they might recover.

Marque los tratamientos de abajo que usted no quiere recibir bajo ninguna circunstancia:

Check the treatments below that you do not want under any circumstances:

- Resucitación Cardiopulmonar (RCP) Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)
- Ventilación (máquina para respirar) Ventilation (breathing machine)
- Sonda para recibir alimentación Feeding tube
- Diálisis Dialysis
- Otro Other: _____

SECCIÓN (SECTION) 3:

Cuando esté próximo a morir, para mí es importante que When I am near death, it is important to me that: _____

(Como cuidado de hospice, lugar de muerte, arreglos funerarios, cremación o preferencias de entierro.)

(Such as hospice care, place of death, funeral arrangements, cremation or burial preferences.)

ASEGÚRESE DE FIRMAR EL REVERSO DE ESTA FORMA

BE SURE TO SIGN THE REVERSE SIDE OF THIS FORM

Si solamente quiere un Poder (Médico) del Cuidado de la Salud, trace una X grande en esta hoja.

If you only want a Health Care (Medical) Power of Attorney, draw a large X through this page.

- Platique del contenido de esta forma con la persona que ha elegido para tomar decisiones por usted, con su médico/s, familia y amistades. Proporcione a cada uno de ellos una copia de esta forma.
Talk about this form with the person you have chosen to make decisions for you, your doctor(s), your family and friends. Give each of them a copy of this form.
- Lleve una copia de esto con usted cada vez que vaya al hospital o de viaje. Take a copy of this with you whenever you go to the hospital or on a trip.
- Debe revisar esta forma con frecuencia. You should review this form often.
- Puede cancelar o cambiar esta forma en cualquier momento. You can cancel or change this form at any time.

Para más información comuníquese al programa Decisiones del Cuidado de la Salud, (602) 222-2229 ó www.hcdecisions.org

For more information contact Health Care Decisions, (602) 222-2229 or www.hcdecisions.org

PODER (MÉDICO) DEL CUIDADO DE LA SALUD CON AUTORIZACIÓN PARA LA SALUD MENTAL

Health Care (Medical) Power of Attorney with Mental Health Authority

Es importante escoger a alguien para que tome decisiones del cuidado de la salud cuando usted ya no las pueda tomar. Informe a la persona (representante) elegida lo que es su voluntad. La persona que usted elija tiene derecho de tomar cualquier decisión para asegurarse de que su voluntad se ha cumplido. Si usted NO elige a alguien para que tome sus decisiones, anote NINGUNA en la línea del nombre del representante.

It is important to choose someone to make healthcare decisions for you when you cannot. Tell the person (agent) you choose what you would want. The person you choose has the right to make any decision to ensure that your wishes are honored. If you DO NOT choose someone to make decisions for you, write NONE in the line for the agent's name.

Yo, _____, como poderdante, designo a _____ como mi representante para todos los asuntos relacionados con mi salud (incluyendo la salud mental), e incluyendo sin limitación, un poder total para dar o rehusar consentimiento de todo cuidado médico, quirúrgico, hospitalario y relacionado a la salud. Este poder notarial surte efecto a partir de mi incapacidad de comunicar o tomar decisiones del cuidado de la salud. Durante cualquier periodo que no pueda comunicar o tomar decisiones del cuidado de mi salud o cuando exista incertidumbre, ya sea que esté vivo/a o muerto/a, toda acción de mi representante bajo este poder notarial tiene el mismo efecto sobre mis herederos, legatarios y representantes personales como si yo estuviese vivo/a, como si fuera competente y actuando por mí mismo/a.

I, xxx, as principal, designate xxx as my agent for all matters relating to my health (including mental health) and including, without limitation, full power to give or refuse consent to all medical, surgical, hospital and related health care. This power of attorney is effective on my inability to make or communicate health care decisions. All of my agent's actions under this power during any period when I am unable to make or communicate health care decisions or when there is uncertainty whether I am dead or alive have the same effect on my heirs, devisees and personal representatives as if I were alive, competent and acting for myself.

_____ Al colocar mis iniciales aquí, específicamente doy consentimiento a mi representante para internarme en un programa de paciente interno u hospitalización psiquiátrica parcial, si lo ordena mi médico.

By initialing here, I specifically consent to giving my agent the power to admit me to an inpatient or partial psychiatric hospitalization program if ordered by my physician.

_____ Al colocar mis iniciales aquí, esta Directiva del Cuidado de la Salud incluyendo un poder del Cuidado de la Salud Mental no se puede revocar si estoy incapacitado/a.

By initialing here, this Health Care Directive including Mental Health Care Power of Attorney may not be revoked if I am incapacitated.

Anote el DOMICILIO y NÚMERO TELEFÓNICO de su representante (Print agent ADDRESS and PHONE):

Si mi representante está indispuesto o no puede ayudar o continuar ayudando, yo por el presente designo a _____ (If my agent is unwilling or unable to serve or continue to serve, I hereby appoint):

_____ como mi representante.

Anote el DOMICILIO y NÚMERO TELEFÓNICO de su representante alterno (Print alternate agent ADDRESS and PHONE):

Quiero que mi representante sea tratado como si fuera yo, con respecto al uso y revelación de mi información de la salud identificable individual u otros récords médicos. La liberación de autorización se aplica a cualquier información regida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de la Salud de 1996 (aka HIPAA), 42 USC 1420D y 45 CFR 160-164.

I intend for my agent to be treated as I would regarding the use and disclosure of my individually identifiable health information or other medical records. This release authority applies to any information governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (aka HIPAA), 42 USC 1420D and 45 CFR 160-164.

FIRME AQUÍ para obtener formas del Poder (Médico) del Cuidado de la Salud y/o de la Directiva del Cuidado de la Salud

SIGN HERE for the Health Care (Medical) Power of Attorney and/or the Health Care Directive forms

Por favor pida a una persona que no tenga parentesco alguno con usted, o que no esté conectada financieramente a usted o a su propiedad que atestigüe su firma. Please ask one person to witness your signature who is not related to you or financially connected to you or your estate.

Firma (Signature): _____ Fecha (Date): _____

Conozco personalmente a la persona designada anteriormente, y creo que el/ella se encuentra en su juicio cabal y que ha completado este documento voluntariamente. Tengo por lo menos 18 años de edad, no tengo parentesco consanguíneo con él o ella, relación de matrimonio o adopción, y no estoy nombrado/a como representante en este documento. No tengo conocimiento de ser beneficiario/a en su testamento o cualquier codicilo, y no tengo ningún reclamo en contra de su propiedad. No estoy directamente involucrado/a en su cuidado de la salud.

The above named person is personally known to me, and I believe him/her to be of sound mind and to have completed this document voluntarily. I am at least 18 years old, not related to him/her by blood, marriage or adoption, and not an agent named in this document. I am not to my knowledge a beneficiary of his/her will or any codicil, and I have no claim against his/her estate. I am not directly involved in his/her health care.

Testigo (Witness): _____ Fecha (Date): _____

Este documento se puede notariar en vez de testificar. (This document may be notarized instead of witnessed.)

On this _____ day of _____, in the year of _____, personally appeared before me the person signing, known by me to be the person who completed this document and acknowledged it as his/her free act and deed. IN WITNESS THEREOF, I have set my hand and affixed my official seal in the County of _____, State of _____, on the date written above.

Notary Public (Notario Público): _____