

Instrucciones médicas anticipadas (Advance Health Care Directive)

Estado de California

Planificación para el cuidado de la vida:

Valores, opciones, atención

kp.org/lifecareplan/es

Asegúrese de completar este documento con:

1. Su firma y la fecha donde sea necesario.
2. La firma de testigos o la certificación de un fedatario (notary public). Su representante para la atención médica (encargado de tomar decisiones) **no podrá** firmar como testigo.
3. Recuerde enviar una **copia** a Kaiser Permanente y proporcionar una **copia** a su representante para la atención médica. Usted conservará el formulario **original**.

Instrucciones médicas anticipadas (Advance Health Care Directive)

¿Qué son las Instrucciones médicas anticipadas?

Las Instrucciones médicas anticipadas (Advance Health Care Directive, AHCD) son un documento legal que les proporciona a sus equipos de atención médica orientación sobre qué hacer en caso de que usted no pueda tomar decisiones sobre su atención médica.

Las AHCD le permiten lo siguiente:

- Elegir un representante para la atención médica (encargado de tomar decisiones) para que tome decisiones de atención médica en su nombre si usted no puede tomarlas.
- Expresar sus valores, creencias y preferencias de atención médica.

Las AHCD proporcionan orientación tanto a su representante para la atención médica (encargado de tomar decisiones) como al equipo de atención médica sobre el desarrollo de un plan de tratamiento para usted. **NO le indican al personal de emergencias los tratamientos que usted desea durante una emergencia médica.**

Puede actualizar CUALQUIERA de sus preferencias en sus AHCD en cualquier momento al llenar un documento nuevo. Estas nuevas AHCD reemplazarán las AHCD que haya llenado antes.

¿Por qué son importantes las AHCD?

Tiene el derecho de compartir sus preferencias sobre su propia atención médica. Este documento proporciona indicaciones a su representante para la atención médica (encargado de tomar decisiones) y a los médicos a fin de que puedan brindarle la atención adecuada.

También es una oportunidad de reflexionar sobre qué significa la calidad de vida para usted y cómo pueden afectar sus preferencias a sus seres queridos. **Si llena este documento mientras tiene la capacidad y habla de ello con sus seres queridos, le ayudará a reducir la confusión y los desacuerdos sobre lo que puede o no desear.**

¿Para qué sirven las AHCD?

Cualquier adulto mayor de 18 años en su sano juicio debería considerar llenar estas Instrucciones médicas anticipadas sin importar su estado de salud.

Otras referencias:

Planificación para el cuidado de la vida:

Valores, opciones, atención

kp.org/lifecareplan/es

Nombre completo (Full Name): _____

N.º de historia clínica (Medical Record #): _____

¿Qué se contiene este documento?

Puede **llenar solo lo que desee** de este documento.

Si decide no llenar una sección, simplemente ponga una línea en la página y escriba sus iniciales. Esto nos ayudará a saber que lo dejó en blanco intencionalmente.

La Parte 5 es obligatoria para que este documento sea legal en el estado de California.

Las Instrucciones médicas anticipadas (AHCD) de Kaiser Permanente contienen cinco partes, incluida la parte de cómo convertirlo en un documento legal:

Parte 1: Cómo elegir a mis representantes para la atención médica (encargados de tomar decisiones)

Le permite nombrar a alguien para que tome decisiones de atención médica en su nombre si usted no puede tomarlas.

Parte 2: Mis valores y creencias

Le brinda una oportunidad de reflexionar sobre lo que significan la calidad de vida y vivir bien para usted. Le recomendamos que llene esta sección, ya que esto le ayudará a reflexionar a lo largo del documento.

Parte 3: Cómo elegir mis preferencias de atención médica

Le permite registrar sus preferencias de atención médica si usted no puede tomar sus propias decisiones de atención médica debido a una lesión o enfermedad.

Parte 4: Preferencias después del fallecimiento

Le permite comunicar cualquier deseo que pueda tener para después de su fallecimiento, como la donación de órganos, deseos para el funeral, etc.

Parte 5: Cómo validar legalmente este documento

El llenado de esta sección vuelve legal este documento en el estado de California.

Este documento también incluye una lista de verificación para ayudarle a compartir sus preferencias con Kaiser Permanente y otras personas.

Nombre completo
(Full name)

Número de historia clínica
(Medical Record number)

Fecha de nacimiento
(Date of birth)

Dirección postal
(Mailing address)

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono principal
(Primary phone)

Teléfono secundario
(Secondary phone)

Correo electrónico
(Email)

Estas Instrucciones médicas anticipadas pertenecen a:

Cómo elegir a mis representantes para la atención médica (encargados de tomar decisiones) (Choosing My Health Care Agent[s] [Decision Maker])

Esta sección designa a una persona en quien confío para que tome decisiones de atención médica por mí en caso de que yo sea incapaz de tomarlas.

Parte 1

Elegir a su representante para la atención médica también significa compartirle sus valores y creencias, así como decirle qué tipo de atención médica desearía recibir si es incapaz de tomar sus propias decisiones.

¿A quién debería elegir como mi representante para la atención médica?

Si mi proveedor de atención médica determina que no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica, este formulario designa a las personas que elegí para que tomen las decisiones por mí.

Mi representante para la atención médica (encargado de tomar decisiones) hablará en mi nombre para tomar las decisiones de atención médica con base en las preferencias que le compartí o lo que considera que es lo mejor para mí, teniendo en cuenta lo que sabe sobre mis valores y creencias personales.

Nota: Hable con su representante sobre qué es más importante para usted y asegúrese de que esa persona se sienta capaz de desempeñar esta función. Asegúrese de que las personas más cercanas a usted sepan a quién escogió como su representante.

Cuando elija a su representante para la atención médica, considere seleccionar a una persona importante para usted, que tenga la capacidad de tomar decisiones críticas en un momento difícil. Legalmente, su representante no puede ser su médico u otro profesional de la salud que lo cuide como parte de su equipo de tratamiento.

Usted no puede anticipar cada situación de su atención médica, por lo que su representante tendrá que tomar decisiones en tiempo real con base en la información que le comparta el equipo médico. Comentar con su representante el tipo de cuidado que desea y el que no, les dará a ambos un entendimiento compartido y tranquilidad.

A veces, un cónyuge o un miembro de la familia pueden ser la mejor opción, pero en ocasiones *no* lo son. Usted sabe mejor.

Un buen representante para la atención médica es alguien que:

- Está dispuesto a ser su representante para la atención médica y puede estar razonablemente disponible.
- Conoce bien sus valores y creencias.
- Está dispuesto a respetar y representar sus preferencias, incluso cuando son diferentes a las propias.
- No tendrá miedo de hacer preguntas y hablar en su nombre, incluso si van en contra de las convenciones o los deseos de sus seres queridos.
- Es capaz de tomar decisiones bajo estrés.
- Continuará revisando con usted sus preferencias con el paso del tiempo.

Nota: Su representante para la atención médica *puede o no* ser la misma persona que elija como un contacto para emergencias.

Este formulario no autoriza que su representante tome decisiones financieras ni de algún otro tipo por usted.

Nombre completo (Full Name): _____

N.º de historia clínica (Medical Record #): _____

Hable con su **representante** sobre los tipos de responsabilidades que podría asumir en esta función. Utilice las preguntas de la **Parte 2** para guiar su conversación.

Mi representante para la atención médica puede tomar **TODAS** las decisiones de atención médica por mí en caso de que yo sea incapaz de tomarlas por mí mismo.

A menos que limite la autoridad de mi representante, puede tomar las siguientes decisiones por mí:

- Decir **sí/no** a los medicamentos, pruebas o tratamientos. Seleccionar o cambiar a los proveedores de atención médica y decidir en dónde recibiré la atención.
- **Comenzar, no comenzar o parar** todas las formas de intervención para el sostenimiento de la vida a fin de mantenerme con vida.
- Organizar y tomar decisiones sobre el cuidado de mi cuerpo después de fallecer (incluida la autopsia, la donación de órganos y lo que ocurrirá con mis restos).

Cómo elegir a un representante principal para la atención médica.

Elijo a la siguiente persona como mi representante principal para la atención médica a fin de que tome decisiones de atención médica por mí en caso de que yo sea incapaz de tomarlas por mí mismo.

Mi representante principal para la atención médica:

(My Primary [main] health care agent:)

Nombre completo
(Full name)

Parentesco
(Relationship)

Dirección postal
(Mailing address)

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono principal
(Primary phone)

Teléfono secundario
(Secondary phone)

Correo electrónico
(Email)

Nota: La autoridad de mi representante entrará en vigor cuando mi médico determine que yo no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica.

Nombre completo (Full Name): _____

N.º de historia clínica (Medical Record #): _____

Seleccione una de las siguientes opciones con una “X”:

(Please mark an “X” to select one of the following:)

- Entiendo y acepto que mi representante podrá actuar cuando **yo no pueda seguir** tomando mis propias decisiones,

(I understand and accept that my agent will become active when I can **no longer** make my own decisions, **OR**)

- Prefiero que mi representante tome las decisiones en mi nombre **de inmediato**, aunque actualmente pueda tomar mis propias decisiones.

(I prefer that my agent make decisions on my behalf **immediately**, even though I am currently able to make my own decisions.)

Nota: Si su representante es un cónyuge o una pareja doméstica, la designación del representante se revocará en caso de disolución, anulación o finalización del matrimonio o la sociedad doméstica.

(Note: If your agent is a spouse or domestic partner, the agent designation is revoked in the event of a dissolution, annulment, or termination of the marriage or domestic partnership.)

Primera y segunda opción de representante suplente para la atención médica.

Si mi representante principal para la atención médica no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar las decisiones de atención médica por mí, elijo a las siguientes personas como mi primera y segunda opción de representante suplente.

Se recomienda esta sección, pero es opcional. Si no puede pensar en nadie, **siga avanzando.**

**Primer representante suplente para la atención médica:
(First Alternate health care agent:)**

*Nombre completo
(Full name)*

*Parentesco
(Relationship)*

*Dirección postal
(Mailing address)*

Ciudad

Estado

Código postal

*Teléfono principal
(Primary phone)*

*Teléfono secundario
(Secondary phone)*

*Correo electrónico
(Email)*

Nombre completo (Full Name): _____

N.º de historia clínica (Medical Record #): _____

**Segundo representante suplente para la atención médica:
(Second Alternate health care agent :)**

*Nombre completo
(Full name)*

*Parentesco
(Relationship)*

*Dirección postal
(Mailing address)*

Ciudad

Estado

Código postal

*Teléfono principal
(Primary phone)*

*Teléfono secundario
(Secondary phone)*

*Correo electrónico
(Email)*

**Limitaciones del
representante para
la atención médica.**

Si no puede
pensar en nada
para ninguna
de estas
afirmaciones,
 siga avanzando.

Si deseo limitar la autoridad de mi representante para la atención médica, escribiré a continuación las decisiones de atención médica que **NO** deseo que tome mi representante.

(If I wish to limit my health care agent's authority, I will write below what health care decisions **I DO NOT** want my agent to make.)

Nombre completo (Full Name): _____

N.º de historia clínica (Medical Record #): _____

También escribiré a continuación los nombres de cualquier persona, si existe, que **NO** deseo que tome decisiones de atención médica por mí.

(I will also write below the names of any individuals, if any, who **I DO NOT** want to make health care decisions for me.)

Mis valores y creencias (My Values & Beliefs)

Esta sección me permite reflexionar sobre lo que significa la calidad de vida y vivir bien para mí. Sirve como base para mis respuestas en el resto del documento.

Parte 2

El llenado de la sección **Mis valores y creencias** le permite escribir lo que considera más importante en su vida. Tómese su tiempo con estas preguntas porque le ayudarán a reflexionar en la **Parte 3** de este documento.

Es importante entender y reflexionar sobre lo que más me importa para poder tomar decisiones anticipadas sobre mi atención médica que sean coherentes con quien soy. También es importante que mi representante para la atención médica (encargado de tomar decisiones) entienda mis valores y lo que más me importa.

Compartiré algunas cosas sobre mí, como qué es lo que considero más importante en mi vida, qué significa para mí vivir bien y qué facultades valoro. También compartiré cómo mi sistema de creencias puede influir en mi atención médica.

(I will share some things about myself, such as what is most important in my life, what living well means to me, and what abilities I value. I will also share how my belief system may influence my health care.)

Marque todas las opciones que correspondan y utilice el espacio a continuación para describir más.

(Check all that apply and use the space below to describe more.)

1. Lo siguiente es lo que más me importa para vivir bien:

(1. For me to live well, the following matter most to me:)

- Pasar tiempo y relacionarme con mis seres queridos.
(Spending time and connecting with loved ones)
- Tomar mis propias decisiones.
(Making my own decisions)
- Comunicarme con claridad.
(Communicating meaningfully)
- Mantenerme físicamente activo.
(Being physically active)
- Reconocer a mis amigos y familia.
(Recognizing friends and family)
- Estar socialmente activo.
(Being socially active)
- Vivir de forma independiente.
(Living independently)
- Alimentarme sin ayuda.
(Feeding myself without assistance)
- Hacerme cargo de mi propia higiene (bañarme, vestirme solo).
(Taking care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- Vivir en mi casa.
(Living in my home)
- Trabajar o hacer voluntariado.
(Working and/or volunteering)
- Dedicar tiempo a mis pasatiempos e intereses.
(Participating in hobbies or interests)
- Respetar mis creencias espirituales o mi religión.
(Honoring my spiritual beliefs and/or religion)
- Otro (mencione más a continuación).
(Other [say more below])

También me importa que...
(It also matters to me that...)

2. Estas son las RAZONES por las que me importan las decisiones que tomé en la Pregunta 1. También compartiré otras reflexiones sobre lo que le da sentido a mi vida.

(2. This is WHY the choices I made in Question 1 matter to me. I will also share additional thoughts about what brings meaning to my life.)

Piense en lo que más valora. ¿Qué significa calidad de vida para usted? Es posible que parezcan preguntas complicadas, pero **usted ya sabe más de lo que cree.**

*¿Por qué son importantes para usted?
(Why are these important to you?)*

Solo conteste si esto es relevante para usted.

3. ¿Cómo influyen mi cultura, espiritualidad, religión o sistema de creencias en mis decisiones de atención médica? ¿Qué tan importante es esto para mí?

(3. How does my culture, spirituality, religion, and/or belief system influence my health care decisions? How important is this to me?)

*Es importante para mí que...
(It is important to me that...)*

Cómo elegir mis preferencias de atención médica (Choosing My Health Care Preferences)

Esta sección junto con la **Parte 2: Mis valores y creencias** describen mis preferencias para guiar a **mis médicos y representante para la atención médica** a fin de tomar decisiones médicas por mí en caso de que yo sea incapaz de tomar mis propias decisiones de atención médica **Y** si es necesario que reciba intervenciones para el sostenimiento de la vida a fin de mantenerme con vida.

Parte 3

Es posible que se sienta incómodo al elegir sus **preferencias de atención médica**, pero hacerlo mientras está sano le permite expresarse para el momento en que quizá ya no pueda hacerlo.

Este documento representa mis preferencias de atención médica:

Si no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica y es necesario que reciba intervenciones para el sostenimiento de la vida a fin de mantenerme con vida, solicito que mi representante para la atención médica represente mis preferencias de atención médica que se describen a continuación.

Sé que las decisiones se tomarán junto con mis médicos y mi equipo de atención, quienes considerarán mis valores y creencias, mis preferencias de atención médica y mi condición médica en el momento que sea necesario tomar las decisiones.

Nota: Si registra sus preferencias de atención médica en estas instrucciones, su representante para la atención médica y sus médicos podrán tomar decisiones con base en lo que escriba, en lugar de imaginar, suponer o tratar de recordar. Hable con su representante y sus médicos sobre sus preferencias, sus valores y creencias.

¿Cuáles son las intervenciones para el sostenimiento de la vida?

Las intervenciones para el sostenimiento de la vida incluyen cualquier procedimiento médico, dispositivo o medicamento que pueda utilizarse para prolongar mi vida.

Estas intervenciones pueden o no funcionar y no tratan la condición subyacente o la causa de la enfermedad.

Las intervenciones para el sostenimiento de la vida incluyen lo siguiente:

- **Reanimación cardiopulmonar (RCP):** un intento por reanimar el corazón con compresiones en el pecho si se detienen su corazón y respiración.
- **Respirador artificial:** un aparato que respira por usted cuando sus pulmones no están funcionando. Se introduce un tubo por la boca o a través de una incisión en el cuello hacia la vía respiratoria. El tubo se conecta al aparato.
- **Alimentación parenteral:** también conocida como nutrición artificial, es un tratamiento médico que proporciona alimento líquido (nutrición) al cuerpo. Esto se realiza cuando una persona no puede comer lo suficiente por la boca o tiene problemas al tragar.
- **Diálisis:** un aparato que elimina los desechos de la sangre si sus riñones no están funcionando.
- **Transfusiones de sangre o uso de productos derivados de la sangre para los tratamientos:** el proceso de transferir sangre o productos derivados de la sangre a su cuerpo a través de un tubo angosto colocado en una vena del brazo.

Comparta sus valores y preferencias de atención médica con su representante. Hablen sobre por qué sus elecciones son importantes para usted. **Asegúrese de que respetará sus deseos, incluso si son diferentes de los propios.**

Ahora que conoce las intervenciones para el sostenimiento de la vida, considere lo siguiente (seleccione a continuación todas las facultades que desee).

A. Rechazaría o detendría las intervenciones para el sostenimiento de la vida si fuera incapaz de:

(A. I would decline or stop life sustaining interventions if I was not able to:)

- Tomar mis propias decisiones.
(Make my own decisions)
- Comunicarme con claridad.
(Communicate meaningfully)
- Reconocer a mis amigos y familia.
(Recognize friends and family)
- Alimentarme sin ayuda o con alimentación parenteral.
(Feed myself without assistance or tube feeding)
- Hacerme cargo de mi propia higiene (bañarme, vestirme solo).
(Take care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- Interactuar con la comunidad.
(Engage with the community)

Con base en sus respuestas anteriores, considere lo siguiente mientras elige sus preferencias de atención médica a continuación:

Le están pidiendo a mi representante para la atención médica que tome decisiones médicas por mí porque un evento médico, una enfermedad o una lesión importantes hizo que fuera incapaz de tomar mis propias decisiones y es necesario que reciba las intervenciones para el sostenimiento de la vida a fin de mantenerme con vida. Las intervenciones para el sostenimiento de la vida incluyen: RCP, respirador artificial, alimentación parenteral, diálisis, transfusiones de sangre o de productos derivados de la sangre, etc.

(My health care agent is being asked to make medical decisions for me because a serious medical event, illness, or injury has left me unable to make my own decisions and life sustaining interventions are needed to keep me alive. Life sustaining interventions include: CPR, ventilator, tube feeding, dialysis, blood transfusions or blood products, etc.)

En la situación descrita, podría no tener la capacidad de reconocerse a sí mismo ni a sus seres queridos. Los médicos le dijeron a su representante o familia que **no hay probabilidades de que recupere estas capacidades.**

B. Tengo demencia avanzada o daño cerebral grave sin probabilidades de que mejore. No puedo desempeñarme de una manera aceptable para mí.

(B. I have advanced dementia or severe brain damage that is not expected to get better. I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

De acuerdo con **mis valores y creencias:**

(Based on my **values and beliefs:**)

..... **No deseo ninguna intervención para el sostenimiento de la vida.**

Detendría o no comenzaría con las intervenciones para el sostenimiento de la vida.

(I do not want any life-sustaining interventions. I would either stop or not start life sustaining interventions.)

..... **Quisiera que comenzaran o continuaran las intervenciones**

para el sostenimiento de la vida, mientras sea adecuado desde el punto de vista médico.

(I would want life-sustaining interventions to start or continue, as long as medically appropriate.)

..... **Deseo una prueba limitada de las intervenciones para el**

sostenimiento de la vida, mientras sea adecuado desde el punto de vista médico. Por lo general, una prueba dura menos de dos semanas.

(I want a limited trial of life-sustaining interventions, as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

*Mis preferencias para un periodo de prueba son... porque...
(My preferences for a trial period are...because...)*

Ejemplos de enfermedades progresivas graves pueden incluir enfermedades cardíacas, renales y pulmonares.

C. Tengo una enfermedad progresiva grave que se aproxima a su etapa final. No puedo desempeñarme de una manera aceptable para mí.

(C. I have a serious, progressing illness that is nearing its final stage.
I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

De acuerdo con **mis valores y creencias:**

(Based on **my values and beliefs:**)

..... **No deseo ninguna intervención para el sostenimiento de la vida.**
Detendría o no comenzaría con las intervenciones para el sostenimiento de la vida.

(I do not want any life-sustaining interventions. I would either stop or not start life sustaining interventions.)

..... **Quisiera que comenzaran o continuaran las intervenciones para el sostenimiento de la vida,** mientras sea adecuado desde el punto de vista médico.

(I would want life-sustaining interventions to start or continue, as long as medically appropriate.)

..... **Deseo una prueba limitada de las intervenciones para el sostenimiento de la vida,** mientras sea adecuado desde el punto de vista médico. Por lo general, una prueba dura menos de dos semanas.

(I want a limited trial of life-sustaining interventions, as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

Mis preferencias para un periodo de prueba son... porque...
(My preferences for a trial period are...because...)

Nombre completo (Full Name): _____

N.º de historia clínica (Medical Record #): _____

Solo conteste si esto es relevante para usted.

Si deseo agregar alguna preferencia de atención médica adicional o deseo limitar cualquier intervención para el sostenimiento de la vida debido a mis creencias culturales, religiosas o personales, escribiré estas limitaciones en el siguiente espacio.

(If I want add any additional health care preferences, or if I wish to limit any life sustaining interventions because of my cultural, religious, or personal beliefs, I will write these limitation[s] in the space below.)

Deseo... porque...
I want...because...

[Opcional] Decisión de rechazar un tratamiento médico específico.

Escriba sus iniciales si desea rechazar el tratamiento de transfusiones de sangre o de productos derivados de la sangre (seleccione la opción correcta para usted).

(Initial below if you want to decline blood transfusions or blood products for treatment [select the option that is true for you].)

..... **RECHAZO las transfusiones de sangre o de productos derivados de la sangre y llenaré el formulario de Declaración sanguínea de Kaiser Permanente.**

(I DECLINE blood transfusions or blood products and will fill out the Kaiser Permanente Blood Declaration form.)

..... **RECHAZO las transfusiones de sangre o de productos derivados de la sangre y completé un formulario de Declaración sanguínea de Kaiser Permanente.**

(I DECLINE blood transfusions or blood products and I have completed a Kaiser Permanente Blood Declaration form.)

¿Necesito otro formulario?

Si actualmente tiene una enfermedad progresiva grave que se aproxima a su etapa final, hable con su médico o equipo de atención médica sobre el llenado del documento de Órdenes médicas para el tratamiento de conservación de la vida (Physician Orders for Life Sustaining Treatment, POLST).

Preferencias después del fallecimiento

Esta sección le permite registrar sus preferencias sobre cómo desea que se trate su cuerpo después del fallecimiento y cuáles son sus deseos para su funeral, ceremonia de conmemoración o entierro. También puede registrar sus preferencias para la donación de órganos.

Parte 4

Registrar sus **Preferencias después del fallecimiento** podría resultar difícil, pero le ayudará a sus seres queridos a seguir sus deseos durante un momento emocional.

Si registra sus preferencias sobre qué pasará cuando fallezca y después, ayudará a sus seres más cercanos a respetar lo más importante para usted. Tómese un tiempo para reflexionar sobre estas declaraciones y, si es de ayuda, consulte de nuevo la **Parte 2: Mis valores y creencias**.

Recuerde: Si tiene dificultades o no tiene todas las respuestas, registre lo que sabe y siga avanzando.

1. Si me encuentro al final de mi vida, deseo que mis seres queridos sepan que quisiera lo siguiente a mi alrededor (por ejemplo, rituales, apoyo espiritual, personas, música, comida, mascotas, etc.):

(1. If I am at the end of my life, I want my loved ones to know that I would like the following around me [for example, rituals, spiritual support, people, music, food, pets, etc.])

Mis preferencias son...
(My preferences are...)

Nombre completo (Full Name): _____

N.º de historia clínica (Medical Record #): _____

Por favor, también incluya cualquier acuerdo previo (como funeraria, cementerio, donación de su cuerpo a la ciencia) que haya hecho.

2. Después de fallecer, mis preferencias sobre cómo deseo que se trate mi cuerpo (funeral, ceremonia de conmemoración, entierro o cualquier otra tradición religiosa o espiritual) son las siguientes:

(2. After death, my preferences for how I want my body to be treated [funeral, memorial, burial, or any other religious or spiritual traditions] are listed below.)

Mis preferencias son...
(My preferences are...)

Preferencias para la donación de órganos, tejidos y partes del cuerpo.

Elija **una** opción para la donación de órganos.

3. Cuando fallezca, deseo donar mis órganos, tejidos y partes del cuerpo.
(3. Upon my death, I want to donate my organs, tissues, and/or body parts.)

- Sí**
(Yes)

Al marcar la casilla de arriba y sin importar mi elección en la **Parte 3: Cómo elegir mis preferencias de atención médica para el final de la vida**, autorizo que mi representante para la atención médica permita cualquier procedimiento médico temporal necesario solo para evaluar o mantener mis órganos, tejidos o partes para fines de donación.

(By checking the box above, and regardless of my choice in **Part 3: Choosing My Health Care Preferences for End of Life**, I authorize my health care agent to consent to any temporary medical procedure necessary solely to evaluate and/or maintain my organs, tissues, and/or parts for purposes of donation.)

Elija **todas** las opciones que correspondan:
(Choose as many options as applies:)

Deseo donar mis órganos, tejidos o partes del cuerpo para los siguientes fines:

(I want to donate my organs for the following purposes:)

- Trasplante**
(Transplant)
- Terapia**
(Therapy)
- Investigación**
(Research)
- Educación**
(Education)

Deseo restringir mi donación de órganos, tejidos o partes del cuerpo como lo indico a continuación:

(I want to restrict my donation of organs, tissues, and/or body parts as indicated below:)

Quisiera restringir...
(I would like to restrict...)

- No**
(No)
- No estoy seguro**
(I'm not sure)

Nombre completo (Full Name): _____

N.º de historia clínica (Medical Record #): _____

Si deajo en blanco esta parte, no es una negación a donar mis órganos, tejidos o partes del cuerpo.

(If I leave this part blank, it is not a refusal to donate my organs.)

Debe cumplirse mi registro de donante autorizado por el estado, o, si no tengo, mi encargado de tomar decisiones reconocido legalmente y que indiqué en la Parte 1 puede hacer una donación tras mi fallecimiento. Si no se nombró un representante para la atención médica, reconozco que la ley de California permite que una persona autorizada tome esta decisión en mi nombre.

(My state-authorized donor registration should be followed, or, if none, my legally recognized decision maker listed in Part 1 may make a donation upon my death. If no health care agent is named, I acknowledge that California law permits an authorized individual to make such a decision on my behalf.)

Cómo validar legalmente este documento (Making This Document Legally Valid)

Esta sección valida legalmente sus Instrucciones médicas anticipadas en el estado de California. Para que el documento sea válido legalmente, **(1) debe firmarlo Y (2) debe estar firmado por dos testigos O certificado ante un fedatario (notary public).**

Parte 5

El seguimiento de los requisitos legales garantiza la validez de todo el trabajo y la reflexión que puso en estas AHCD. Recuerde, si desea cambiar algo más adelante, solo llene otras AHCD.

Firme al final de esta página Y elija UNA de las siguientes opciones para hacer válido legalmente este documento en el Estado de California:

DOS TESTIGOS

- Uno de sus testigos **no puede estar relacionado con usted (por un vínculo de sangre, matrimonio o adopción)** ni tener derecho a ninguna porción de su patrimonio.
- Sus **representantes principal y suplentes para la atención médica (encargados de tomar decisiones) NO pueden firmar** como testigos.
- Su **proveedor de atención médica o un empleado de su proveedor de atención médica NO PUEDE firmar** como testigo.
- Cuando esté con sus testigos, firme o reconozca su firma.
- Los testigos firmarán en la página 17.

O

NOTARY PUBLIC

- **NO** firme este documento, a menos que esté ante un Notary Public.
- El Notary Public firmará en la página 18.

Su firma aquí.

¡Continúe!
Para que este documento sea válido legalmente en el estado de California, **también necesita testigos o certificarlo ante un Notary Public.**

Mi firma

(My Signature)

Mi nombre en letra de imprenta
(My name printed)

Mi firma
(My Signature)

Fecha
(Date)

Si está incapacitado físicamente para firmar, cualquier marca que usted asigne como su firma es aceptable.

(If you are physically unable to sign, any mark you make that you intend to be your signature is acceptable.)

Nombre completo (Full Name): _____

N.º de historia clínica (Medical Record #): _____

La elección de
DOS TESTIGOS.

Elige a DOS TESTIGOS para hacer válido legalmente este documento en California.

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS: Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de California: (1) que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció estas Instrucciones médicas anticipadas, o que se me presentaron pruebas convincentes de su identidad, (2) que la persona firmó o reconoció estas Instrucciones médicas anticipadas ante mí, (3) que la persona parece estar en su sano juicio y libre de coerción, fraude o influencias indebidas, (4) que no soy una persona designada como representante por estas Instrucciones médicas anticipadas, y (5) que no soy el proveedor de atención médica de la persona, un empleado del proveedor de atención médica de la persona, el operador de un centro de atención comunitario, un empleado de un operador de un centro de atención comunitario, el operador de un centro de atención residencial para personas de la tercera edad ni un empleado de un operador de un centro de atención residencial para personas de la tercera edad.

Firma del testigo
número uno.

**Testigo número uno:
(Witness number one:)**

*Nombre
(Name)*

*Dirección
(Address)*

*Firma
(Signature)*

*Fecha
(Date)*

Recuerde, su
representante
para la atención
médica no
puede ser un
testigo.

Firma del testigo
número dos.

**Testigo número dos:
(Witness number two:)**

*Nombre
(Name)*

*Dirección
(Address)*

*Firma
(Signature)*

*Fecha
(Date)*

Nombre completo (Full Name): _____

N.º de historia clínica (Medical Record #): _____

Legalmente, uno de sus testigos no puede estar relacionado con usted.

Declaración adicional de los testigos: Al menos uno de los testigos anteriores debe firmar también la siguiente declaración: **Además, declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de California,** que no tengo una relación de sangre, matrimonio o adopción con la persona que ejecuta estas Instrucciones médicas anticipadas y que, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a ninguna porción del patrimonio de la persona después de su fallecimiento en un testamento vigente o por derecho legal.

(Additional Statement of Witnesses: At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: **I further declare under penalty of perjury under the laws of California** that I am not related to the individual executing this Advance Health Care Directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.)

Firma
(Signature)

Fecha
(Date)

Solo firme si esto es relevante para usted.

Requisito especial para testigos

(Special Witness Requirement)

Si usted es paciente en un centro de enfermería especializada, el defensor de los derechos del paciente o el defensor general de los derechos del paciente debe firmar la siguiente declaración.

(If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement.)

DECLARACIÓN DEL DEFENSOR DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE O DEL DEFENSOR GENERAL DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE:

Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de California, que soy un defensor de los derechos del paciente o un defensor general de los derechos del paciente, como lo designa el Departamento Estatal de la Vejez, y que asumo la función de testigo, como lo exige la Sección 4675 del Código Testamentario de California.

(STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN: I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or an ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the California Probate Code.)

Firma
(Signature)

Fecha
(Date)

Nombre completo (Full Name): _____

N.º de historia clínica (Medical Record #): _____

La elección de un
NOTARY PUBLIC.

Elijo un FEDATARIO en lugar de dos testigos.

ACKNOWLEDGMENT

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.

State of California,
County of _____

On _____ before me, _____
(insert name and title of the officer)

personally appeared _____
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 _____ (Seal)

**¡Felicidades!
Ya casi termina.**

Estas son algunas cosas más que debe atender para terminar con el proceso.

Próximos pasos (Next Steps)

Ahora que ha completado sus Instrucciones médicas anticipadas (AHCD), utilice esta lista de verificación para asegurarse de seguir estos últimos pasos.

Entregue copias de sus AHCD

- A su **representante para la atención médica** (encargado de tomar decisiones) y a sus representantes suplentes.
- **Llévelas a su próxima cita programada, O**
Envíe una copia por correo a: Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805, **O**
Por correo electrónico: SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org
- Conserve **el original**.

Hable sobre sus AHCD

- **Hable con su representante para la atención médica (encargado de tomar decisiones)** sobre sus valores, creencias y sus preferencias de atención médica. Utilice sus AHCD como guía de la conversación y asegúrese de que su representante se sienta capaz de desempeñar esta función.
- **Asegúrese de informar a sus seres queridos, familia o amigos cercanos** a quién escogió como su representante para la atención médica, cuáles son sus preferencias de atención médica y por qué.

Lleve sus AHCD con usted.

- Si va a un hospital u hogar para ancianos, lleve una copia de sus AHCD y pida que las coloquen en su historia clínica.

Revise sus AHCD regularmente.

Revise sus AHCD siempre que ocurra algo de lo siguiente:

Década: cuando inicie una nueva década de su vida.

Fallecimiento: siempre que experimente el fallecimiento de un ser querido.

Divorcio/matrimonio: si se divorcia, casa o tiene un cambio familiar importante.

Diagnóstico: si le diagnostican una condición de salud grave.

Deterioro: cuando experimente un deterioro significativo de una condición de salud existente, en especial si no puede vivir solo.

Recuerde: Puede cancelar o cambiar CUALQUIER preferencia en sus AHCD en cualquier momento. Debido a que las cosas cambian en su vida y con su salud, puede cambiar a sus representantes para la atención médica (encargado de tomar decisiones) y sus preferencias médicas. Debe hacerlo por escrito y firmar el nuevo documento, o puede informarlo a su proveedor de atención médica en persona.



Esta información no pretende diagnosticar problemas de salud ni sustituir los consejos médicos ni el cuidado que usted recibe de su médico o de otro profesional de la salud. Si tiene problemas de salud persistentes o alguna pregunta adicional, consulte a su médico.

Desarrollado por Spark, un equipo de innovación de KPIT, en colaboración con el equipo regional de Planificación para el Cuidado de la Vida.

Agradecimientos especiales a Bioethics, SCPMG Legal y otros contribuidores clave para esta guía.

© Southern California Permanente Medical Group.

All rights reserved.

Todos los derechos reservados.

SCAL-LCP 032S (07/21)

kp.org/lifecareplan