

Instrucciones anticipadas

WASHINGTON



PLANIFICACIÓN PARA EL CUIDADO de la vida

mis valores, mis elecciones, mi atención

kp.org/lifecareplan (cambie el idioma a español)



Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.
500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232.

Contenido

Este folleto le indicará cómo planificar las decisiones de atención médica en caso de que se enferme gravemente y no pueda hablar por cuenta propia.

Instrucciones anticipadas sobre atención médica	3
PARTE 1: Tomar sus propias decisiones de atención médica	4
Decisión sobre la donación de órganos	5
PARTE 2: Elegir un agente de atención médica (poder notarial para la atención médica)	6
PARTE 3: Crear <i>Instrucciones sobre atención médica</i> (<i>Testamento vital</i>)	7
PARTE 4: Compartir sus formularios de instrucciones anticipadas	7
PARTE 5: Recursos que podrían ser útiles al preparar sus formularios de instrucciones anticipadas	8
 <i>Poder notarial para la atención médica</i>	Apéndice 1.1
<i>Instrucciones sobre atención médica (Testamento vital)</i>	Apéndice 2.1

Instrucciones anticipadas sobre atención médica

Cualquier persona, a cualquier edad, puede tener una enfermedad o un accidente grave. La planificación anticipada para el cuidado puede ayudarle a documentar las decisiones sobre su atención médica en caso de que se enferme o se lesione y no pueda hablar por sí mismo.

La preparación de instrucciones anticipadas sobre atención médica es una de las mejores formas de asegurarse de que su familia, amigos y proveedores de cuidado de salud conozcan sus decisiones al respecto. Las instrucciones anticipadas sobre atención médica incluyen los siguientes formularios:

- *Poder notarial para la atención médica*
- *Instrucciones sobre atención médica (Testamento vital)*
- Tarjeta de donador de órganos

La información y los formularios de este folleto pueden ayudarle a pensar en las opciones que tiene y preparar sus instrucciones anticipadas. Puede completar todos los formularios o solo las partes que quiera. Si tiene alguna pregunta, hable con su proveedor de atención médica, trabajadores sociales, familiares o amigos.

En este folleto, se incluye la siguiente información:

Parte 1: Tomar sus propias decisiones de atención médica

Aprenda sobre las decisiones de atención médica que podría enfrentar y conozca sus propios pensamientos y sentimientos para empezar a planificar. Hacer planes de antemano puede ayudar a su proveedor de atención médica, su familia u otras personas a comprender el tratamiento que usted querría o el tratamiento que sería mejor para usted si no pudiera hablar por sí mismo.

Parte 2: Elegir un agente de atención médica

Cuando elige un agente de atención médica, le otorga a otra persona un poder notarial para la atención médica. Esto significa que la persona que nombre como su agente de atención médica está autorizada a tomar decisiones médicas por usted en caso de que usted no pueda tomarlas por cuenta propia. La firma de un poder notarial para la atención médica no elimina su capacidad de tomar sus propias decisiones, a menos que no pueda hablar por sí mismo.

Parte 3: Crear *Instrucciones sobre atención médica (Testamento vital)*

Cuando crea *Instrucciones sobre atención médica*, lo que también se conoce como *Testamento vital*, elige el tratamiento que quiere en caso de una enfermedad terminal o una pérdida permanente del conocimiento. Su *Testamento vital* les permite a los demás saber que desea morir de forma natural y no recibir un tratamiento que prolongará artificialmente el proceso. Este formulario también les permite saber si desea recibir nutrición e hidratación artificiales.

Parte 4: Compartir sus formularios de instrucciones anticipadas

Una vez que haya completado los formularios que quiera, comparta la información con su proveedor de atención médica, familiares y amigos. Entregue una copia a su proveedor de atención médica y a las personas que necesiten conocer esta información en caso de que le suceda algo. Conserve los formularios originales y envíe copias a Kaiser Permanente.

Parte 5: Consultar recursos

Encontrará recursos adicionales que pueden ayudarle a preparar formularios de instrucciones anticipadas.

PARTE 1: Tomar sus propias decisiones de atención médica

La siguiente lista de verificación puede ayudarle a pensar en el tratamiento que quiere recibir en caso de una enfermedad o un accidente grave. Después de repasarla, llene y firme los 2 formularios de este folleto: *Poder notarial para la atención médica e Instrucciones sobre atención médica (Testamento vital)*.

Piense en lo que hace que vivir su vida valga la pena. Ponga una "X" junto a las afirmaciones con las que esté más de acuerdo:

Mi vida solo vale la pena si puedo:

- Hablar con familiares y amigos
- Despertar de un coma
- Alimentarme, bañarme y cuidar de mí mismo
- Vivir sin dolor
- Vivir sin estar conectado a máquinas

Siempre vale la pena vivir mi vida, no importa la gravedad de la enfermedad.

- Sí
- No

Si me estoy muriendo, para mí es importante estar:

- En el hogar
- En el hospital

La religión o la espiritualidad son importantes para mí.

- Sí
- No

Quiero que mi proveedor de atención médica conozca la siguiente información sobre mis creencias religiosas o espirituales:

El tratamiento de soporte vital es la atención médica que puede ayudarle a vivir más tiempo. Puede incluir cirugía, medicamentos o cualquiera de los siguientes procedimientos:

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Transfusiones de sangre<ul style="list-style-type: none">– Una transfusión de sangre se usa para reemplazar la sangre que podría perderse a causa de una cirugía, una lesión o una enfermedad.• Máquina para respirar o respirador<ul style="list-style-type: none">– Esta máquina bombea aire a los pulmones y respira por usted cuando no puede hacerlo por cuenta propia. | <ul style="list-style-type: none">• Reanimación cardiopulmonar (RCP)
La RCP puede implicar lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">– Presionar con fuerza el pecho para mantener el flujo sanguíneo– Utilizar descargas eléctricas para reiniciar el corazón– Administrar medicamentos por vía intravenosa | <ul style="list-style-type: none">• Diálisis<ul style="list-style-type: none">– La diálisis utiliza una máquina para limpiar la sangre en caso de que los riñones dejen de funcionar.• Tubo de alimentación<ul style="list-style-type: none">– Se introduce un tubo de alimentación por la garganta que llega al estómago para alimentarle si no puede tragar. |
|---|---|---|

Ponga una "X" junto a las afirmaciones con las que esté más de acuerdo:

Si estuviera tan enfermo que podría morir pronto:

- Prueben todos los tratamientos de soporte vital que mi proveedor de atención médica crea que podrían servir. Si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de que mejore, quiero seguir conectado a las máquinas de soporte vital.
- Prueben todos los tratamientos de soporte vital que mi proveedor de atención médica crea que podrían servir. Si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de que mejore, no quiero seguir conectado a las máquinas de soporte vital.
- Prueben alguno o todos los siguientes tratamientos de soporte vital que mis proveedores de atención médica crean que podrían servir:
 - RCP
 - Máquina para respirar o respirador
 - Diálisis
 - Tubo de alimentación
 - Transfusiones de sangre
 - Medicamentos
 - Otros tratamientos: _____
- No quiero recibir ningún tratamiento de soporte vital.
- Quiero que mi agente de atención médica decida en mi nombre.

Decisión sobre la donación de órganos

La donación de órganos puede ayudar a salvar vidas. Los órganos y los tejidos, incluidos los ojos, los riñones, el corazón, las válvulas cardíacas, el hígado, los huesos, los pulmones y la piel, pueden ser utilizados por otras personas que podrían necesitarlos para mantenerse con vida. Los órganos y los tejidos también pueden utilizarse con fines de investigación.

Ponga una "X" junto a las afirmaciones con las que esté más de acuerdo:

- Quiero donar mis órganos

¿Qué órganos quiere donar?

- Todos los órganos
- Solo estos órganos: _____
- No quiero donar mis órganos
- Quiero que mi agente de atención médica decida

Si quiere donar sus órganos, debe firmar una tarjeta de donador de órganos.

Hay dos maneras de hacer esto:

- Llame a la línea sin costo de LifeCenter Northwest al 1-877-275-5269 y solicite una tarjeta de donador de órganos.
- Informe al Departamento de Licencias (Department of Licensing, DOL) que quiere ser donador de órganos en el momento de solicitar una licencia de conducir, un permiso de aprendiz o una tarjeta de identificación estatal.

¿Hay algo más que su proveedor de atención médica, su familia u otras personas deban saber sobre el cuidado de salud que quiere recibir si se enferma o se lesiona y no puede hablar por cuenta propia?

PARTE 2: Elegir un agente de atención médica (poder notarial para la atención médica)

Su agente de atención médica es la persona que usted elije para que tome decisiones médicas por usted, en caso de que no pueda tomarlas por cuenta propia. Autoriza a esta persona a tomar decisiones sobre su atención médica con sus proveedores.

¿A quién puedo elegir para que sea mi agente de atención médica?

Puede elegir a cualquier familiar o amigo que cumpla estos requisitos:

- Sea mayor de 18 años.
- Pueda estar disponible cuando le necesite.
- Sea alguien en quien confíe que hará lo mejor por usted.
- Pueda informar a sus médicos sobre las decisiones que tomó acerca de su atención médica.

No puede elegir a su proveedor de atención médica ni a una persona que trabaje en el hospital, centro de adultos mayores, centro de vida asistida o clínica a la que asista para que sea su agente de atención médica, a menos que esa persona sea un familiar.

¿Qué pasaría si no eligiera un agente de atención médica?

Si no puede tomar decisiones médicas por cuenta propia y no ha elegido un agente de atención médica, la ley del estado de Washington establece que sus médicos deben pedir el consentimiento de las personas de las siguientes categorías, en el orden que se indica a continuación:

- Tutor legal designado por el tribunal, si tiene uno
- La persona nombrada en el formulario de *Poder notarial para la atención médica*, si tiene uno
- Cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado de Washington
- Hijos adultos del paciente (todos deben estar de acuerdo)
- Padres del paciente (todos deben estar de acuerdo)
- Hermanos adultos del paciente (todos deben estar de acuerdo)
- Nietos adultos del paciente (todos deben estar de acuerdo)

- Sobrinas y sobrinos adultos del paciente (todos deben estar de acuerdo)
- Tías y tíos adultos del paciente (todos deben estar de acuerdo)
- Cualquier adulto que cumpla con los criterios descritos en el artículo 7.70.065 del Código Revisado de Washington (Revised Code of Washington, RCW)

¿Qué tipo de decisiones puede tomar mi agente de atención médica?

Su agente de atención médica puede tomar decisiones sobre lo siguiente:

- Los medicamentos o las pruebas que podría recibir
- Lo que sucederá con sus órganos después de su muerte
- Seguir los consejos de sus proveedores de atención médica y trabajadores sociales
- Los hospitales o las clínicas en los que permanecerá
- Los tratamientos de soporte vital que puede recibir o no, incluidos los siguientes:
 - RCP
 - Máquina para respirar o respirador
 - Diálisis
 - Tubo de alimentación
 - Transfusiones de sangre
 - Medicamentos
 - Otros tratamientos

¿Cómo puedo hacer oficial mi decisión?

Una vez que haya elegido a su agente de atención médica, llene y firme el formulario de *Poder notarial para la atención médica* que se encuentra en el [Apéndice 1](#) de este folleto. Las instrucciones para llenar el formulario se incluyen en la [PARTE 4: Compartir sus formularios de instrucciones anticipadas](#).

¿Tengo que certificar el formulario?

Los residentes de Washington deben certificar la firma del formulario de *Poder notarial para la atención médica*, ya sea con 2 testigos O con un escribano público.

Consulte los requisitos de testificación que se incluyen en el formulario de *Poder notarial para la atención médica* en el [Apéndice 1](#).

PARTE 3: Crear *Instrucciones sobre atención médica (Testamento vital)*

Además de hablar con sus proveedores de atención médica, familiares y amigos, debe expresar sus deseos por escrito. Uno de los documentos que puede utilizar es el *Testamento vital*, también conocido como *Instrucciones sobre atención médica* o *Instrucciones para médicos*.

El *Testamento vital* es una guía para los médicos y las familias que indica la decisión de una persona de rechazar el tratamiento médico de soporte vital si tiene una enfermedad terminal o una enfermedad o lesión que la deja permanentemente inconsciente. Las instrucciones le permiten a su médico continuar o suspender el tratamiento de soporte vital. Seguirá recibiendo cuidados paliativos.

El derecho a crear un *Testamento vital* está establecido en la Ley de Muerte Natural del estado de Washington.

Para crear las *Instrucciones sobre atención médica (Testamento vital)*, llene el formulario en el **Apéndice 2** de este folleto. Las instrucciones para llenar el formulario se incluyen en la **PARTE 4: Compartir sus formularios de instrucciones anticipadas**.

¿Tengo que certificar el formulario?

Los residentes de Washington deben certificar la firma del formulario de *Instrucciones sobre atención médica (Testamento vital)* ya sea con 2 testigos O con un escribano público.

Consulte los requisitos de testificación que se incluyen en el formulario de *Instrucciones sobre atención médica (Testamento vital)* en el **Apéndice 2**.

PARTE 4: Compartir sus formularios de instrucciones anticipadas

Una vez que se llenan y se firman correctamente o se certifican, los formularios de *Instrucciones sobre atención médica (Testamento vital)* y *Poder notarial para la atención médica* son documentos legales.

Conserve los archivos originales para sus registros. Haga copias para sus familiares u otras personas a quienes podrían llamar para que tomen decisiones en su nombre, incluido su agente de atención médica y su abogado personal.

Además, debe asegurarse de que los formularios estén incluidos en su historia clínica de Kaiser Permanente. Puede hacer esto de las siguientes maneras:

- Envíe por correo postal una (1) copia de cada formulario a:

Kaiser Permanente Medical Records –
Advance Directive
500 NE Multnomah St.
Floor 11
Portland, OR 97232

O BIEN

- Envíelos por correo postal a:
nw-med-rec@kp.org, por fax a: **1-866-248-9695**
o a través de kp.org/espanol; vaya a la sección "Medical Records" (Historias clínicas) y seleccione el mosaico "Life Care Planning" (Planificación para el cuidado de la vida).

O BIEN

- Entréguele copias a su equipo de atención médica.

Una vez que los formularios estén en su historia clínica, los médicos de Kaiser Permanente tendrán acceso a ellos las 24 horas.

Tomar decisiones que no se incluyen en los formularios

Si desea tomar decisiones sobre su atención médica que no están incluidas en los formularios:

- Escriba sus elecciones en una hoja de papel.
- Guarde esos documentos con sus otros formularios de instrucciones anticipadas.
- Comparta sus elecciones con las personas que le cuidan.

Editar o actualizar sus formularios

Si quiere hacer cambios en sus instrucciones anticipadas, dígaselo primero a las personas que le cuidan. Luego, una vez que haya realizado los cambios en los formularios, distribuya copias a su agente de atención médica, a sus familiares y seres queridos, y a Kaiser Permanente, tal como lo hizo la primera vez. Solicite que se destruyan las versiones anteriores.

PARTE 5: Recursos que podrían ser útiles al preparar sus formularios de instrucciones anticipadas

Clase “Planificación para el cuidado de la vida” (Life Care Planning) de Kaiser Permanente Northwest

1-866-301-3866 (línea sin costo)

Ofrece talleres de 2 horas sin costo sobre las instrucciones anticipadas.

Asociación Médica del Estado de Washington

206-441-9762 (área de Seattle)

1-800-552-0612

Ofrece formularios de *Poder notarial para la atención médica* e *Instrucciones sobre atención médica (Testamento vital)*.

LifeCenter Northwest

1-877-275-5269

lcnw.org

Proporciona información sobre la donación de órganos y tejidos.

Referencia de abogados de la Asociación de Abogados del Estado de Washington

1-800-945-9722

Puede proporcionar el número del servicio de referencia de abogados más cercano en su área.

Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington

dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/legal-planning

Ofrece información y recursos sobre instrucciones anticipadas.

PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Estas instrucciones anticipadas, el *Poder notarial para la atención médica*, le permiten nombrar a la persona que tomará las decisiones de atención médica por usted cuando usted no puede tomarlas por cuenta propia. Esta persona es el agente de atención médica. Este formulario cumple con los requisitos de la ley del estado de Washington.

Mi información:

Nombre completo: _____ Número de historia clínica: _____

Fecha de nacimiento: / /
 (mm/dd/aaaa)

MIS AGENTES DE ATENCIÓN MÉDICA

La persona que designo como mi agente de atención médica es:

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: / /

Dirección, ciudad, estado, código postal: Teléfono:

En el caso de que la persona mencionada anteriormente no pueda o no quiera serlo, o si no pueden comunicarse con dicha persona tras realizar un esfuerzo razonable, otorgo estos poderes al siguiente agente de atención médica calificado que se indica a continuación:

Primer suplente

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: / /

Dirección, ciudad, estado, código postal: Teléfono:

Segundo suplente

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: / /

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Declaración de autoridad y poderes generales de mi agente de atención médica: Mi agente de atención médica está específicamente autorizado para dar consentimiento para el tratamiento de atención médica cuando no pueda tomar mis propias decisiones. Mi agente de atención médica está autorizado a cumplir mis deseos con respecto a los tratamientos de soporte vital, como el tubo de alimentación, la RCP, la máquina para respirar y la diálisis renal. Esto incluye el consentimiento para iniciar, continuar o interrumpir un tratamiento médico. Este documento le otorga a la persona que usted designe como su agente de atención médica el poder de tomar decisiones de atención médica por usted y entra en vigor solo cuando usted pierde la capacidad de tomar decisiones informadas sobre la atención médica por cuenta propia. Siempre que tenga la capacidad de tomar decisiones de atención médica informadas por cuenta propia, conserva el derecho a tomar todas las decisiones médicas y de otro tipo. Sus deseos sobre el tratamiento médico pueden adjuntarse a este formulario. Si así lo quiere, puede incluir limitaciones específicas sobre la autoridad del agente de atención médica para tomar decisiones de atención médica en este documento.

Doy fe de lo siguiente: Entiendo la importancia y el significado de este *Poder notarial para la atención médica (Durable Power of Attorney for Health Care, DPOA-HC)*. Este formulario refleja mis elecciones con respecto al agente de atención médica. He completado este formulario de manera voluntaria. Estoy pensando con claridad. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento. Entiendo que puedo reemplazar este formulario en cualquier momento por otro que revocará cualquier *DPOA-HC* anterior.

Nombre completo:

Número de historia clínica:

Fecha de nacimiento: / /

Quiero que este *DPOA-HC* entre en vigencia si un médico o la persona designada por mí determina que no tengo la capacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica. Estas instrucciones estarán vigentes mientras dure mi incapacidad.

Dos testigos O un escribano deben verme firmar este formulario para que sea legalmente válido.

Mi firma:

Fecha:

REQUISITO DE TESTIGOS O ESCRIBANO

Sin las firmas de los testigos o la certificación de un escribano, este formulario no tiene validez legal.

Opción 1: Dos testigos

Requisitos de los testigos:

- Deben tener al menos 18 años y ser competentes.
- No pueden estar relacionados con usted o su agente de atención médica por sangre, matrimonio ni unión libre registrada en el estado.
- No pueden ser su proveedor de atención domiciliaria ni un proveedor de atención en un hogar familiar para adultos o un centro de atención a largo plazo donde vive.

Declaración del testigo: Declaro que cumplo con los requisitos para ser testigo.

Firma del **testigo 1:**

Fecha:

Nombre (en letra de imprenta):

Firma del **testigo 2:**

Fecha:

Nombre (en letra de imprenta):

Opción 2: Escribano

Estado de Washington)

)

Condado de _____)

)

Este registro fue reconocido ante mí el día _____ de _____

por (nombre de la persona):

Firma:

Cargo:

Exp.:

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

Este formulario legal es una de las tantas versiones disponibles públicamente. No pretende ser un consejo legal.
Si tiene preguntas o necesita ayuda, consulte a su asesor legal. (08-2021)

INSTRUCCIONES SOBRE ATENCIÓN MÉDICA (TESTAMENTO VITAL)

Nombre completo:

Número de historia clínica:

Fecha de nacimiento: / /

Instrucciones creadas el día _____ de _____ de _____.
(Año)

Yo, _____, en pleno uso de mis facultades y de manera voluntaria y deliberada, informo mi deseo de que mi muerte no se prolongue artificialmente en las circunstancias que se describen a continuación y declaro lo siguiente:

- (A) Si, en cualquier momento, tengo una condición médica incurable e irreversible certificada como "enfermedad terminal" por mi médico adjunto para la que la aplicación de un tratamiento de soporte vital solo serviría para prolongar el proceso de mi muerte, quiero que el tratamiento no se realice o se interrumpa y que se me permita morir naturalmente. Comprendo que una "condición terminal" es una condición médica incurable e irreversible ocasionada por una lesión o enfermedad que, según criterio médico, ocasionaría la muerte en un periodo razonable de acuerdo con los estándares médicos aceptados.
- (B) Si llego a entrar en un estado de coma irreversible, en un estado vegetativo persistente o en otra condición que me mantenga inconsciente permanentemente (con certificación de dos médicos, de los cuales uno considere que no tengo posibilidad razonable de recuperación), quiero que el tratamiento de soporte vital no se realice o se interrumpa.
- (C) Si me diagnostican una enfermedad terminal u otra condición que me mantenga inconsciente permanentemente, [elija una opción]:
_____ QUIERO que me administren nutrición e hidratación de manera artificial.
_____ NO QUIERO que me administren nutrición e hidratación de manera artificial.
Comprendo que la nutrición e hidratación que se administran de manera artificial representan un tratamiento de soporte vital en ciertas circunstancias. Solicito a todos los proveedores de atención médica que respeten mis deseos detallados en este documento.
- (D) Ante mi falta de capacidad para dar instrucciones sobre el uso de los procedimientos de soporte vital, es mi intención que estas instrucciones sean respetadas por mi familia, mis médicos y demás proveedores de atención médica como la expresión última de mi derecho final a negarme a tratamientos médicos y quirúrgicos. Cualquier persona designada para tomar estas decisiones por mí, ya sea a través de un poder legal o de otra manera, también debe respetar estas instrucciones. Acepto las consecuencias de este rechazo.
- (E) Si estoy embarazada y los médicos saben el diagnóstico, estas instrucciones no tendrán efecto ni vigencia durante el embarazo.
- (F) Comprendo en su totalidad la importancia de estas instrucciones y soy emocional y mentalmente competente para tomar las decisiones. También entiendo que puedo cambiar o anular estas instrucciones en cualquier momento.
- (G) También brindo las siguientes instrucciones adicionales sobre mi atención:

MI firma y las firmas del notario o los dos testigos se requieren en la próxima página

Nombre completo:

Número de historia clínica:

Fecha de nacimiento: / /

Dos testigos O un escribano deben verme firmar este formulario para que sea legalmente válido.

Mi firma:

Fecha:

REQUISITO DE TESTIGOS O ESCRIBANO

Sin las firmas de los testigos o la certificación de un escribano, este formulario no tiene validez legal.

Opción 1: Dos testigos

Requisitos de los testigos:

- Deben tener al menos 18 años y ser competentes.
- No pueden estar relacionados con usted o su agente de atención médica por sangre, matrimonio ni unión libre registrada en el estado.
- No pueden ser su proveedor de atención domiciliaria ni un proveedor de atención en un hogar familiar para adultos o un centro de atención a largo plazo donde vive.
- No pueden ser personas que tengan un reclamo sobre cualquier parte del patrimonio del declarante tras el fallecimiento del declarante en el momento de la ejecución de las instrucciones.

Declaración del testigo: Declaro que cumplo con los requisitos para ser testigo.

Firma del **testigo 1:**

Fecha:

Nombre (en letra de imprenta):

Firma del **testigo 2:**

Fecha:

Nombre (en letra de imprenta):

Opción 2: Escribano

Estado de Washington)

)

Condado de _____)

)

Este registro fue reconocido ante mí el día _____ de _____

por (nombre de la persona):

Firma:

Cargo:

Exp.:

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

Este formulario legal es una de las tantas versiones disponibles públicamente. No pretende ser un consejo legal.
Si tiene preguntas o necesita ayuda, consulte a su asesor legal. (08-2021)

Aviso de no discriminación

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes de derechos civiles aplicables federales y estatales y no discrimina o excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio de inglés limitado y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo (incluidas características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género, expresión de género y estereotipos de género).

Kaiser Health Plan:

- Brinda a las personas que tienen una discapacidad modificaciones razonables y servicios y dispositivos auxiliares adecuados sin costo alguno, tales como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas,
 - información escrita en otros formatos, tales como letra grande, audio, braille y formatos electrónicos accesibles.
- Ofrece servicios lingüísticos sin costo a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados,
 - información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Si considera que Kaiser Health Plan no le ha proporcionado estos servicios o que ha sufrido discriminación de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual pueden presentar una queja formal ante el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles de Kaiser está disponible para ayudarlo. Puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles al:

Departamento de Asistencia a los Miembros (Member Relations Department)
A la atención de: Kaiser Civil Rights Coordinator
500 NE Multnomah St., Suite 100
Portland, OR 97232-2099
Por fax: **1-855-347-7239**

También puede presentar una queja sobre derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos mediante el portal de quejas formales de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Teléfono: **1-800-368-1019**
TDD: **1-800-537-7697**

Los formularios de queja están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Para miembros en Washington:

También puede presentar una queja de forma electrónica ante la Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington, a través del portal de quejas informales de esta oficina en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al **1-800-562-6900** ó **360-586-0241** (TDD). Los formularios de quejas informales están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/online services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Ayuda en su idioma

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** ይደውሉ (TTY: **711**)።

العربية (Arabic) توجّه: إذا كنت تتحدث لغة عربية متفكر لك خدمة التماس اعادة التوجيه بمطبي ذك من وسطا للمساعدة وال خدمات لى لى بالمال ج ان تاطى بالوقم **711** : TTY (**1-800-813-2000**)

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-800-813-2000** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت میکنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک ها و خدمات پشتیبانی زبانی و اسباب به صورت رایگان در دسترس شماست **1-800-813-2000** تماس بگیرید (TTY: **711**).

Français (French) ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 注意: 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-800-813-2000**までお電話ください (TTY: **711**)。

ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់: បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសម្រួលដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: **711**)

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000**로 전화해 주세요 (TTY: **711**).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- **711**)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-813-2000** (TTY:- **711**).

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

