



Planificación para el CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi atención

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

Planificación para el CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi atención

Nombre completo (*Full name*): _____

Número de historia clínica (*Medical record number*): _____

Introducción (*Introduction*)

Gracias por tomarse el tiempo de revisar e indicar sus instrucciones anticipadas para la atención médica. En Kaiser Permanente, creemos que este es un primer paso importante en la planificación para el cuidado de la vida.

Al llenar este documento, le informa al equipo de atención médica cuáles son sus valores y elecciones de atención médica, e identifica quién desea que hable en su nombre si usted no puede hacerlo.

Este documento de instrucciones anticipadas para la atención médica reemplazará cualquier otro que haya llenado anteriormente. Si en el futuro quiere cancelar o cambiar la designación del representante para la atención médica, debe hacerlo por escrito y firmar ese documento, o puede informárselo a su proveedor de atención médica en persona.

Si tiene preguntas al llenar este documento, puede obtener ayuda de las siguientes maneras:



En línea: ingrese a **kp.org/lifecareplan** (cambie el idioma a español).



Clases: asista a clases sobre planificación anticipada de la atención médica brindadas a través de Health Engagement y de los servicios para el bienestar. Llame al 1-866-301-3866 (línea telefónica gratuita).



Asesores de salud: si quiere hablar con una persona, comuníquese con nuestros asesores de salud al 1-866-301-3866 (línea telefónica gratuita).

Instrucciones anticipadas para la atención médica de Oregon

(Oregon Advance Directive for Health Care)

Con este formulario de instrucciones anticipadas, podrá:

- Compartir sus valores, creencias, objetivos y deseos relacionados con la atención médica si no puede expresarlos usted mismo.
- Designar a una persona para que tome decisiones de atención médica en su nombre si usted no pudiera hacerlo. Esta persona se conoce como representante para la atención médica y debe aceptar cumplir esta función.

No olvide hablar sobre sus deseos e instrucciones anticipadas con el representante para la atención médica. Esto le permitirá tomar decisiones que respeten sus deseos. Se recomienda que conteste todo el formulario.

En el sitio web de la Autoridad de Salud de Oregon (Oregon Health Authority), puede encontrar el formulario "Oregon Advance Directive for Health Care" (Instrucciones anticipadas para la atención médica de Oregon) y el documento "Your Guide to the Oregon Advance Directive" (Guía sobre las instrucciones anticipadas de Oregon).

- En las secciones 1, 2, 5, 6 y 7, designará a un representante para la atención médica.
- En las secciones 3 y 4, proporcionará las instrucciones sobre la atención médica.

El formulario de instrucciones anticipadas le permite expresar sus preferencias de atención médica. No es lo mismo que las Órdenes médicas de tratamiento para el sustento de vida (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST), según se define en el Estatuto Revisado de Oregon (Oregon Revised Statute, ORS) 127.663. Puede encontrar más información sobre las POLST en la Guía sobre las instrucciones anticipadas de Oregon.

Este formulario se puede usar en Oregon y le permite elegir a una persona para que tome decisiones de atención médica en su nombre si usted tiene una enfermedad muy grave y no puede expresarse, o si es incapaz de tomar sus propias decisiones médicas. La persona se conoce como representante para la atención médica. Si no tiene una designación vigente de un representante para la atención médica y se enferma a un grado tal que no puede expresarse, se designará a un representante por usted en el orden de prioridad que se establece en el ORS 127.635 (2), y esta persona solo podrá decidir si mantener o retirar los tratamientos de soporte vital si usted cumple con una de las condiciones indicadas en el ORS 127.635 (1).

Este formulario también le permite expresar sus valores y creencias relacionados con las decisiones de atención médica y sus preferencias para el cuidado de la salud.

Si anteriormente llenó un documento de instrucciones anticipadas, este documento nuevo reemplazará al anterior.

Debe firmar este formulario para que tenga vigencia. Además, debe firmarlo en presencia de dos testigos o un notario público. La designación de un representante para la atención médica no tendrá vigencia hasta que el representante la acepte.

Si sus instrucciones anticipadas incluyen indicaciones sobre el deseo de que se retire el soporte vital o la alimentación parenteral, puede revocar esta instrucción anticipada en cualquier momento y de cualquier manera que exprese su deseo de revocarla.

En todos los demás casos, puede revocar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento y por cualquier medio, siempre y cuando sea capaz de tomar decisiones médicas.

Tipo de documento: Instrucciones anticipadas (Document type: Advance Directive)

Nombre completo (Full name): _____

Número de historia clínica (Medical record number): _____

1. Acerca de mí *(About me)*

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

(Name [first, middle, last]): _____

Fecha de nacimiento *(Date of birth)*: _____

Número de historia clínica *(Medical record number)*: _____

Teléfono de la casa *(Home phone)*: _____ Teléfono celular *(Cell phone)*: _____

Teléfono del trabajo *(Work phone)*: _____ Correo electrónico *(Email)*: _____

Dirección postal *(Mailing address)*: _____

2. Mis representantes para la atención médica *(My health care representatives)*

Elijo a la siguiente persona como mi representante para la atención médica para que tome decisiones sobre la atención en mi nombre si yo no puedo hacerlo.

Representante principal para la atención médica *(Primary health care representative)*

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

(Name [first, middle, last]): _____

Relación *(Relationship)*: _____

Teléfono de la casa *(Home phone)*: _____ Teléfono celular *(Cell phone)*: _____

Teléfono del trabajo *(Work phone)*: _____ Correo electrónico *(Email)*: _____

Dirección postal *(Mailing address)*: _____

Elijo a las siguientes personas para que sean mis representantes suplentes para la atención médica si la persona que elegí como primera opción no está disponible para tomar decisiones de atención médica en mi nombre o si decido cancelar la designación del primer representante.

Primer representante suplente para la atención médica *(First alternate health care representative)*

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

(Name [first, middle, last]): _____

Relación *(Relationship)*: _____

Teléfono de la casa *(Home phone)*: _____ Teléfono celular *(Cell phone)*: _____

Teléfono del trabajo *(Work phone)*: _____ Correo electrónico *(Email)*: _____

Dirección postal *(Mailing address)*: _____

Segundo representante suplente para la atención médica *(Second alternate health care representative)*

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

(Name [first, middle, last]): _____

Relación *(Relationship)*: _____

Teléfono de la casa *(Home phone)*: _____ Teléfono celular *(Cell phone)*: _____

Teléfono del trabajo *(Work phone)*: _____ Correo electrónico *(Email)*: _____

Dirección postal *(Mailing address)*: _____

Tipo de documento: Instrucciones anticipadas *(Document type: Advance Directive)*

Nombre completo *(Full name)*: _____

Número de historia clínica *(Medical record number)*: _____

3. Mis instrucciones de atención médica *(My health care instructions)*

En esta sección, puede expresar sus deseos, valores y objetivos relacionados con la atención médica. Estas instrucciones les sirven como guía a su representante y a los proveedores de atención médica.

Al elegir las opciones que se incluyen debajo, brindará orientación sobre la atención médica. Esto se aplica incluso si no elige un representante para la atención médica o si no es posible contactarlo.

A. Mis decisiones de atención médica *(My health care decisions)*

A continuación, se presentan tres situaciones para que exprese sus deseos. Le ayudarán a pensar qué tipo de decisiones relacionadas con el soporte vital podría tener que tomar su representante para la atención médica. Para cada situación, elija la opción que mejor refleje sus deseos.

a. Enfermedad terminal *(Terminal condition)*

Esto es lo que quiero si:

- Tengo una enfermedad que no se puede curar ni revertir.

Y

- Mis proveedores de atención médica creen que esta enfermedad me provocará la muerte dentro de los próximos seis meses, independientemente del tratamiento que haga.

Escriba sus iniciales en una sola opción *(Initial one option only).*

	Quiero probar todos los tratamientos disponibles para prolongar mi vida, como alimentación e hidratación artificiales mediante sondas de alimentación y líquidos por vía intravenosa, diálisis renal y uso de respiradores. <i>(I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines).</i>
	Quiero intentar prolongar mi vida con alimentación e hidratación artificiales mediante sondas de alimentación y líquidos por vía intravenosa. No quiero recibir otros tratamientos para prolongar mi vida, como diálisis renal y uso de respiradores. <i>(I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids. I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines).</i>
	No quiero recibir tratamientos para prolongar mi vida, como alimentación e hidratación artificiales mediante sondas de alimentación y líquidos por vía intravenosa, diálisis renal y uso de respiradores. Quiero que se mantenga mi bienestar y poder tener una muerte natural. <i>(I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines. I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally).</i>
	Quiero que mi representante para la atención médica decida en mi nombre después de hablar con mis proveedores de atención médica y de considerar qué es importante para mí. He expresado esto en la sección B, a continuación. <i>(I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me. I have expressed what matters to me in section B below).</i>

b. Enfermedad progresiva avanzada *(Advanced progressive illness)*

Esto es lo que quiero si:

- Tengo una enfermedad en una etapa avanzada.

Y

- Mis proveedores de atención médica creen que la enfermedad no mejorará y que muy probablemente empeore con el tiempo y me provoque la muerte.

Y

Tipo de documento: Instrucciones anticipadas *(Document type: Advance Directive)*

Nombre completo *(Full name)*: _____

Número de historia clínica *(Medical record number)*: _____

- Mis proveedores de atención médica creen que nunca podré:
 - comunicarme,
 - tragar alimentos y agua de manera segura,
 - cuidar de mí mismo,
 - reconocer a mis familiares y a otras personas.

Escriba sus iniciales en una sola opción (Initial one option only).	
☐	Quiero probar todos los tratamientos disponibles para prolongar mi vida, como alimentación e hidratación artificiales mediante sondas de alimentación y líquidos por vía intravenosa, diálisis renal y uso de respiradores. (I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines).
☐	Quiero intentar prolongar mi vida con alimentación e hidratación artificiales mediante sondas de alimentación y líquidos por vía intravenosa. No quiero recibir otros tratamientos para prolongar mi vida, como diálisis renal y uso de respiradores. (I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids. I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines).
☐	No quiero recibir tratamientos para prolongar mi vida, como alimentación e hidratación artificiales mediante sondas de alimentación y líquidos por vía intravenosa, diálisis renal y uso de respiradores. Quiero que se mantenga mi bienestar y poder tener una muerte natural. (I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines. I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally).
☐	Quiero que mi representante para la atención médica decida en mi nombre después de hablar con mis proveedores de atención médica y de considerar qué es importante para mí. He expresado esto en la sección B, a continuación. (I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me. I have expressed what matters to me in section B below).

c. Inconsciencia permanente (Permanently unconscious)

Esto es lo que quiero si:

- Estoy inconsciente.

Y

- Mis proveedores de atención médica creen que es muy poco probable que recupere la consciencia alguna vez.

Escriba sus iniciales en una sola opción (Initial one option only).	
☐	Quiero probar todos los tratamientos disponibles para prolongar mi vida, como alimentación e hidratación artificiales mediante sondas de alimentación y líquidos por vía intravenosa, diálisis renal y uso de respiradores. (I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines).
☐	Quiero intentar prolongar mi vida con alimentación e hidratación artificiales mediante sondas de alimentación y líquidos por vía intravenosa. No quiero recibir otros tratamientos para prolongar mi vida, como diálisis renal y uso de respiradores. (I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids. I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines).
☐	No quiero recibir tratamientos para prolongar mi vida, como alimentación e hidratación artificiales mediante sondas de alimentación y líquidos por vía intravenosa, diálisis renal y uso de respiradores. Quiero que se mantenga mi bienestar y poder tener una muerte natural. (I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines. I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally).
☐	Quiero que mi representante para la atención médica decida en mi nombre después de hablar con mis proveedores de atención médica y de considerar qué es importante para mí. He expresado esto en la sección B, a continuación. (I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me. I have expressed what matters to me in section B below).

Tipo de documento: Instrucciones anticipadas (Document type: Advance Directive)

Nombre completo (Full name): _____

Número de historia clínica (Medical record number): _____

Escriba en el espacio a continuación o adjunte páginas para brindar más información sobre qué tipo de atención quiere o no quiere recibir. *(You may write in the space below or attach pages to say more about what kind of care you want or do not want).*

B. Qué es lo más importante para mí *(What matters most to me and for me)*

Esta sección solo corresponde si tiene una enfermedad terminal o una enfermedad progresiva avanzada, o si está inconsciente de manera permanente. Si lo desea, puede usar esta sección para comunicar qué es realmente importante para usted. Esta información ayudará a su representante para la atención médica.

Esto es lo que debe saber sobre qué considero importante acerca de mi vida *(This is what you should know about what is important to me about my life):*

Esto es lo que más valoro de mi vida *(This is what I value the most about my life):*

Esto es lo importante para mi vida *(This is what is important for me about my life):*

No quiero que se hagan procedimientos para prolongar mi vida si no podré seguir vivo y hacer lo siguiente *(I do not want life-sustaining procedures if I can not be supported and be able to engage in the following ways):*

Escriba sus iniciales en todas las opciones que correspondan <i>(Initial all that apply).</i>	
	Expresar mis necesidades <i>(Express my needs).</i>
	No sufrir ni sentir dolores intensos a largo plazo <i>(Be free from long-term severe pain and suffering).</i>
	Saber quién soy y con quién estoy <i>(Know who I am and who I am with).</i>
	Vivir sin estar conectado a una máquina de soporte vital <i>(Live without being hooked up to mechanical life support).</i>
	Participar en actividades importantes para mí, como las siguientes <i>(Participate in activities that have meaning to me, such as):</i>

Si quiere decir algo más que le ayude al representante para la atención médica a entender qué es lo más importante para usted, escríbalo aquí. *(If you want to say more to help your health care representative understand what matters most to you, write it here). (Por ejemplo: No quiero recibir atención si, como resultado...)*

Tipo de documento: Instrucciones anticipadas *(Document type: Advance Directive)*

Nombre completo *(Full name):* _____

Número de historia clínica *(Medical record number):* _____

C. Mis creencias espirituales *(My spiritual beliefs)*

¿Tiene creencias espirituales o religiosas que quiere que conozcan su representante para la atención médica y aquellas personas que le brindan cuidados? Pueden ser rituales, sacramentos, negación a recibir transfusiones de productos de sangre y mucho más.

Escriba en el espacio a continuación o adjunte páginas para brindar más información sobre sus creencias espirituales o religiosas. *(You may write in the space below or attach pages to say more about your spiritual or religious beliefs).*

4. Más información *(More information)*

Use esta sección si quiere que su representante y sus proveedores de atención médica tengan más información sobre usted.

A. Vida y valores *(Life and values)*

A continuación, puede compartir algo sobre su vida y sus valores. Esta información puede ayudar a su representante y a sus proveedores de atención médica a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud. Podría incluir sus antecedentes familiares y culturales, experiencias con la atención médica, su profesión, el sistema de apoyo social y mucho más.

Escriba en el espacio a continuación o adjunte páginas para hablar más sobre su vida, sus creencias y sus valores. *(You may write in the space below or attach pages to say more about your life, beliefs and values).*

B. Lugar de la atención *(Place of care)*

Si pudiera elegir dónde recibir atención médica, ¿qué preferiría? ¿Hay algún lugar en el que quiera o no quiera recibir atención? (Por ejemplo, un hospital, un hogar para ancianos, un centro de atención de salud mental, un hogar de acogida para adultos, centros de vida asistida, su casa).

Escriba en el espacio a continuación o adjunte páginas para brindar más información sobre dónde prefiere recibir o no recibir atención médica. *(You may write in the space below or attach pages to say more about where you prefer to receive care or not receive care).*

Tipo de documento: Instrucciones anticipadas *(Document type: Advance Directive)*

Nombre completo *(Full name)*: _____

Número de historia clínica *(Medical record number)*: _____

C. Otro *(Other)*

Puede adjuntar a este formulario otros documentos que considere útiles para su representante o sus proveedores de atención médica. Lo que adjunte formará parte de sus instrucciones anticipadas.

En el espacio a continuación, puede mencionar los documentos que ha adjuntado *(You may list documents you have attached in the space below).*

D. Posibilidad de brindar información a otras personas *(Inform others)*

Puede permitir que su representante autorice a los proveedores de atención médica a hablar sobre su estado de salud y su atención con la persona que indique debajo, según permitan las leyes de privacidad estatales y federales. Únicamente el representante para la atención médica puede tomar decisiones sobre su atención.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

(Name [first, middle, last]): _____

Relación *(Relationship):* _____

Teléfono de la casa *(Home phone):* _____ Teléfono celular *(Cell phone):* _____

Teléfono del trabajo *(Work phone):* _____ Correo electrónico *(Email):* _____

Dirección postal *(Mailing address):* _____

5. Mi firma *(My signature)*

Mi firma *(My signature):* _____

Fecha *(Date):* _____

6. Testigo *(Witness)*

Cuando firme, llene la sección A o B *(Complete either A or B when you sign).*

A. Notario público *(Notary)*

Estado de *(State of)* _____ Condado de *(County of)* _____

Firmado o certificado ante mí el _____ (fecha *[date]*) por

_____ (nombre *[name]*), notario público del estado de Oregon.

Firma *(Signature):* _____

Tipo de documento: Instrucciones anticipadas *(Document type: Advance Directive)*

Nombre completo *(Full name):* _____

Número de historia clínica *(Medical record number):* _____

B. Declaración del testigo *(Witness declaration)*

Conozco personalmente a la persona que llenó este formulario o me ha brindado prueba de su identidad, ha firmado o ha reconocido la firma de la persona en el documento en mi presencia, y parece no estar bajo coacción y comprender el propósito y efecto de este formulario. Además, no soy el representante para la atención médica principal ni suplente de la persona y tampoco soy el proveedor de atención médica a cargo de la persona.

Nombre del testigo (en letra de imprenta)

(Witness Name [print]): _____

Firma *(Signature):* _____

Fecha *(Date):* _____

Nombre del testigo (en letra de imprenta)

(Witness Name [print]): _____

Firma *(Signature):* _____

Fecha *(Date):* _____

7. Aceptación por parte de mi representante para la atención médica

(Acceptance by my health care representative)

Acepto esta designación y estoy de acuerdo en actuar como representante para la atención médica.

Representante para la atención médica *(Health care representative):*

Nombre en letra de imprenta *(Printed name):* _____

Firma u otra verificación de la aceptación *(Signature or other verification of acceptance):* _____

Fecha *(Date):* _____

Primer representante suplente para la atención médica *(First alternate health care representative):*

Nombre en letra de imprenta *(Printed name):* _____

Firma u otra verificación de la aceptación *(Signature or other verification of acceptance):* _____

Fecha *(Date):* _____

Segundo representante suplente para la atención médica *(Second alternate health care representative):*

Nombre en letra de imprenta *(Printed name):* _____

Firma u otra verificación de la aceptación *(Signature or other verification of acceptance):* _____

Fecha *(Date):* _____

Posibilidades de acceder al documento: para las personas con discapacidades o que hablan un idioma diferente del inglés, la Autoridad de Salud de Oregon puede brindar la información en formatos alternativos, como traducciones, letra grande o braille. Comuníquese con el Centro de Información de Salud por teléfono, al 1-971-673-2411, TTY 711, o por correo electrónico a

COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us.

Tipo de documento: Instrucciones anticipadas *(Document type: Advance Directive)*

Nombre completo *(Full name):* _____

Número de historia clínica *(Medical record number):* _____

Próximos pasos

Ahora que ya ha indicado las instrucciones anticipadas para la atención médica, también debe hacer lo siguiente.

Hable:

- Repase sus deseos sobre la atención médica con la persona a quien le ha pedido que sea su representante (si todavía no lo ha hecho). Asegúrese de que la persona sienta que puede hacer esta importante tarea por usted en el futuro.
- Hable con el resto de sus familiares y amigos cercanos que podrían estar implicados si usted tuviera una enfermedad o lesión graves. Asegúrese de que sepan quién es su agente o representante para la atención médica y cuáles son sus deseos.

Entregue copias:

- A sus representantes para la atención médica.
- A su equipo de atención médica.
- Presente una copia para que se incluya directamente en su historia clínica.
 - Use su cuenta de kp.org: vaya a la sección de historias clínicas y seleccione el título "Life care planning" (Planificación para el cuidado de la vida).
 - Envíe una copia por correo: Kaiser Permanente
Medical Records, Advance Directive
500 NE Multnomah St. - Floor 11, Portland, OR 97232

Lleve una copia con usted:

- Si va a un hospital o a un hogar para ancianos, lleve una copia de sus instrucciones anticipadas para la atención médica y pida que se incluya en su historia clínica.
- Lleve una copia con usted siempre que vaya a estar lejos de su casa por un tiempo prolongado.

Revise la información con regularidad:

- Revise sus deseos sobre la atención médica cuando se presente alguna de las "cinco D":
 - Década:** cada vez que empiece una nueva década de su vida.
 - Deceso:** cuando muera un ser querido.
 - Divorcio:** si se divorcia o hay algún otro cambio importante en su familia.
 - Diagnóstico:** cuando le diagnostiquen una condición médica grave.
 - Deterioro:** cuando tenga un deterioro o un empeoramiento importante de una condición médica existente, en especial si no puede vivir solo.

Cambie sus instrucciones anticipadas para la atención médica:

Si sus deseos cambian, llene un nuevo documento de instrucciones anticipadas para la atención médica, comuníquese a su representante y a su familia, y entregue una copia a Kaiser Permanente.

Tipo de documento: Instrucciones anticipadas (Document type: Advance Directive)

Nombre completo (Full name): _____

Número de historia clínica (Medical record number): _____

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 متفوقاً لك خدمة التماس اعادة التوجيه بمطبي ذك من وسطاء التماس اعادة وال خدمات لى لى بالمال ج ان تطلب بالوقت **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 کمک‌ها و خدمات پشتیبانی زبانی و اسباب‌ه‌صورت رایگان دوس‌ترستان است **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 រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសម្រួល ដោយឥតគិតថ្លៃ 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**).

Planificación para el CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi atención

¿Necesita más ayuda?
Visite kp.org/lifecareplan
(cambie el idioma a español).

