

Power of Attorney for Healthcare
Carta Poder para el Cuidado de la Salud
For/Para

Name/Nombre: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Address/Domicilio: _____

Phone/Teléfono: _____

Copies of this document have been given to:
Se han repartido copias de este documento a:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Courtesy of:
Cortesía de:



With thanks to:
Gundersen Lutheran Medical Foundation
End of Life Coalition: Support for Your Journey



Agradacimientos a:
Fundación Médica Luterana Gunderson
Coalición para el Fin de la Vida: Apoyo para su viage

How to Complete This Power of Attorney for Health Care **Instrucciones para completar esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud**

Resumen

El formulario adjunto para la carta Poder para el Cuidado de la Salud es un documento legal que ha sido desarrollado para estar de acuerdo con los requisitos legales en El Estado de Wisconsin. Puede ser que no va a satisfacer los requisitos legales de otros estados.

Esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud le permite nombrar a otra persona para que tome decisiones de salud en caso que Ud. se encuentre incapacitado de tomar estas decisiones por usted mismo. La persona a quien Ud. nombre será su agente de cuidado de salud. Este documento le dará a su Agente del Cuidado de Salud la autoridad de tomar decisiones por Ud. solamente cuando se haya determinado por su(s) médico(s) que Ud. es incapaz de tomar sus propias decisiones para el cuidado de su salud. Este documento no le da autoridad a su Agente del Cuidado de Salud de tomar decisiones de finanzas o de negocios. Adicionalmente, no le da a su Agente del Cuidado de la Salud la autoridad de tomar ciertas decisiones sobre el tratamiento de su salud mental.

Antes de completar este formulario de Carta Poder para el Cuidado de la Salud, tome tiempo para leerla cuidadosamente. ¡También es importante que discuta sus puntos de vista, valores y este documento con su Agente del Cuidado de la Salud! Si Ud. no se involucra de cerca con su agente del cuidado de la salud, sus puntos de vista y sus valores podrían no ser completamente respetados porque no serán completamente comprendidos.

Pasos a seguir para completar este Documento

1. Lea cuidadosamente y siga las instrucciones de cada parte.
2. Complete la información en la página 1.
3. Parte I---Nombrar al agente del Cuidado de Salud—Complete al asignar enumerando la información de por lo menos una persona que actúe como su Agente del Cuidado de Salud.
4. Parte II---Autorización General del Agente del Cuidado de la Salud—Complete al indicar sus preferencias.
5. Parte III---Para legalizar el documento
 - Firme y ponga la fecha en el documento en la página 8 con los testigos presentes;
 - Haga que los testigos firmen el documento en su presencia.
6. Parte IV---Declaración de Deseos—Complete al indicar cualesquier instrucción o deseo especial.

Después de Completar este Documento

Después de completar el documento, se sugiere que Ud.

1. Guarde el original en un lugar seguro al que Ud. tenga acceso fácil;
2. Haga copias para repartir por consiguiente:
 - Una copia para cada agente nombrado en el documento;
 - Una copia para su expediente en la oficina de su médico;
 - Una copia para proveerle a cualquier hospital al que sea admitido o vaya para tratamiento de emergencia;
 - Copias extras para compartir con otros si lo desea (seres queridos, ministro/clero/rabino, y su abogado)

Una foto o copia de fax es tan válida legalmente como un original.

Power of Attorney for Health Care Document
Carta Poder Documento para el Cuidado de la Salud

Notice to Person Making this Document:

Aviso a la Persona que hace este documento:

Ud. tiene el derecho de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud. Ningún cuidado de salud se le puede administrar si Ud. tiene alguna objeción, y el cuidado de salud no puede ser detenido o retenido si Ud. tiene alguna objeción.

Porque sus proveedores de salud en algunos casos no hayan tenido la oportunidad de establecer una relación con Ud. A largo plazo, a menudo no están familiarizados con sus creencias y valores y los detalles de sus relaciones familiares. Esto puede acarrear problemas si fuera físicamente o mentalmente incapaz de hacer decisiones sobre su cuidado de salud.

Para evitar este problema, Ud. puede firmar este documento legal para nombrar específicamente a quien Ud. quiera que haga decisiones legales por Ud. si no le es posible hacer esas decisiones personalmente. A esa persona se le conoce como su Agente del Cuidado de Salud. Ud. debe tomarse algún tiempo para discutir sus pensamientos y creencias sobre el tratamiento médico con la persona o personas a quienes Ud. ha nombrado específicamente. Puede decir en este documento cualquier tipo de cuidado de salud que Ud. desee o no desee, y Ud. puede limitar la autoridad de su Agente del Cuidado de la Salud. Si su agente no está al tanto de sus deseos con respecto a una decisión en particular del cuidado de su salud, el o ella serán requeridos para determinar cuáles serían sus mejores intereses al tomar la decisión.

Este es un documento legal importante. Le dará a su agente amplios poderes para hacer decisiones del cuidado de salud por Ud. Revocará cualquier Carta Poder para el Cuidado de Salud que Ud. haya hecho previamente. Si Ud. desea cambiar su Carta Poder para el Cuidado de Salud, podrá revocar en cualquier momento este documento al destruirlo, dirigiéndole a otra persona que lo destruya en su presencia, al firmar una declaración escrita y fechada o al declarar que ha sido revocada en presencia de dos testigos. Si Ud. revoca, debe avisar a su agente, sus proveedores de salud, y a cualquier otra persona a la que Ud. le haya entregado una copia. Si su agente es su cónyuge y su matrimonio es anulado o se divorcia después de firmar este documento, el documento es inválido.

Ud. también puede usar este documento para hacer o rehusarse a hacer regalos anatómicos a la hora de su fallecimiento. Si usa este documento para hacer o rehusarse a hacer un regalo anatómico, este documento revocará cualquier documento previo que Ud. haya hecho. Ud. Puede revocar o cambiar cualquier regalo anatómico al marcar la provisión de regalos en este documento.

No firme este documento si no lo entiende claramente.

Se le sugiere que mantenga la copia original de este documento en los expedientes de su médico.

Guarde esta página con su documento de la Carta Poder para el Cuidado de la Salud.

Part I – Appointing a person to make my health care decisions when I cannot make my own health care decisions

Parte I – Nombrar a una persona para que tome las decisiones sobre mi salud cuando yo no pueda tomarlas

Si ya no me es posible tomar mis propias decisiones de salud por mí mismo, este documento nombra a la persona que yo elijo para que tome estas decisiones por mí. Esta persona será mi Agente para el Cuidado de Salud. Esta persona hará mis decisiones del cuidado de mi salud cuando se determine que soy incapaz de tomar decisiones de salud según se ha provisto bajo la ley del Estado de Wisconsin. Yo entiendo que es importante, para mi Agente del Cuidado de Salud y yo, el mantener pláticas continuas sobre mi salud y mis preferencias sobre el cuidado de mi salud.

Instructions for Completing Part I:

Instrucciones para Completar la Parte I:

Cuando elija a alguien que sea su Agente del Cuidado de la Salud, elija a alguien quien le conozca bien, a quien usted confíe, y esté dispuesto a respetar sus puntos de vista y sus valores, y que sea capaz de hacer decisiones difíciles bajo circunstancias tensas. A menudo los miembros de la familia son una buena opción, pero no siempre. Elija a alguien que seguirá de cerca lo que Ud. desea y será buen abogado para Ud. Tome tiempo para discutir este documento y sus puntos de vista con la persona que Ud. escoja para que sea su Agente del Cuidado de Salud.

Su Agente para el Cuidado de la Salud deberá tener por lo menos 18 años de edad y no ser uno de sus proveedores de salud o un empleado (o el cónyuge de un empleado) de su proveedor de salud a no ser que sea un pariente cercano. Se ha proveído el espacio para un segundo y tercer agente alternativo del cuidado de la salud.

The person I choose as my Health Care Agent is:

La persona que yo elijo como mi Agente del Cuidado de la Salud es:

Name/Nombre _____

Phone Number (Day)/ Tel.(de día): _____ Phone Number (Evening)/ Tel (de tarde): _____

Address/Domicilio: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip /Código Postal: _____

If this health care agent is unable or unwilling to make these choices for me, **then my next choice for a health care agent is:**

Si este agente del cuidado de la salud no está disponible o no está de acuerdo para tomar estas decisiones por mí, **entonces mi siguiente elección para agente del cuidado de salud es:**

Second Choice/Segunda elección:

Name/Nombre _____

Phone Number (Day)/ Tel.(de día): _____ Phone Number (Evening)/ Tel (de tarde): _____

Address/Domicilio: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip /Código Postal: _____

If this health care agent is unable or unwilling to make these choices for me, **then my next choice for a health care agent is:**

Si este agente del cuidado de la salud no está disponible o no está de acuerdo para tomar estas decisiones por mí, **entonces mi siguiente elección para agente del cuidado de salud es:**

Third Choice/Tercera elección:

Name/Nombre _____

Phone Number (Day)/ Tel.(de día): _____ Phone Number (Evening)/ Tel (de tarde): _____

Address/Domicilio: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip /Código Postal: _____

Parte II – Autoridad General para el Agente del Cuidado de la Salud

Yo quiero que mi agente de salud pueda hacer lo siguiente, a menos que yo haya especificado diferente en este documento:

- Tomar las decisiones por mí sobre el cuidado o servicios de mi salud, por ej., estudios, medicina y cirugía, de acuerdo con mis instrucciones o deseos expresados y/o mi filosofía de acuerdo a las decisiones del cuidado de salud si a mí me fuera posible tomarlas.
- Interpretar cualquier instrucción que yo haya expresado en este formulario o expresado en otras discusiones de acuerdo al entendimiento que tiene mi Agente del Cuidado de la Salud de mis deseos y valores.
- Hacer elecciones por mí, basadas en lo que mi Agente del Cuidado de la Salud crea ser en mi mejor interés si yo no he expresado una elección sobre el cuidado en duda y no se pueda comunicar conmigo.
- Revisar y revelar mis expedientes médicos y expedientes personales según sea necesario para mi cuidado médico.
- Mudarme a otro estado si fuera necesario.
- Determinar cuáles de los profesionales y organizaciones de salud proveerán mi tratamiento médico.

Si ninguno de los representantes para el cuidado de salud asignados por mí por medio de este documento está disponible después de haberse hecho varios intentos para contactarlos, entonces yo pido:

- a mis proveedores del cuidado de salud,
- a cualquier tutor nombrado más tarde, y/o
- a los allegados a mí

quienes puedan participar en tomar decisiones sobre el cuidado de salud en mi nombre cuando yo esté incapacitado, que ellos sigan y cumplan con los principios e instrucciones expresados en este Poder Duradero para el Cuidado de la Salud o cualquier otro Directriz Anticipado/Testamento Vital (instrucciones anticipadas sobre la atención médica) que yo haya firmado, hasta el grado que la ley permita.

Limitations on Mental Health Treatment Limitaciones sobre el Tratamiento de la Salud Mental

Mi agente del cuidado de la salud no me someterá ni me ingresará como paciente hospitalizado a ninguna institución por enfermedades mentales, centro de cuidados intermedios para personas retrasados en su desarrollo mental, centro de tratamiento estatal ni centro de tratamiento. Mi agente del cuidado de la salud no podrá consentir a ninguna investigación de salud mental experimental ni a la psicocirugía, ni tratamiento electroconvulsivo, ni procedimientos drásticos para el tratamiento de la salud mental mía.

Instrucciones para Completar la Parte II:
Instructions for Completing Part II:

Initial applicable boxes in the following six sections:
Marque con su inicial las casillas apropiadas de la siguientes seis secciones:

Due to limits in Wisconsin law, if you do not initial any box in a section and do not make a clear choice, your health Care Agent may not have the authority to make the decision about the treatment discussed in sections 1 through 6, and it may be necessary to go to court to obtain a decision about your treatment.

Debido a los límites de la ley del estado de Wisconsin, si Ud. no pone sus iniciales en ninguna casilla y no elige claramente, su agente del cuidado de la salud podría no tener la autoridad para tomar las decisiones sobre los tratamientos discutidos en las secciones 1 a 6, y podría ser necesario ir a un juzgado para obtener una decisión sobre su tratamiento.

1. Admission to Nursing Homes or Community-Based Residential Facilities:
Ingreso al Asilo de Ancianos o Centros Residenciales Comunitarios:

Note: My Health Care Agent may admit me to a nursing home or community-based residential facility for short-term stays for recuperative or respite care.

Aviso: Mi Agente del Cuidado de la Salud me puede ingresar a un Asilo de Ancianos o a un Centro Residencial Comunitario a corto plazo para cuidado recuperativo y cuidados paliativos.

Agent authority to admit me to a nursing home or community-based residential facility for short-term stays for recuperative or respite care.

Autoridad para el agente para ingresarme a un asilo de ancianos o a un centro residencial comunitario con el propósito de cuidados a largo plazo.

(Marque con sus iniciales una casilla): Deseos adicionales se pueden apuntar en la sección 7.

Yes, my Health Care Agent has authority, if necessary, to admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay subject to any limits I have set forth in this document.

Sí, mi Agente del Cuidado de la Salud tiene autoridad, si es necesario, para ingresarme a un asilo de ancianos o a un Centro Residencial Comunitario a largo plazo sujeto a cualquier límite que yo haya expuesto en este documento.

No, my Health Care Agent does not have authority to admit me to a nursing home or a community-based residential facility for a long-term stay. If I check "no" *I cannot be admitted to a nursing home or community-based residential facility for purpose of a long-term stay without court involvement.*

No, mi Agente del Cuidado de la Salud no tiene autoridad de ingresarme a un asilo de ancianos o a un Centro Residencial Comunitario a largo plazo. *Si marco "no," yo no puedo ser ingresado a un asilo de ancianos o a un Centro Residencial Comunitario con propósitos de largo plazo sin la participación de un juzgado.*

2. Withholding or Withdrawal of feeding tube:
Retener o retirar el tubo de alimentación:

(Marque con sus iniciales una casilla): Deseos adicionales se pueden apuntar en la sección 7.

Yes, my Health Care Agent has authority to have a feeding tube withheld or withdrawn from me, unless my attending physician that, in his or her professional judgment, the withholding or withdrawing will cause me pain or reduced

Sí, mi Agente del Cuidado de la Salud tiene autoridad de retener o retirar el tubo de alimentación, a no ser que el médico que me atiende aconseje que, a su juicio profesional, el retenerlo o retirarlo me causaría dolor o comodidad reducida.

No, my Health Care Agent does not have authority to have a feeding tube withheld or withdrawn from me. I am aware that if I check no, court involvement may be required for decisions to withhold or withdraw a feeding tube.

No, mi Agente del Cuidado de la Salud no tiene autoridad de retener o retirar el tubo de alimentación. Yo estoy conciente que si marco *no*, puede ser que se requiera la participación del juzgado para tomar decisiones sobre la retención o el retiro de un tubo de alimentación.

Under Wisconsin law, my Health Care Agent may not consent to the withholding or withdrawal of *orally* ingested nutrition or hydration unless the provision of such nutrition or hydration is medically contraindicated

Bajo la ley de Wisconsin, mi Agente del Cuidado de la Salud no puede consentir a la retirada o retención de nutrición o hidratación ingerida *oralmente* a no ser que la provisión de tal nutrición o hidratación sea médicamente contraindicada.

3. Decisions During Pregnancy: Decisiones Durante el Embarazo:

(Marque con sus iniciales una casilla): Deseos adicionales se pueden apuntar en la sección 7.

Yes, my Health Care Agent has authority to make decisions for me if I am pregnant subject to any limits I have later set forth in this document.

Sí, mi Agente del Cuidado de la Salud tiene autoridad de tomar decisiones por mí si estoy embarazada sujeto a cualquier límite que yo haya expuesto en este documento.

No, my Health Care Agent does not have authority to make decisions for me if I am pregnant. I am aware that if I check no, court involvement may be required for health care decision making during my pregnancy.

No, Agente del Cuidado de la Salud no tiene autoridad de hacer decisiones por mí si estoy embarazada. Estoy conciente que si marco no, se requeriría la participación del juzgado para tomar decisiones durante mi embarazo.

Not Applicable. / No aplica.

4. Stopping Attempts of Life Prolonging Treatments: Suspensión de Tratamientos para Intentar Prolongar la Vida:

(Marque con sus iniciales una casilla): Deseos adicionales se pueden apuntar en la sección 7.

If I reach a point where it is reasonably certain that I will not recover my ability to interact meaningfully with my family, friends, and my environment, or if my suffering is intense, irreversible and uncontrollable, even if I do not have a terminal illness, I want my health care provider to stop or withhold all treatments that might be used to prolong my life. Treatments I would not want if I were to reach this point include, but are not limited to, respirator/ventilator, administration of blood products and antibiotics, medications and interventions that I have received for chronic medical conditions, or other medications unless the withholding or withdrawal of these treatments would cause me pain or discomfort

Si yo llego al punto en que este razonablemente seguro que no recuperaré la habilidad de interactuar significativamente con mi familia y amigos, y en mi contorno / ambiente, o si mi sufrimiento es intenso, irreversible o incontrolable, aunque no tenga ninguna enfermedad terminal, yo quiero que mi proveedor de salud suspenda o detenga todos los tratamientos que podían ser usados para prolongar mi vida. Los tratamientos que no quisiera si yo llegara a este punto incluyen, pero no se limitan a, respirador/ventilador, administración de productos de sangre y antibióticos, medicamentos e intervenciones que haya recibido para condiciones médicas crónicas, u otros medicamentos a no ser que la retención o suspensión de estos tratamientos me cause dolor o incomodidad.

5. Pain and Symptom Control:
Control de Dolor o Síntomas

(Marque con sus iniciales una casilla): Deseos adicionales se pueden apuntar en la sección 7.

I want medical treatment and nursing care to continue to address my pain needs and symptom control and to make me comfortable, even if this may entail risks of my dying sooner, and even when life-sustaining treatment may be withheld or withdrawn.

Yo quiero que mi tratamiento y cuidado de enfermería continúen controlando mi dolor y mis síntomas, para que me tengan cómodo, aunque esto pudiera implicar riesgos de morir más pronto, y aún cuando los tratamientos para mantenerme vivo podrían ser detenidos o suspendidos.

6. Cardiopulmonary Resuscitation (CPR):
Resucitación Cardiopulmonar (RCP):

I understand that if I do not want CPR attempted and prefer to Allow Natural Death (AND) to occur, my physician should be made aware of this choice. CPR has been shown to be of limited benefit for certain patient populations, e.g. end-stage chronic illness and cancer. It is important to talk to your physician about your CPR decision. However, in the absence of other documents, this choice, in itself, may not stop emergency personnel from attempting CPR in an emergency. If I have a terminal illness and want to ensure that emergency personnel not perform CPR, I will need to obtain a *DNR Bracelet* from my physician.

Yo entiendo que si yo no quiero que se intente la RCP y si prefiero Permitir la Muerte Natural (PMN), mi médico debe estar al tanto de esta elección. Se ha mostrado que la RCP tiene beneficios limitados para ciertas poblaciones de pacientes, por ej., la etapa final de ciertas enfermedades crónicas y cáncer. Es importante hablar con su médico sobre su decisión con respecto al RCP. Sin embargo, en la ausencia de otros documentos, esta elección, por sí misma, podría no ser suficiente para detener al personal de urgencias de intentar efectuar la RCP en caso de emergencia. Si tiene una enfermedad terminal y se quiere asegurar de que el personal de urgencias no practique la RCP, tendré que obtener una pulsera *DNR (De No Resucitar)* de mi médico.

(Marque con sus iniciales una casilla): Deseos adicionales se pueden apuntar en la sección 7.

I want Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) attempted **unless** my physician determines one of the following:

- I have an incurable illness or injury and am dying; OR
- I have no reasonable chance of survival if my heart stops; OR
- I have little chance of long term survival if my heart stops and the process of resuscitation would cause significant suffering.

Yo quiero que se intente la Resucitación Cardiopulmonar (RCP) **a menos que** mi médico determine una de las siguientes condiciones:

- Yo tengo una enfermedad o lesión incurable y estoy muriendo; O
- No tengo posibilidad razonable de sobrevivir si mi corazón se detiene; O
- Tengo muy poca posibilidad de sobrevivir a largo plazo si mi corazón se detiene y el proceso de resucitación me causaría sufrimiento significativo.

I do not want CPR attempted if my heart stops, but rather want to Allow Natural Death (AND) to occur.

No quiero que se intente la RCP si mi corazón se detiene, sino que preferiría tener una muerte natural (AND).

7. My Additional Guidance to the choices in sections 1 through 6 is written below. If any of the guidance I have written below directly conflicts with my choices selected in sections 1 through 6, I want my choices in the above sections to control the decision to be made. The comments below should be used to interpret and clarify my choices in sections 1 through 6.

Mis Deseos Adicionales a las elecciones en las secciones 1 a 6 están escritas abajo. Si alguno de los deseos que he escrito está en conflicto directo con mis elecciones en las secciones 1 a 6, quiero que mis elecciones en las secciones anteriores controlen las decisiones que se tomen. Los comentarios de abajo se deberán usar para interpretar y clarificar mis elecciones en las secciones 1 a 6.

Part III – Making the Document Legal under Wisconsin Law

Instructions for Completing this Part:

Parte III – El hacer que el documento sea legal bajo las Leyes de Wisconsin

Instrucciones para completar esta parte:

This document must be signed and dated in the presence of two witnesses who meet the qualifications explained below.

Este documento debe ser firmado y fechado en la presencia de dos testigos que cumplan con los requisitos explicados abajo.

I am of sound mind, I agree with everything that is written in this document, and I have made this document voluntarily. If I require treatment in a state that does not recognize this Power of Attorney for Health Care, I want my Health Care Agent to be recognized as my chosen surrogate decision-maker and the instructions within this document to be followed based on my legal right to direct my own health care.

Yo estoy en pleno uso de mis facultades mentales, estoy de acuerdo con todo lo que se ha escrito en este documento, y he completado este documento voluntariamente. Si yo requiero tratamiento en un estado que no reconozca esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud, quiero que mi Agente para el Cuidado de la Salud sea reconocido como mi sustituto elegido para tomar mis decisiones, y que las instrucciones dentro de este documento sean seguidas según mi derecho legal a dirigir mi propio cuidado de salud.

The Principal and both witnesses must all sign the document at the same time.

El Principal y ambos testigos tienen que firmar el documento al mismo tiempo.

My Signature/Mi firma

Date/Fecha

Print Name/Nombre en letra de molde

If I cannot sign my name, I can ask an adult to sign this document for me, and in my presence.

Si no puedo firmar mi nombre, puedo pedirle a un adulto que firme este documento por mí, y en mi presencia.

Signature of the adult whom I asked to sign this document for me, and in my presence.

Firma del adulto a quien yo pedí que firmara este documento por mí, y en mi presencia.

Print the name of the adult whom I asked to sign this document for me, and in my presence.

Escriba en letra de molde el nombre del adulto a quien yo pedí que firmara este documento por mí, y en mi presencia.

Statement of Witnesses
Declaración de Testigos

I personally know the person who is making this document. I believe him or her to be of sound mind and at least 18 years of age. I personally witnessed him or her sign this document, and I believe that he or she did so voluntarily.

Yo conozco personalmente a la persona que está completando este documento. Yo creo que él o ella está en pleno uso de sus facultades mentales y tiene por lo menos 18 años de edad. Yo lo atestigüé personalmente a él o ella cuando firmó este documento, y creo que él o ella lo hizo voluntariamente.

By signing this document as a witness, I certify that I am:
Al firmar este documento como testigo, certifico que yo:

- at least 18 years of age.
Tengo por lo menos 18 años de edad.
- not a health care agent appointed by the person signing this document.
No soy Agente del Cuidado de la Salud nombrado por la persona que firma este documento.
- not related to the person making this document by blood, marriage or adoption.
No tengo parentesco con la persona que llena este documento, sea por relación consanguínea, matrimonio o adopción.
- not directly financially responsible for that person's health care.
No soy responsable económicamente, de una manera directa, por el cuidado de esta persona.
- not a health care provider directly serving the person at this time.
Actualmente, no soy proveedor del cuidado de la salud que atienda directamente a la persona.
- not an employee (other than a social worker or chaplain) of a health care provider directly serving the person at this time
No soy empleado (aparte de trabajador social o capellán) del proveedor del cuidado de la salud que está atendiendo directamente a la persona en este momento.
- not aware that I am entitled to or have a claim against the person's estate.
No estoy conciente/enterado de que yo tenga derecho a, o reclamo en contra de, los bienes de la persona.

Witness Number 1:
Testigo Número 1

Signature/Firma

Date/Fecha

Print Name/Nombre en letra del molde

Address/Domicilio

Witness Number 2:
Testigo Número 2

Signature/Firma

Date/Fecha

Print Name/Nombre en letra de molde

Address/Domicilio

Statement of Agent and Alternate Agent (Signature of agents are recommended, but not required)

Declaración del Agente y Agente Alterno (Se recomienda firma de los agentes, pero no se requiere)

I understand that _____ (name of principal) has designated me to be his or her Health Care Agent or alternate Health Care Agent if he or she is ever found to be incapacitated and incapable of making his or her own healthcare decisions.

_____ (name of principal) has discussed his or her desires regarding health care decisions with me.

Yo entiendo que _____ (nombre del principal) me ha designado a ser su Agente del Cuidado de la Salud o Agente Alterno del Cuidado de la Salud si en algún momento él o ella se encuentra incapacitado(a) e incapaz de tomar sus propias decisiones del cuidado de la salud.

_____ (nombre del principal) ha discutido conmigo sus deseos con respecto a sus decisiones sobre el cuidado de la salud.

Signature of Agent/Firma del Agente _____

Print Name of Agent/ Escriba en letra de molde el nombre del Agente _____

Signature of First Alternative Agent
Firma del Primer Agente Alterno _____

Print Name of First Alternative Agent
Escriba en letra de molde el nombre del Primer Agente Alterno _____

Signature of Second Alternative Agent
Firma del Segundo Agente Alterno _____

Print Name of Second Alternative Agent
Escriba en letra de molde el nombre del Segundo Agente Alterno _____

Part IV – Statement of Desires If My Condition is Likely to Result in Death

Part IV – Declaración de Deseos, si es probable que mi condición resulte en mi fallecimiento

Religion/Religión

If I am Nearing My Death

Si yo estoy acercándome a mi fallecimiento,

I want my pastor / spiritual leader notified of my medical condition.
Yo quiero que se le avise a mi pastor / líder espiritual de mi condición médica.

I want a representative of my place of worship with me as I prepare for my death.
Yo quiero que un representante de mi culto religioso esté presente conmigo al prepararme para mi fallecimiento.

I am of the _____ faith, and am a member of the _____ congregation or worship group.

Yo soy de la fé _____, y soy miembro de la congregación o grupo religioso _____.

Phone number of congregation or worship group (if known): _____

Número telefónico de la congregación o grupo religioso (si se conoce): _____

Upon My Death:

A la hora de mi fallecimiento

Upon my death, the following are my instructions. If my Health Care Agent does not have the authority to make these decisions, I ask that my next of kin and physician follow these requests if possible.

A la hora de mi fallecimiento, mis instrucciones son las siguientes. Si mi Agente del Cuidado de la Salud no tiene la autoridad de tomar estas decisiones, yo pido que el miembro de mi familia más cercano y mi médico sigan estos deseos, si es posible.

Donation of My Organs or Tissue for Transplantation: (Initial one box.)

Donación de mis órganos o tejidos para la trasplatación: (Marque una casilla con iniciales)

I wish to donate my organs and tissue for transplantation.
Yo deseo donar mis órganos y tejidos para trasplatación.

I wish to donate only the following organs and tissue (name the specific organs or tissue) for transplantation:
Yo deseo donar solamente los siguientes órganos y tejidos (nombre los tejidos y órganos específicos) para trasplatación: _____

I do not want to donate any organ or tissue for transplantation.
Yo no quiero donar ningún órgano ni tejido para trasplatación.

Donation of My Organs or Tissue for Medical Research: (Initial one box.)

Donación de mis órganos o tejidos para la investigación médica: (Marque una casilla con iniciales)

(Si Ud. desea donar su cuerpo para investigaciones médicas después de su fallecimiento, debe ponerse en contacto con una facultad médica para hacer los arreglos)

In accordance with my selection above, I wish to donate my organs and tissue for transplantation and the remainder of my body, organs and tissue for medical research.
De acuerdo con mi selección anterior, yo deseo donar mis órganos y tejidos para la trasplatación y el resto de mi cuerpo, órganos y tejidos para la investigación médica.

I wish to donate my entire body, organs and tissue for medical research.
Yo deseo donar mi cuerpo entero, órganos y tejidos para la investigación médica.

I do not want to donate any part of my body, organs or tissue for medical research.
Yo no quiero donar ninguna parte de mi cuerpo, órganos o tejidos para la investigación médica.

Autopsy: (Initial any boxes that apply.)

Autopsia: (Marque con iniciales todas las casillas que apliquen.)

I do not object to an autopsy if it can help my blood relatives understand the cause of my death or assist them with their future health care decisions.
Yo no tengo ninguna objeción a una autopsia si les ayuda a mis parientes por consanguinidad a entender la causa de mi fallecimiento y si les ayuda en las decisiones futuras de su cuidado de salud.

I do not object to an autopsy if it can help the advancement of medicine or medical education.
Yo no tengo objeción a una autopsia si puede ayudar con los avances médicas o la educación médica.

I do not want an autopsy performed on me.
Yo no quiero que se me practique una autopsia.

Pages 13 and 14 are intended to provide my Health Care Agent with information about my wishes and desires in addition to those expressed in my Power of Attorney for Health Care. These pages are not intended to replace my Power of Attorney for Health Care. If any of the guidance I have written on pages 11 and 12 conflicts directly with my Power of Attorney for Health Care, I want my wishes and desires expressed in my Power of Attorney for Health Care to control the decision to be made.

Las páginas 13 y 14 tienen el fin de proveer a mi Agente del Cuidado de la Salud información acerca de mis anhelos y deseos, adicional a la expresada en mi Carta Poder para el Cuidado de la Salud. Estas páginas no llevan la intención de reemplazar mi Carta Poder para el Cuidado de la Salud. Si algunas de las guías que yo he escrito en las páginas 13 y 14 están en conflicto directo con mi Carta Poder para el Cuidado de la Salud, yo quiero que los anhelos y deseos expresados en mi Carta Poder para el Cuidado de la Salud controlen las decisiones que se tomen.

Signature/Firma

Date/Fecha

Print Name/Nombre en letra de molde