

Voluntades anticipadas

(Advance Directive)

¿Qué son las voluntades anticipadas?

What is an advance directive?

Las voluntades anticipadas son un documento legal que completa para procurar que obtenga la atención médica que desea. En el documento, puede elegir a alguien para que tome decisiones médicas por usted, si en algún momento no puede tomarlas usted mismo. Esta persona se llama su representante de atención médica. También, usted puede brindar información sobre los tratamientos médicos y otros cuidados que quisiera recibir y los que no si se volviera muy enfermero.

An advance directive is a legal document you complete to make sure you get the healthcare you want. In an advance directive, you can choose someone to make healthcare decisions for you, if you are ever unable to make them yourself. This person is called your healthcare agent. You also can give information about the medical treatments and other care you would and would not want if you became very sick.

Todos los adultos deberían tener voluntades anticipadas. Es especialmente importante para los adultos mayores o quienes tienen enfermedades graves. Llenar un formulario de voluntades anticipadas le ayuda a saber que sus valores y objetivos se respetarán. También, le da a su representante de atención médica la tranquilidad de saber lo que usted quisiera que él hiciera si tuviera que tomar decisiones médicas por usted.

Every adult should have an advance directive. It is especially important for adults who are older or have serious illnesses. Completing an advance directive helps you know that your values and goals will be honored. It also gives your healthcare agent the peace of mind of knowing what you would want them to do if they need to make healthcare decisions for you.

Las voluntades anticipadas solamente se tratan de las decisiones médicas. Debe completar un documento distinto para otorgarle a alguien la autoridad de manejar sus finanzas o propiedades.

An advance directive only deals with healthcare decisions. You must complete a different document to give someone authority to handle your finances or property.

Nombre (First Name)

Apellido (Last Name)

Fecha de Nacimiento (Date of Birth)



Información e instrucciones

Information and Instructions

¿Cómo lleno este formulario de voluntades anticipadas?

How do I complete this advance directive?

Lo animamos a completar el formulario entero, pero está bien si solamente quiere llenar parte de ello. Nomás tache cualquier parte que no quiera llenar. Es una buena idea llenar este formulario con su representante de atención médica (si elige nombrar a uno) y sus seres queridos para que entiendan claramente sus preferencias. Un médico, enfermero, trabajador social, capellán u otro profesional de la salud también puede ayudarle.

We encourage you to complete the entire form, but it is okay if you only want to complete part of it. Just cross out any parts you do not want to fill out. It is a good idea to complete this form with your healthcare agent (if you choose to name one) and loved ones so they clearly understand your preferences. A doctor, nurse, social worker, chaplain, or other healthcare professional also can help you.

En la **PORTE 1: Elegir a una persona para tomar decisiones** usted nombra a su representante de atención médica. Esta es la persona en quien confía para tomar decisiones médicas por usted si en algún momento no puede tomarlas usted mismo. Elige a un representante de atención médica primario y hasta dos representantes de atención médica alternativos (suplentes).

In **PART 1: Choosing A Decisionmaker** you name your healthcare agent. This is the person you trust to make your healthcare decisions for you if you are ever unable to make them yourself. You choose one primary healthcare agent and up to two alternate (backup) healthcare agents.

Es una buena idea hablar con su representante de atención médica antes de anotarlo en este formulario. Asegúrese de que él esté dispuesto a ayudarlo y fíjese si tiene alguna pregunta sobre sus preferencias médicas. Es muy importante elegir a un representante de atención médica en quien confíe como la persona que tomará decisiones por usted. Dependerá de él la toma de decisiones con su equipo de atención médica basándose en la información que usted brinde en el resto del formulario. Si le preocupa que su representante de atención médica no seguirá sus deseos, debería considerar elegir a alguien más.

It is a good idea to talk with your healthcare agent before you list them on this form. Make sure they are willing to help and see if they have any questions about your healthcare preferences. It is very important to choose a healthcare agent you trust as your decisionmaker. It will be up to them to make decisions with your healthcare team based on the information you provide in the rest of the form. If you are worried that your healthcare agent will not follow your wishes, you should consider choosing someone else.

Información e instrucciones [continuación]

Information and Instructions [continued]

Un buen representante de atención médica:

A good healthcare agent:

- ✓ **Tiene 18 años o más**
Is 18 years old or older
- ✓ **Lo conoce bien**
Knows you well
- ✓ **Entiende lo que es importante para usted**
Understands what's important to you
- ✓ **Es fácil para el equipo de atención médica comunicarse con él (en persona, por teléfono, mediante un intérprete, etc.)**
Is easy for the healthcare team to contact (in person, by phone, through an interpreter, etc.)
- ✓ **Toma buenas decisiones bajo presión**
Makes good decisions under pressure

Su representante de atención médica no puede:

Your healthcare agent cannot be:

- ✗ **Tener menos de 18 años**
Under 18 years old
- ✗ **Ser su médico, enfermero de práctica avanzada o asociado médico***
Your doctor, nurse practitioner, or physician assistant*
- ✗ **Ser un empleado del hospital en el que usted recibe atención***
An employee of the hospital where you are receiving care*
- ✗ **Ser el propietario o administrador de un centro de cuidado comunitario o centro de cuidado residencial en el que usted recibe atención**
The owner or operator of a community care facility or residential care facility where you receive care
- ✗ **Ser el representante de atención médica de más de 10 otras personas**
The healthcare agent for more than 10 other people

En la **PARTE 2: Mis preferencias médicas** usted escribe sus preferencias médicas, para que su representante de atención médica entienda las elecciones que desea que él haga. Esto incluye lo que a usted le parece ser una calidad de vida llena de sentido y los tratamientos médicos y otra atención que quiere recibir y la que no.

In **PART 2: My Healthcare Preferences** you write down your healthcare preferences, so your healthcare agent understands the choices you want them to make. This includes what a meaningful quality of life looks like for you and what medical treatments and other care you do and do not want.

En la **PARTE 3: Firmar y completar** firma** el formulario de voluntades anticipadas delante de dos testigos o un *notary public*. Una vez que llene el formulario y siga las instrucciones en la parte 3, esto será un formulario jurídicamente vinculante en el estado de California. La parte 3 también proporciona instrucciones para lo que se hace con este formulario después de haberlo completado.

In **PART 3: Sign and Complete** you sign** the advance directive form either in front of two witnesses or a notary public. Once you fill out the form and follow the instructions in Part 3, this will be a legally binding form in the state of California. Part 3 also gives instructions for what to do with this form after it is completed.

La **PARTE 4: Mis valores** es una sección opcional en la que puede indicarles a su equipo de atención médica y seres queridos qué más le importa a usted. Esto incluye sus preferencias sobre la espiritualidad, qué haría que se le hiciera más fácil una estadía hospitalaria prolongada y lo que desea que suceda en sus días finales. La parte 4 les hace saber a su representante, equipo de atención médica y seres queridos lo que a usted le parece ser una excelente atención.

PART 4: My Values is an optional section where you can tell your healthcare team and loved ones what else matters to you. This includes your preferences about spirituality, what would make a long hospital stay easier for you, and what you want to happen in your final days. Part 4 lets your agent, healthcare team and loved ones know what excellent care looks like for you.

* **Estas restricciones no aplican si esta persona es su pariente o colega.**

These restrictions do not apply if this person is your family member or coworker.

** **Si usted no puede firmar físicamente, puede seleccionar a otro adulto para que firme según sus indicaciones y en su presencia.**

If you are physically unable to sign, you may select another adult to sign at your direction and in your presence.

PARTE 1: Elegir a una persona para tomar decisiones

PART 1: Choosing a Decisionmaker

Poder notarial duradero para la atención médica

Durable Power of Attorney for Healthcare

Si yo no puedo tomar decisiones por mí mismo, mi representante de atención médica podrá:

If I am unable to make decisions for myself, my healthcare agent will be able to:

- **Decidir cuáles tratamientos médicos y procedimientos yo recibiré o los que no, incluyendo soporte vital artificial.**
Decide which medical treatments and procedures I do or do not receive, including artificial life support.
- **Elegir los profesionales de la salud y centros que se involucrarán en mi atención.**
Choose which healthcare providers and facilities are involved in my care.
- **Ver mis expedientes clínicos y recibir información sobre mi estado médico actual.**
See my medical records and receive information about my current medical status.
- **Colaborar con las compañías de seguro médico u otros programas médicos en nombre mío.**
Work with health insurance companies or other healthcare programs on my behalf.
- **Dirigir la disposición de mis restos después de mi fallecimiento.**
Direct the disposition of my remains after my death.

Yo quiero que esta persona sea mi REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIO. Él tomará mis decisiones médicas si no puedo tomarlas por mí mismo:

I want this person to be my PRIMARY HEALTHCARE AGENT. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself:

Nombre (Name)	Número telefónico (Phone Number)		
Domicilio (Address)	Ciudad (City)	Estado (State)	Código postal (ZIP)
Parentesco (Relationship)	Correo electrónico (Email Address)		

Yo quiero que esta persona sea mi PRIMER REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA ALTERNATIVO. Él tomará mis decisiones médicas si no puedo tomarlas por mí mismo y mi representante de atención médica primario no está disponible:

I want this person to be my FIRST ALTERNATE HEALTHCARE AGENT. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself and my primary healthcare agent is unavailable:

Nombre (Name)	Número telefónico (Phone Number)		
Domicilio (Address)	Ciudad (City)	Estado (State)	Código postal (ZIP)
Parentesco (Relationship)	Correo electrónico (Email Address)		

PARTE 1: Elegir a una persona para tomar decisiones [continuación]

PART 1: Choosing a Decisionmaker [continued]

Yo quiero que esta persona sea mi **SEGUNDO REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA ALTERNATIVO. Él tomará mis decisiones médicas si no puedo tomarlas por mí mismo y mis otros representantes de atención médica no están disponibles:**

*I want this person to be my **SECOND ALTERNATE HEALTHCARE AGENT**. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself and my other healthcare agents are unavailable:*

Nombre (Name)	Número telefónico (Phone Number)		
Domicilio (Address)	Ciudad (City)	Estado (State)	Código postal (ZIP)
Parentesco (Relationship)	Correo electrónico (Email Address)		

Opcional

Optional

Si desea que su representante de atención médica tome decisiones por usted de inmediato, después de llenar este formulario, marque la casilla que se encuentra a continuación. De otra forma, él solamente podrá tomar decisiones por usted si no puede tomarlas usted mismo.

If you want your healthcare agent to be able to make decisions for you right now, after you complete this form, check the box below. Otherwise, they will only be able to make decisions for you if you are not able to make them yourself.

☐ **Quiero que mi representante de atención médica tome decisiones por mí de inmediato. Sin embargo, entiendo que puedo decirle a mi profesional de la salud en cualquier momento que ya no quiero que mi representante de atención médica tome decisiones por mí.**

I want my healthcare agent to be able to make decisions for me right now. However, I understand that I can tell my healthcare provider at any time that I no longer want my healthcare agent to make decisions for me.

Opcional

Optional

También, puede elegir la flexibilidad que desea dar a su representante de atención médica en llevar a cabo sus deseos médicos. (Marque una casilla):

You also can choose how much flexibility to give your healthcare agent in carrying out your medical wishes. (Check one):

☐ **Mi representante de atención médica debería seguir mis instrucciones exactamente como las he escrito en este formulario de voluntades anticipadas, aunque lo haga sentir incómodo.**

My healthcare agent should follow my instructions exactly as I have written them in this advance directive, even if it makes them uncomfortable.

☐ **Mi representante de atención médica puede cambiar mis decisiones médicas si cree que sería lo mejor para mí. Si hay ciertas decisiones que quiero que nunca se cambien, las he escrito.**

My healthcare agent can change my medical decisions if they think it would be best for me. If I have certain decisions I never want changed, I have written them..

PARTE 2: Mis preferencias médicas

PART 2: My Healthcare Preferences

Testamento vital/voluntades médicas

Living Will/Healthcare Directive

Soporte vital artificial

Artificial Life Support

Si está gravemente enfermo, sus médicos pueden ofrecerle soporte vital artificial. Esto incluye tratamientos como un ventilador (máquina de respiración), nutrición artificial (sonda de alimentación) y otros medicamentos o máquinas que lo mantienen vivo más allá del punto en el que hubiera fallecido naturalmente. El soporte vital artificial les da tiempo a otros tratamientos para que funcionen, pero no le ayuda a aliviarse por sí solo.

If you are seriously ill, your doctors may offer artificial life support. This includes treatments like a ventilator (breathing machine), artificial nutrition (feeding tube), and other medications or machines that keep you alive past the point when you would have died naturally. Artificial life support gives other treatments time to work but does not help you get better by itself.

Si estoy tan enfermo que necesito soporte vital artificial para mantenerme vivo (Marque UNA casilla):

If I am so sick that I need artificial life support to keep me alive (Check ONE):

☐ **Quiero recibir soporte vital artificial lo más que sea posible, aunque haya una baja posibilidad o ninguna de recuperarme para vivir una vida que esté llena de sentido para mí.**

I want to receive artificial life support for as long as possible, even if there is little or no chance of recovering to live a life that is meaningful for me.

☐ **Quiero recibir soporte vital artificial si existe una buena posibilidad de recuperarme para vivir una vida que esté llena de sentido para mí. Pero, si mis médicos no creen que me recuperaré, quiero dejar de recibir soporte vital, quiero enfocarme en estar cómodo y que se me permita fallecer de forma natural.**

I want to receive artificial life support if there is a good chance of recovering to live a life that is meaningful for me. But, if my doctors do not think I will recover, I want to stop life support, focus on being comfortable, and be allowed to die a natural death.

☐ **Nunca quiero recibir soporte vital artificial. Si me vuelvo tan enfermo que necesite soporte vital para mantenerme vivo, quiero enfocarme en estar cómodo y que se me permita fallecer de forma natural.**

I never want artificial life support. If I become so sick that I need life support to keep me alive, I want to focus on being comfortable and be allowed to die a natural death.

☐ **Quiero dejar que mi representante de atención médica y el equipo que me atienda tomen la decisión.**

I want to leave it up to my healthcare agent and my treatment team.

Estas son otras instrucciones específicas respecto a mi atención médica (por ejemplo, si hay tratamientos específicos que nunca quisiera recibir, o ciertas situaciones en las que nunca quisiera recibir soporte vital artificial):

These are other specific instructions regarding my healthcare (for example, if there are specific treatments I would never want, or certain situations when I would never want artificial life support):

PART 2: My Healthcare Preferences [continuación]

PART 2: My Healthcare Preferences [continued]

Calidad de vida

Quality of Life

Es importante para su(s) representante(s) de atención médica y equipo de cuidado médico saber lo que hace que una vida esté llena de sentido para usted. Con esta información, ellos pueden procurar que su plan de tratamiento satisfaga sus objetivos.

It is important for your healthcare agent(s) and your healthcare team to know what makes life meaningful for you. With this information, they can make sure your treatment plan meets your goals.

Para mí, mi vida solamente está llena de sentido si puedo (marque todo lo que sea pertinente):

For me, my life is only meaningful if I can (Check all that apply):

- ☐ **Vivir sin estar conectado permanentemente a una máquina**
Live without being permanently hooked up to a machine
- ☐ **Reconocer a mi familia y amigos**
Recognize family and friends
- ☐ **Comunicarme con mi familia y amigos**
Communicate with family and friends
- ☐ **Vivir sin sufrir molestia o dolor severo**
Live without severe pain or discomfort
- ☐ **Levantarme de la cama**
Get out of bed
- ☐ **Moverme suficientemente bien para salir de mi casa (caminar, utilizar una silla de ruedas, etc.)**
Move well enough to leave my home (walk, use a wheelchair, etc.)
- ☐ **Comer mi alimento favorito**
Eat my favorite food
- ☐ **Bañarme y cuidar de mí mismo**
Bathe and take care of myself
- ☐ **Pensar suficientemente claro para saber lo que pasa a mi alrededor**
Think clearly enough to know what is going on around me
- ☐ **Vivir en mi propia casa**
Live in my own home
- ☐ **Realizar mi pasatiempo favorito:** _____
Do my favorite hobby

☐ (OR)

- ☐ **Nada de lo anterior. Mi vida siempre vale la pena vivir sin importar lo enfermo que esté.**
None of the above. My life is always worth living no matter how sick I am.

☐ (OR)

- ☐ **No estoy seguro.**
I am not sure.

Esto también es muy importante para mí para vivir una vida llena de sentido:

These things also are very important for me in living a meaningful life:

PARTE 3: Firmar y completar

PART 3: Sign and Complete

Lea esta sección entera atentamente antes de firmar.

Read this entire section carefully before signing.

En California, hay dos maneras para hacer que este formulario sea legal. Usted solamente tiene que elegir UNA de las opciones que se encuentran a continuación.

In California, there are two ways to make this form legal. You only need to choose ONE of the options below.



OPCIÓN 1

OPTION 1

Firme* delante de dos testigos, y luego que sus testigos firmen el formulario en la página 7. Cuando sus testigos están firmando el formulario, están prometiendo que realmente es usted el que está firmando este formulario de voluntades anticipadas y que nadie lo está obligando a hacerlo.

Sign in front of two witnesses, and then have your witnesses sign the form on page 7. When your witnesses sign the form, they are promising that it is really you that is signing this advance directive and that nobody is forcing you to sign.*

Sus testigos deben tener por lo menos 18 años.

Your witnesses must be at least 18 years old.

Sus testigos no deben ser:

Your witnesses must not be:

× **Un representante de atención médica o uno alternativo designado en este formulario**

A healthcare agent or alternate agent designated in this form

× **Su profesional de la salud**

Your healthcare provider

× **Alguien que posea, administre o trabaje en el centro con licencia en el que usted vive o recibe atención médica**

Anyone who owns, operates, or works at a licensed facility where you live or receive healthcare

Solamente uno de sus testigos puede tener parentesco con usted o ser incluido en su testamento.

Only one of your witnesses may be related to you or be included in your will.

Si está atestiguando este documento, firme delante de dos testigos, y luego que sus testigos firmen el formulario.

If you are using witnesses, sign the form and have your witnesses sign.



OPCIÓN 2

OPTION 2

Si está usando un notary public firme el formulario, y después que el notary public complete la constancia.

Sign in front of a notary public. To have this form notarized, you will need current, government issued photo identification (like a driver's license or passport). If you are using a notary, sign the form, and then have the notary complete the acknowledgment.*

* **Si usted no puede firmar físicamente, puede pedirle a otro adulto firmar en su presencia y en nombre suyo.**

If you are unable to physically sign, you may have another adult sign in your presence and on your behalf.

PARTE 3: Firmar y completar [continuación]

PART 3: Sign and Complete [continued]

ESPERE hasta que esté con sus dos testigos o un *notary public*, y luego firme a continuación.

WAIT until you are with your two witnesses or a notary, then sign below.

SU FIRMA

YOUR SIGNATURE

Firma (Signature)

Fecha (Date)

Nombre: en letra de molde (Name: Printed)

Número telefónico (Phone Number)

Domicilio (Address)

Ciudad (City)

Estado (State)

Código postal (ZIP)



OPCIÓN 1 - Testigos

OPTION 1 – Witnesses

Si está atestiguando este documento, lea la siguiente declaración. Si está de acuerdo con la declaración, firme a continuación.

If you are witnessing this document, read the following statement. If you agree with the statement, sign below.

DECLARACIÓN DE TESTIGOS: Yo declaro so pena de perjurio bajo las leyes de California que

STATEMENT OF WITNESSES: I declare under penalty of perjury under the laws of California that

(1) El individuo que firmó o reconoció estas voluntades anticipadas lo conozco personalmente o que su identidad se me comprobó mediante pruebas convincentes;

The individual who signed/acknowledged this advance directive is personally known to me or that their identity was proven to me by convincing evidence;

(2) El individuo firmó o reconoció estas voluntades anticipadas en mi presencia;

The individual signed or acknowledged this advance directive in my presence;

(3) El individuo parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no bajo coacción, fraude o influenci indebida;

The individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence;

(4) No soy una persona nombrada como representante por estas voluntades anticipadas; y

I am not a person appointed as agent by this advance directive; and

(5) No soy el profesional de la salud del individuo, un empleado del profesional de la salud del individuo, el administrador de un centro de cuidado comunitario, un empleado de un administrador de un centro de cuidado comunitario, el administrador de un centro de cuidado residencial para las personas de edad avanzada ni un empleado de un administrador de un centro de cuidado residencial para las personas de edad avanzada.

I am not the individual's health care provider, an employee of the individual's health care provider, the operator of a community care facility, an employee of an operator of a community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly, nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly.

PARTE 3: Firmar y completar [continuación]

PART 3: Sign and Complete [continued]

Primer testigo:

First Witness:

Firma (Signature)

Fecha (Date)

Nombre: en letra de molde (Name: Printed)

Número telefónico (Phone Number)

Domicilio (Address)

Ciudad (City)

Estado (State)

Código postal (ZIP)

Segundo testigo:

Second Witness:

Firma (Signature)

Fecha (Date)

Nombre: en letra de molde (Name: Printed)

Número telefónico (Phone Number)

Domicilio (Address)

Ciudad (City)

Estado (State)

Código postal (ZIP)

Uno de los dos testigos también debe leer la siguiente declaración atentamente y firmar a continuación:

One of the two witnesses also must read the following statement carefully and sign below:

DECLARACIÓN ADICIONAL DE UN TESTIGO:

ADDITIONAL STATEMENT OF ONE WITNESS:

Yo además declaro so pena de perjurio bajo las leyes de California que no tengo parentesco consanguíneo, por matrimonio o adopción con el individuo realizando estas voluntades anticipadas, y según mi leal saber y entender, no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del individuo al su fallecer bajo un testamento que existe ahora o en virtud de la ley.

I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.

Firma (Signature)

PARTE 3: Firmar y completar [continuación]

PART 3: Sign and Complete [continued]



OPTION 2 - Notarization

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

STATE OF CALIFORNIA

County of _____

On _____ before me _____,

personally appeared _____,

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Notary Public Signature

Notary Public Seal



OPCIÓN 2 - Certificación

Un *notary public* u otro agente que completa este certificado verifica solamente la identidad del individuo que firmó el documento al que este certificado está adjunto, y no la veracidad, exactitud o validez de ese documento.

Estado de California

Condado de

El _____ ante mí _____,
compareció/comparecieron personalmente _____,
quien(es) me comprobó/comprobaron basándose en evidencia satisfactoria ser la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) es/son suscrito(s) en el documento y reconoció/reconocieron ante mí que él/ellos realizó/realizaron el mismo en su(s) capacidad(es) autorizada(s), y que por medio de su(s) firma(s) en el documento la(s) persona(s), o la entidad en nombre de la que la(s) persona(s) actuó/actuaron, realizó/realizaron el documento.

Yo doy fe so PENA DE PERJURIO bajo las leyes del Estado de California que el párrafo precedente es verdadero y correcto.

DOY FE con mi firma y sello oficial.

Firma del *notary public* (Notary Public Signature)

Sello del *notary public* (Notary Public Seal)

PARTE 3: Firmar y completar [continuación]

PART 3: Sign and Complete [continued]

Requisito adicional solamente para los residentes de centros de enfermería especializada

Additional Requirement Only for Residents of Skilled Nursing Facilities

La siguiente declaración se requiere solamente si usted es un paciente de un centro de enfermería especializada, un centro de atención médica que brinda los siguientes servicios básicos: cuidado de enfermería especializada y cuidado de apoyo a los pacientes cuya necesidad principal es la disponibilidad de cuidado de enfermería especializada por un plazo prolongado. Si llena este formulario en otra ubicación, como un hospital, consultorio médico o su casa, esta sección no requiere completarse. El defensor del paciente u ombudsman debe firmar la siguiente declaración:

The following statement is required only if you are a patient in a skilled nursing facility — a health care facility that provides the following basic services: skilled nursing care and supportive care to patients whose primary need is for availability of skilled nursing care on an extended basis. If you are completing this form in another location, like a hospital, doctor's office, or your home, this section is not required. The patient advocate or ombudsman must sign the following statement:

DECLARACIÓN DEL DEFENSOR DEL PACIENTE U OMBUDSMAN:

STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN:

Yo declaro so pena de perjurio bajo las leyes de California que soy un defensor del paciente u ombudsman como lo designa el Departamento de Envejecimiento del Estado y que sirvo como testigo como lo exige el artículo 4675 del Código Testamentario.

I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code.

Firma (Signature)

Fecha (Date)

Nombre: en letra de molde (Name: Printed)

Número telefónico (Phone Number)

Próximos pasos

Next Steps

¡Felicidades!

Congratulations!

Ha completado su formulario de voluntades anticipadas. A continuación, se encuentran los próximos pasos a seguir:

You have completed your advance directive. Here's what to do next:

- **Lleve este documento a casa y guárdelo en algún sitio seguro donde sus seres queridos puedan acceder fácilmente a ello si fuera necesario.**
Take this document home and keep it somewhere safe where your loved ones can easily access it if needed.
- **Saque copias y proporciónelas a sus representantes de atención médica, médico y cualquier hospital o centro en el que recibe tratamiento. Las copias de este documento son tan válidas como el original.**
Make copies and give them to your healthcare agents, your doctor, and any hospital or facility where you receive treatment. Copies of this document are just as valid as the original.
- **Hable con su familia, representantes de atención médica, médicos y otros profesionales de la salud sobre sus voluntades anticipadas. Asegúrese de que ellos entiendan lo que es importante para su atención médica.**
Talk with your family, healthcare agents, your doctors and other healthcare providers about your advance directive. Make sure they understand what's important for your healthcare.
- **Si tiene una cuenta myChart, puede subir este formulario de voluntades anticipadas. Para más información vaya a www.memorialcare.org/acp.**
If you have a myChart account, you can upload this advance directive. For more information go to www.memorialcare.org/acp.
- **Si desea brindar más información, llene la Parte 4: Mis valores.**
If you want to provide more information, complete Part 4 – My Values.

A continuación, se encuentra cómo actualizar o cambiar sus voluntades anticipadas:

Here's how to update or change your advance directive:

- **Si cambia de opinión sobre algo que ha escrito en este formulario de voluntades anticipadas mientras está en el hospital, asegúrese de decírselo a su médico y que él documente cualquier cambio en su expediente clínico.**
If you change your mind about anything you have written in this advance directive while you are in the hospital, make sure to tell your doctor and have them document any changes in your medical record.
- **Una vez que haya firmado este documento con dos testigos o un *notary public*, estas voluntades anticipadas son válidas hasta que usted las revoque. Si quiere revocar estas voluntades anticipadas, puede escribir "REVOCADO" en letras grandes en la primera página del documento y firmarlo o decírselo a su médico de cabecera. Si llena un nuevo formulario de voluntades anticipadas, este revocará automáticamente cualquier voluntad anticipada anterior.**
Once you have signed this document with two witnesses or a notary, this advance directive is valid until you revoke it. If you want to revoke this advance directive, you can either write "REVOKED" in large letters across the front of the document and sign it or tell your primary doctor. If you complete a new advance directive, it will automatically revoke any previous advance directives.
- **Procure proporcionar los documentos actualizados a su familia, representantes de atención médica, médico y en dondequiera se almacenaron sus voluntades anticipadas anteriores.**
Make sure to provide the updated documents to your family, healthcare agents, your doctor, and anywhere else your previous advance directive was stored.
- **Conforme pase el tiempo, habrá cambios. Estas voluntades anticipadas no se vencen, pero es una buena idea repasarlas y ver si tienen que actualizarse:**
As time goes on, things change. This advance directive does not expire, but it is a good idea to review it and see if it needs updating:
 - Cada 10 años
Every 10 years
 - Si se casa o divorcia
If you get married or divorced
 - Si se le diagnostica una nueva afección
If you are diagnosed with a new health condition
 - Si su salud empeora
If your health declines
 - Después del fallecimiento de un ser querido
After the death of a loved one

PARTE 4 (opcional): Mis valores

PART 4 (Optional): My Values

Una buena atención médica es más que un tratamiento médico. En esta adición opcional a sus voluntades anticipadas, indíqueles a sus seres queridos y equipo de atención médica lo que es más importante para usted si se volviera gravemente enfermo. Llene poco o mucho de esta sección según sus deseos. Si elige llenar esta sección, manténgala adjunta al resto de sus voluntades anticipadas.

Good healthcare is about more than medical treatment. In this optional addition to your advance directive, tell your loved ones and your care team what is most important to you if you become seriously ill. Complete as much or as little of this section as you want. If you choose to complete this section, keep it attached to the rest of your advance directive.

Cuando esté gravemente enfermo

When I am Seriously Ill

☐ **Quiero que se me mantenga cómodo y libre de dolor, aunque mi medicamento para el dolor me cause demasiada somnolencia que no pueda mantenerme despierto.**

I want to be kept comfortable and free from pain, even if my pain medicine makes me too sleepy to stay awake.

☐ **Quiero que mi familia y seres queridos me visiten y hablen conmigo.**

I want my family and loved ones to visit me and talk with me.

☐ **Se anima el contacto que consuela (sujetar la mano, acariciar el cabello, etc.).**

Comforting touches (handholding, stroking my hair, etc.) are welcome.

☐ **Quiero que se toque mi música favorita. Mi música favorita incluye:** _____

I want my favorite music to be played. My favorite music includes:

☐ **Si puedo, quiero estar involucrado en la toma de mis propias decisiones de tratamiento. Quiero que el equipo que me atienda me hable y me diga lo que hagan, aunque no parezca estar consciente.**

If I am able, I want to be involved in making my own treatment decisions. I want my treatment team to talk to me and tell me what they are doing, even if I don't seem aware.

Si es posible, quisiera lo siguiente en mi habitación:

If possible, I would like the following things in my room:

Si la espiritualidad o religión es importante para mí, a continuación, se encuentra lo que mi equipo de atención médica debería saber:

If spirituality and/or religion is important to me, here is what my care team should know:

Si estoy muy enfermo, quiero asegurar que lo siguiente NO suceda:

If I am very sick, I want to make sure the following things DO NOT happen:

Si estoy muy enfermo, quiero asegurar que lo siguiente SUCEDA:

If I am very sick, I want to make sure the following things DO happen:

PARTE 4 (opcional): Mis valores [continuación]

PART 4 (Optional): My Values [continued]

Al final de la vida

At the End of Life

Si es posible, quisiera pasar mis días finales:

If possible, I would like to spend my final days:

☐ **En casa**

At home

☐ **En el hospital**

In the hospital

☐ **En un asilo de ancianos u otro centro**

At a nursing home or other facility

☐ **Otra opción:** _____

Other:

☐ **Ninguna preferencia**

No preference

Si es posible, quisiera que mis restos se:

If possible, I would like my remains to be:

☐ **Sepulten**

Buried

☐ **Cremen**

Cremated

☐ **Otra opción:** _____

Other:

Estos son mis deseos específicos para mi funeral o servicio de conmemoración:

These are my specific wishes for my funeral or memorial service:

Quiero que mi familia y seres queridos sepan:

I want my family and loved ones to know: