

Directiva anticipada de atención médica de California

Una directiva anticipada le permite opinar sobre cómo quiere ser atendido/a si se enferma de gravedad.

Este formulario de directiva anticipada tiene 4 partes. Le permite:

PARTE 1: Elegir a un apoderado/a de sus decisiones médicas.

Un/a apoderado/a de las decisiones médicas es alguien que puede tomar decisiones de atención médica por usted, en caso de que usted esté demasiado enfermo/a para tomarlas.

PARTE 2: Tome sus propias decisiones de atención médica.

Este formulario le permite elegir el tipo de atención médica que desea. De esta forma, las personas que lo/a cuidan no tendrán que adivinar cuál es su voluntad si usted está demasiado enfermo/a para informarles.

PARTE 3: Firme el formulario.

Usted debe firmar este formulario en presencia de algunos testigos antes de poder usarlo o entregarlo a su doctor/a.

PARTE 4: Haga que su directiva anticipada sea válida legalmente.

Para hacerla válida en California, su directiva anticipada debe estar firmada por dos testigos O certificada ante un fedatario (notary public en inglés).



PARTE 1: Elija a un/a apoderado/a de sus decisiones médicas

La persona que puede tomar las decisiones de atención médica por usted, si usted está demasiado enfermo/a para tomarlas.

¿A quién debo elegir para que sea el/la apoderado/a de mis decisiones médicas?

Un/a familiar o amigo/a:

- que tenga por lo menos 18 años de edad
- que lo/la conozca bien
- que pueda estar ahí cuando lo/la necesite
- en quien confíe que hará lo mejor para usted
- que pueda informar a los/las doctores/as sobre las decisiones que usted tomó en este formulario

El/La apoderado/a de sus decisiones no puede ser su doctor/a ni alguien que trabaje en su hospital o clínica, a menos que él/ella sea un/a familiar.

¿Qué pasa si no elijo a un/a apoderado/ de mis decisiones médicas?

Si usted está demasiado enfermo/a para toma sus propias decisiones, los doctores pedirán que su familia o amigos tomen las decisiones por usted. Es posible que estas personas no sepan lo que usted quiere.

¿Qué tipo de decisiones puede tomar el/la apoderado/a de mis decisiones médicas?

Aceptar, decir que no, cambiar, detener o elegir:

- doctores/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales
- hospitales, clínicas o dónde va a vivir
- medicamentos, análisis o tratamientos
- qué sucede con su cuerpo y órganos cuando muera

El/La apoderado/a de sus decisiones deberá cumplir con las elecciones de atención médica que usted haga en la Parte 2.

Otras decisiones que puede tomar el/la apoderado/a de sus decisiones médicas:

- **Tratamientos de soporte vital** - atención médica para tratar de ayudarlo/a a vivir por más tiempo
 - RCP o reanimación cardiopulmonar
 - Esto puede implicar:
 - presionar con fuerza su pecho para que la sangre siga bombeando
 - descargas eléctricas para que su corazón vuelva a funcionar
 - medicinas en sus venas
 - Respirador artificial o ventilador
 - La máquina bombea aire a los pulmones y respira por usted.
 - Usted no puede hablar cuando está en la máquina.
 - Sonda de alimentación
 - Una sonda que se usa para alimentarlo/a si no puede tragar. La sonda se coloca por la garganta hasta el estómago. También se puede colocar por medio de una cirugía.

- Transfusiones sanguíneas
Para ponerle sangre en las venas.
- Diálisis
Una máquina que limpia la sangre si sus riñones dejan de funcionar.
- Cirugía
- Medicamentos
- **Atención al final de la vida** – Si va a morir pronto, su apoderado/a de las decisiones médicas puede:
 - llamar a un líder espiritual
 - decidir si muere en su casa o en el hospital
 - decidir dónde sepultarlo/a

PARTE 2: Tome sus propias decisiones de atención médica

Responda las preguntas del formulario relativas a sus elecciones de atención médica.

PARTE 3: Firme el formulario

Espera a firmar este formulario hasta que esté con dos testigos o con un fedatario (notary public en inglés).

PARTE 4: Haga que su directiva anticipada sea válida legalmente

Antes de poder usar su directiva anticipada, usted debe pedir que dos testigos O un fedatario la firmen.

Sus testigos deben:

- tener más de 18 años de edad
- conocerlo/a
- ver que usted firme este formulario

Sus testigos no pueden:

- ser su apoderado/a de decisiones médicas
- ser su médico/a
- trabajar en el lugar donde usted vive
(si vive en una casa de reposo, vaya a TBD?).

Además, un testigo no puede:

- tener algún parentesco con usted
- beneficiarse financieramente (recibir dinero o propiedades) después de que usted muera

Si no cuenta con testigos, un fedatario debe firmar su directiva anticipada debajo de su firma.

- El trabajo del notario público es asegurarse de que sea usted quien firme el formulario.
- Lleve una identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.) con usted.

SOLO PARA RESIDENTES DE CASAS DE REPOSO DE CALIFORNIA

Entregue la directiva anticipada al/a la directora/a de su casa de reposo ÚNICAMENTE si usted vive en una casa de reposo. La ley de California exige que el abogado de la casa de reposo sea uno de los testigos de las directivas anticipadas para los residentes de casas de reposo.

Preguntas frecuentes sobre la directiva anticipada

¿Qué pasa si cambio de opinión?

- Llene un nuevo formulario de directiva anticipada
- Cuénteles a quienes cuidan de usted acerca de sus cambios.
- Entregue el nuevo formulario al/a la apoderado/a de sus decisiones médicas y a su doctor/a.

¿Qué hago si tengo preguntas sobre el formulario?

Pídales a sus doctores/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, amigos/as o familiares que respondan a sus preguntas. Los/as abogados/as también pueden ayudarle.

¿Qué pasa si quiero tomar una decisión de atención médica que no está en este formulario?

- Escriba sus decisiones al reverso del formulario de directiva anticipada.
- Comparta este formulario y sus elecciones con su familia, amigos y médicos.

¿Cuándo entran en vigor las directivas anticipadas?

Este formulario entra en vigor solo cuando usted ya no puede tomar sus propias decisiones de atención médica. Mientras usted pueda otorgar un "consentimiento informado", sus médicos se basarán en USTED y NO en sus directivas anticipadas.

¿Dónde debo guardar mi directiva anticipada?

- Entregue el formulario firmado original a su equipo de atención médica si ingresa al hospital o en su próxima cita. Ellos escanearán la directiva anticipada en su expediente médico electrónico para que todo su equipo de atención pueda tener acceso a ella.
- Conserve el original para usted en un lugar seguro y fácilmente accesible. Usted y su familia deben estar de acuerdo en un lugar para guardarlo.
- Entregue una copia a la/s persona/s que toman sus decisiones médicas y a otros con los que se sienta cómodo/a: su pareja y otros familiares, su doctor/a, su abogado/a, su clérigo, y la casa de reposo en la que reside.

Vivo en Nevada, ¿la directiva anticipada de California es la adecuada para mí?

No. Usted debe llenar una directiva anticipada para el estado de Nevada. Puede encontrarla en bartonhealth.org/advancedirective

Tengo una directiva anticipada de otro estado, ¿qué debo hacer?

Entréguela al equipo de atención de Barton Health. Las directivas anticipadas de otros estados se cumplirán en todos los centros del sistema Barton Health.

My Advance Directive - My Legal Name is: _____

PARTE 1: Mi apoderado/a de decisiones médicas

Quiero que esta persona tome mis decisiones médicas si no puedo tomarlas por mí mismo/a.

Nombre	Apellido		
Número telefónico principal	Número telefónico secundario	Parentesco	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal

Si la primera persona no puede hacerlo, entonces quiero que esta persona tome mis decisiones médicas.

Nombre	Apellido		
Número telefónico principal	Número telefónico secundario	Parentesco	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal

¿Cómo quiere que el/la apoderado/a de decisiones médicas cumpla sus deseos de atención médica?

Coloque una X en la frase con la que esté más de acuerdo.

- Flexibilidad total:** Está bien que el/la apoderado/a de mis decisiones cambie cualquiera de mis decisiones médicas si mis doctores piensan que es lo mejor para mí en ese momento.
- Flexibilidad parcial:** Está bien que el/la apoderado/a de mis decisiones cambie algunas de mis decisiones si los doctores piensan que es lo mejor. Pero estos son algunos deseos que quiero que nunca se cambien:

- Sin flexibilidad:** Quiero que el/la apoderado/a de mis decisiones cumpla exactamente con mis deseos médicos, sea como sea. NO está bien cambiar mis decisiones, incluso si los doctores lo recomiendan.

Para tomar sus propias decisiones de atención médica vaya a la Parte 2 a continuación. Cuando termine, debe firmar al reverso de este formulario.

PARTE 2: Tome sus propias decisiones de atención médica

Escriba sus decisiones para que las personas que cuiden de usted no tengan que adivinar. Piense en lo que hace que su vida sea digna.

Mi vida es digna solo si puedo ((coloque una X al lado de todas las frases con las que está de acuerdo):

- hablar con mis familiares y amigos
- despertar de un coma
- alimentarme, bañarme o cuidarme solo/a
- no tener dolor
- vivir sin estar conectado/a a una máquina
- mi vida siempre es digna, sin importar lo enfermo/a que esté
- no estoy seguro/a

Si me estoy muriendo, para mí es importante estar:

- en casa
- en el hospital
- no estoy seguro/a

¿La religión o la espiritualidad son importantes para usted?

- no
 - sí
- Si tiene una, ¿cuál es su religión? _____

¿Qué deben saber sus doctores respecto a sus creencias religiosas o espirituales?

Tratamientos de soporte vital - Los tratamientos de soporte vital se usan para tratar de mantenerlo/a con vida. Pueden ser RCP, un respirador, sondas de alimentación, diálisis, transfusiones sanguíneas o medicamentos.

Le pedimos que lea toda la sección antes de hacer sus elecciones. Coloque una X al lado de la opción con la que está más de acuerdo.

- Probar todos los tratamientos de soporte vital que mis doctores crean que pueden ayudar. Si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de mejorar, **quiero permanecer en máquinas de soporte vital** incluso si estoy sufriendo.
- Probar todos los tratamientos de soporte vital que mis doctores crean que pueden ayudar. Si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de mejorar, **NO quiero permanecer en máquinas de soporte vital.** Si estoy sufriendo, quiero suspenderlas y que me quiten el soporte vital.
- No quiero tratamientos de soporte vital** y deseo enfocarme en estar cómodo/a. Prefiero tener una muerte natural.
- Quiero que **mi apoderado/a de decisiones médicas** decida por mí.
- No estoy seguro/a.

Donación de órganos - Sus doctores pueden pedir la donación de órganos después de que muera. Donar (dar) sus órganos puede salvar vidas. Díganos cuáles son sus deseos. Coloque una X al lado de **la** opción con la que más está de acuerdo.

- SÍ**, quiero donar mis órganos.
- NO, NO** quiero donar mis órganos.

Si la respuesta fue sí, ¿qué órganos quiere donar?

- cualquier órgano
- Solo
- Quiero que **mi apoderado/a de decisiones médicas** decida
- No estoy seguro/a.

¿Qué deben saber sus doctores sobre cómo desea que traten su cuerpo después de morir?

¿Es su voluntad tener un funeral o una sepultura?



¿Qué otros deseos son importantes para usted?

PARTE 3: Firme este formulario

Antes de poder usar este formulario, usted debe:

1) Firmar el formulario si tiene al menos 18 años de edad, y 2) hacer que dos testigos O un fedatario (notary public en inglés) firmen el formulario

Firme con su nombre y escriba la fecha a continuación.

Firme con su nombre Fecha

Escriba su nombre Escriba su apellido

Calle Ciudad Estado Código postal

PARTE 4: Firmas de los/las testigos

Al firmar, declaro que _____ (nombre) firmó este formulario mientras yo lo observaba. Él/ella pensaba claramente y no fue forzado/a a firmarlo.

También prometo que:

- conozco es esta persona y él/ella pudo comprobar quién era.
- soy mayor de 18 años
- no soy su apoderado/a de decisiones médicas
- no soy su médico/a
- no trabajo para su médico/a
- no trabajo donde él/ella vive

Un/a testigo también debe declarar que:

- no estoy emparentado con él/ella por sangre, matrimonio ni adopción
- no obtendré un beneficio financiero (recibir dinero o propiedad) cuando él/ella muera

Testigo #1

Firme con su nombre Fecha

Escriba su nombre Escriba su apellido

Calle Ciudad Estado Código postal

Testigo #2

Firme con su nombre Fecha

Escriba su nombre Escriba su apellido

Calle Ciudad Estado Código postal

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. (Not required if signed by two witnesses.) [Un fedatario u otro funcionario que llene este certificado verifica solo la identidad de la persona que firmó el documento al que se adjunta este certificado, y no la veracidad, precisión o validez de dicho documento. (No se requiere si lo firman dos testigos).]

ACKNOWLEDGMENT OF NOTARY PUBLIC (CERTIFICACIÓN DEL FEDATARIO)

State of California County of _____

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

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.
WITNESS my hand and official seal.

Signature of Notary Public _____

For California Nursing Home Residents ONLY

STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

“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.”

Sign your name Date

Print First Name Print Last Name

Street Address City State Zip code