

Directiva Anticipada para el Cuidado de la Salud

*respetando
su derecho
a que:*

Elija su agente de atención médica

Elija la autoridad otorgada a su agente para su atención médica

Elija sus preferencias relacionadas con el tratamiento y cuidado

Advance Directive for Health Care

*respecting
your
right to:*

Choose Your Healthcare Agent

Choose the Authority Given to Your Healthcare Agent

Choose Your Preferences Related to Treatment & Care

Nombre en letra de molde
Printed Name

Fecha de nacimiento
Birthdate

Explicación y Direcciones para esta Directiva Anticipada:

- Este es un documento legal importante que le permite definir sus opciones en relación con su futura atención médica.
- Esta es una forma de comunicar estas preferencias a quienes se preocupan por usted (amigos, familiares y otros) y a sus proveedores de atención médica (como su médico).
- Este documento se activa solo cuando no puede o elige no tomar decisiones de atención médica por sí mismo

#1 PARTE UNO es su elección para un **agente de atención médica** y suplentes. Esta es la persona o personas que usted elige para tomar decisiones de atención médica en su nombre.

#2 PARTE DOS son sus **opciones para las preferencias** de tratamiento, incluidas sus opciones para solicitar o rechazar un tratamiento médico.

#3 PARTE TRES son las firmas necesarias para **que este documento sea legal**. Puede llenar CUALQUIERA, Parte uno, Parte dos o ambas, pero SI ha llenado CUALQUIER sección de este formulario, entonces la Parte Tres DEBE completarse para que sea legal.

- Este documento NO otorga permiso a su agente de atención médica para:
 - 1) Tomar decisiones comerciales o financieras en su nombre.
 - 2) Hacer tratamientos de salud del comportamiento, esterilización, tratamientos u hospitalización involuntaria por enfermedad mental o emocional, o decisiones de enfermedad adictiva en su nombre.

Pasos a seguir después de completar esta Directiva Anticipada:

- Hable con la (s) persona (s) que nombró como su agente de atención médica y suplentes sobre sus metas y preferencias para su atención médica futura. Asegúrese de que él / ella sienta que puede desempeñar este papel importante.
- Hable con su familia y amigos cercanos. Asegúrese de que sepan quiénes son sus agentes y suplentes y cuáles son sus preferencias.
- Entregue a su agente de atención médica una copia completamente llena de su Directiva Anticipada. Haga copias y entréguelas a su médico y centro de salud.
- Guarde una copia donde pueda encontrarla fácilmente.
- Si va a ir al hospital o a un asilo de ancianos, lleve consigo una copia de este documento y solicite que se incluya en su expediente médico.

¿Qué hacer con una Directiva Anticipada antigua (GA Advance Directive, Living Will, etc.)?

- Destruir cualquier copia en papel.
- Dirigir a otra persona para que la destruya en presencia suya.
- Revocar firmando una declaración escrita y fechada o declarando que se revoca en presencia de un testigo.

¿Con qué frecuencia debería considerar realizar cambios en su Directiva Anticipada?

Es bueno revisar y actualizar su Directiva Anticipada cuando ocurra algo de lo siguiente:

- Década: Al comienzo de una nueva década de su vida (es decir, cada 10 años)
- Muerte: Si su agente de atención médica fallece y usted necesita nombrar a un nuevo agente o si sus elecciones han cambiado después de la muerte de un ser querido
- Divorcio: Si se casa con alguien que no sea su agente de atención médica o si se divorcia de su agente de atención médica, este documento se revoca automáticamente
- Diagnóstico - Si usted es diagnosticado con una enfermedad grave
- Deterioro de la salud: Si con el tiempo empeora su salud, especialmente si ya no puede vivir independientemente.

¿Necesita ayuda para llenar este documento?

Comuníquese con un facilitador de planificación de atención avanzada de Respecting Choices en nghs.com/respecting-choices para hacer una pregunta o programar una cita.

Explanation and Directions for this Advance Directive:

- This is an important legal document that allows you to define your choices as it relates to your future healthcare.
- This is a way to communicate these preferences to those who care about you (friends, family and others) and for your healthcare providers (like your doctor).
- This document activates only when you are unable to or choose not to make healthcare decisions for yourself.

#1 PART ONE is your choice for a **healthcare agent** and alternates. This is the person(s) you choose to make healthcare decisions on your behalf.

#2 PART TWO is your choices for **treatment preferences** including your choices in requesting or refusing medical treatment.

#3 PART THREE is the signatures needed to **make this document legal**. You may fill out EITHER Part One, Part Two, or both, but IF you have filled out ANY section of this form then Part Three **MUST** be filled in to make it legal.

- This document does NOT give permission for your healthcare agent to:
 - 1) make business or financial decisions on your behalf
 - 2) make behavioral health treatment, sterilization, treatment or involuntary hospitalization for mental or emotional illness, or addictive disease decisions on your behalf

Steps to take after completing this Advance Directive:

- Talk to the person(s) you named as your healthcare agent and alternates about your goals and preferences for future medical care. Be sure he/she feels he/she can serve in this important role.
- Talk to your family and close friends. Be sure they know who your agent and alternates are and what your preferences are.
- Give your healthcare agent a copy of your completed advance directive. Make copies and give to your doctor and healthcare facility
- Keep a copy where it can easily be found.
- If you are going to the hospital or a nursing home, take a copy of this document with you and ask that it be placed in your medical record.

What do you do with an old advance directive (GA Advance Directive, Living Will, etc.)?

- Destroy any paper copies.
- Direct another person to destroy it in your presence.
- Revoke it by signing a written and dated statement or by stating that it is revoked in the presence of a witness.

How often should you consider making changes to your advance directive?

It is good to review and update your advance directive when one of the following occurs:

- Decade – at the start of a new decade of your life (i.e., every 10 years)
- Death – if your healthcare agent dies and you need to name a new agent or if your choices have changed after the death of a loved one
- Divorce – if you marry someone other than your healthcare agent or if you divorce your healthcare agent, then this document is automatically revoked
- Diagnosis – if you are diagnosed with a serious illness
- Decline – if your health gets worse over time, especially if you are no longer able to live on your own

Need help completing this document?

Contact a Respecting Choices advance care planning facilitator at nghs.com/respecting-choices to ask a question or schedule an appointment.

Español

#1 PARTE UNO es su elección para un **AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA** y suplentes. Esta es la persona o personas que usted elige para tomar decisiones de atención médica en su nombre.

(PARTE UNO será efectiva incluso si la Parte 2 no está completa.)

¿A quién elegiría como su agente de atención médica?

- Alguien que lo conozca bien y que respete sus metas y valores.
- Alguien de confianza para tomar decisiones en circunstancias difíciles.
- Alguien que sea un buen defensor para usted y siga sus decisiones, incluso si él / ella no está de acuerdo con ellas.
- Alguien mayor de 18 años.

¿Quién NO debe ser su agente de atención médica?

- Su proveedor de atención médica si él / ella está directamente involucrado en su cuidado.
- Alguien menor de 18 años.

PARTE UNO: (Continúa en la página 5) 

English

#1 PART ONE is your choice for a **HEALTHCARE AGENT** and alternates. This is the person(s) you choose to make healthcare decisions on your behalf.

(PART ONE will be effective even if Part 2 is not completed)

Who should you choose as your healthcare agent?

- Someone who knows you well, and will respect your goals and values
- Someone you trust to make decisions in difficult circumstances
- Someone who will be a good advocate for you and follow your decisions, even if he/she may not agree with them
- Someone 18 years or older

Who must NOT be your healthcare agent?

- Your healthcare provider if he/she is directly involved in your care
- Someone younger than 18 years old

PART ONE: (Continued on page 5) 

Español

#1 PARTE UNO *a continuación...*

Si ya no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica (o elijo no hacerlo), esta Directiva Anticipada nombra a la persona que autorizo para tomarlas en mi nombre; incluso si no lleno mis preferencias de tratamiento en la siguiente parte. Esta persona será mi agente de salud.

La persona que escojo como mi agente de atención médica:

Nombre _____

Relación _____

Teléfono (Celular) _____ Teléfono (Trabajo) _____

Teléfono (Casa) _____

Dirección _____

Dirección de correo electrónico (opcional) _____

Si mi agente de atención médica no puede ser contactado dentro de un período de tiempo razonable o por algún motivo no puede o no quiere actuar como mi agente de atención médica, entonces selecciono a los siguientes agentes de atención médica para ser contactados por orden de elección.

PARTE UNO: (Continúa en la página 6) 

English

#1 PART ONE *continued...*

If I can no longer make my own healthcare decisions (or I choose not to), this advance directive names the person I authorize to make these choices on my behalf; even if I do not fill out my treatment preferences in the next part. This person will be my healthcare agent.

The person I choose as my healthcare agent:

Name _____

Relationship _____

Telephone (Cell) _____ Telephone (Work) _____

Telephone(Home) _____

Address _____

E-mail Address(optional) _____

If my healthcare agent cannot be contacted within a reasonable time period or for any reason is unable or unwilling to act as my healthcare agent, then I select the following back up healthcare agents to be contacted in order of choice.

PART ONE: (Continued on page 6) 

Español

#1 PARTE UNO *a continuación...*

Segunda opción:

Nombre _____
Relación _____
Teléfono (Celular) _____ Teléfono (Trabajo) _____
Teléfono (Casa) _____
Dirección _____
Dirección de correo electrónico (opcional) _____

Tercera opción:

Nombre _____
Relación _____
Teléfono (Celular) _____ Teléfono (Trabajo) _____
Teléfono (Casa) _____
Dirección _____

Dirección de correo electrónico (opcional)

Al marcar esta casilla, estoy indicando que no tengo un agente de atención médica. En su lugar, permita que mis selecciones en la Parte Dos guíen mis decisiones de atención médica.

PARTE UNO: (Continúa en la página 7) 

English

#1 PART ONE *continued...*

Second choice:

Name _____
Relationship _____
Telephone (Cell) _____ Telephone (Work) _____
Telephone(Home) _____
Address _____

E-mail Address(optional)

Third choice:

Name _____
Relationship _____
Telephone(Cell) _____
Telephone(Work) _____
Telephone(Home) _____
Address _____

E-mail Address(optional) _____

By checking this box, I'm indicating that I do not have a healthcare agent. Instead, please allow my selections on Part Two to guide my healthcare decisions.

PART ONE: (Continued on page 7) 

Español

#1 PARTE UNO *a continuación...*

Autoridad dada a mi agente de atención médica:

Entiendo que he elegido un agente de atención médica para tomar decisiones por mí, relacionadas con mi atención médica. Él / ella tendrá la misma autoridad para tomar cualquier decisión de atención médica que yo pueda tomar, incluyendo:

- Tomar mis instrucciones y lo que él o ella sabe de mis preferencias y valores para actuar en mi mejor interés.
- Autorizar, solicitar, rechazar, retirar y / o retener cualquier y todo tipo de medicamentos, tratamientos, procedimientos o atención médica.
- Consentir, negociar y / o contratar un centro o servicio de atención médica para mí, como vivienda asistida, centro de enfermería especializada, hospital u hospicio o asilo de ancianos. Estas acciones no harán que mi agente de atención médica sea responsable de pagar por estos servicios.
- Admitirme o darme de alta de cualquier centro de salud.
- Firmar y / o entregar cualquier documento o contrato necesario para mi atención médica.
- Revisar y divulgar mis expedientes médicos según sea necesario para mi atención médica.
- Acompañarme en cualquier ambulancia si se permite un pasajero. Visítame en cualquier centro de salud si la visita está permitida.

PARTE UNO: (Continúa en la página 8) 

English

#1 PART ONE *continued...*

Authority given to my healthcare agent:

I understand that I have chosen a healthcare agent to make decisions for me related to my health care.

He/she will have the same authority to make any healthcare decision that I could make, including:

- Take my instructions and what he or she knows of my preferences and values to act in my best interest.
- Authorize, request, refuse, withdraw, and/or withhold any and all types of medication, treatment, procedures or healthcare.
- Consent, negotiate and/or contract for any healthcare facility or service for me, such as assisted living, skilled nursing facility, hospital or hospice or nursing home. These actions will not make my healthcare agent liable to pay for these services.
- Admit or discharge me from any healthcare facility.
- Sign and/or deliver any documents or contracts needed for my health care.
- Review and release my medical records as needed for my medical care.
- Accompany me in any ambulance if a passenger is permitted. Visit me in any healthcare facility if visitation is permitted.

PART ONE: (Continued on page 8) 

Español

#1 PARTE UNO *a continuación...*

Nota: Según la ley de Georgia, un tribunal puede quitarle los poderes a su agente de atención médica si descubre que él/ella no está actuando de acuerdo con sus preferencias. Su agente de atención médica **NO** tiene el poder de tomar decisiones con respecto al tratamiento de salud del comportamiento, la esterilización, el tratamiento o la hospitalización involuntaria por enfermedad mental o emocional, o enfermedad adictiva.

Autoridad otorgada a mi agente de atención médica después de la muerte:

Entiendo que todas las siguientes autorizaciones también se otorgan a mi agente de atención médica.

Solo ponga sus iniciales en aquellos que **NO desea que tenga su agente de atención médica.**

Autopsia: Mi agente de atención médica **TENDRÁ** el poder de autorizar (dar permiso) para una autopsia, a menos que se indique lo contrario a continuación para limitar su autoridad (poder).

_____ (Firmar con iniciales) **NO** le doy la autorización a mi agente de atención médica para autorizar una autopsia (a menos que sea requerido por la ley).

Donación de Órganos y/o Donación de Cuerpo: Mi agente de atención médica **TENDRÁ** de le pr ode donar mi cuerpo para usarlo en un estudio médico y / o donar cualquiera de mis órganos, a menos que haya puesto acá abajo mis iniciales para limitar su autoridad.

_____ (Firmar con iniciales) **NO** le doy autoridad a mi agente de atención médica para donar mi cuerpo para usarlo en un estudio médico.

_____ (Firmar con iniciales) **NO** le doy autoridad a mi agente de atención médica para donar ninguno de mis órganos.

PARTE UNO: (Continúa en la página 9) 

English

#1 PART ONE *continued...*

Note: Under Georgia law, a court can take away the powers of your healthcare agent if it finds he/she is not acting in accordance with your preferences. Your healthcare agent **DOES NOT** have the power to make decisions regarding behavioral health treatment, sterilization, treatment or involuntary hospitalization for mental or emotional illness, or addictive disease.

Authority given to my healthcare agent after death:

I understand all of the following authorities are also given to my healthcare agent.

Only initial those you **DO NOT want your healthcare agent to have.**

Autopsy: My healthcare agent **WILL** have the power to authorize (give permission) for an autopsy unless initialed below to limit his/her authority (power).

_____ (Initial) I do **NOT** give the authority to my healthcare agent to authorize an autopsy (unless required by law).

Organ Donation and/or Body Donation: My healthcare agent **WILL** have the power to donate my body for use in a medical study and/or donate any of my organs unless initialed below to limit his/her authority.

_____ (Initial) I do **NOT** give authority to my healthcare agent to donate my body for use in a medical study.

_____ (Initial) I do **NOT** give authority to my healthcare agent to donate any of my organs.

PART ONE: (Continued on page 9) 

Español

#1 PARTE UNO *a continuación...*

Disposición Final del Cuerpo: Mi agente de atención médica TENDRÁ el poder de autorizar la disposición final de mi cuerpo, incluidos los arreglos funerarios y el entierro o la cremación, a menos que haya puesto acá abajo mis iniciales para limitar su autoridad.

_____ (Firmar con iniciales) NO le doy autoridad a mi agente de atención médica para tomar decisiones sobre la disposición final de mi cuerpo

Quiero que la siguiente persona tome decisiones sobre la disposición final de mi cuerpo:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Ponga sus iniciales en su preferencia para la disposición final de su cuerpo:

_____ (Firmar con iniciales) Quiero ser enterrado.

_____ (Firmar con iniciales) Quiero ser cremado.

— Fin de la Parte Uno —

English

#1 PART ONE *continued...*

Final Disposition of Body: My healthcare agent WILL have the power to authorize the final disposition of my body including funeral arrangements and burial or cremation unless I have initialed below to limit his/her authority.

_____ (Initial) I do NOT give authority to my healthcare agent to make decisions about the final disposition of my body.

I want the following person to make decisions about the final disposition of my body:

Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Initial your preference for the final disposition of your body:

_____ (Initial) I want to be buried.

_____ (Initial) I want to be cremated.

— End of Part One —

Español

#2 PARTE DOS son sus **OPCIONES PARA LAS PREFERENCIAS** de tratamiento, incluidas sus opciones para solicitar o rechazar un tratamiento médico.

Ésta es su oportunidad de aclarar sus preferencias. Si eligió un agente de atención médica en la Parte Uno, entonces él/ella tendrá la autoridad para tomar todas las decisiones de atención médica en relación a los asuntos de la Parte Dos. Su agente de atención médica o suplentes y sus médicos se referirán a esta sección como una guía mientras lo atienden. Si NO nombró a un agente de atención médica o suplentes o si no puede comunicarse con él/ella, puede dar instrucciones sobre su atención médica con las opciones que se indican a continuación.

La Segunda Parte solo se hará efectiva si no puede comunicarse. Su condición de inconsciencia permanente o enfermedad terminal será documentada por escrito después de un examen personal por parte de su médico tratante y una segunda opinión médica.

(La Parte 2 será efectiva incluso si la Parte 1 no está completa.)

PARTE DOS: (Continúa en la página 11) 

English

#2 PART TWO is your choices for **TREATMENT PREFERENCES** including your choices in requesting or refusing medical treatment.

This is your opportunity to make your preferences clear. If you chose a healthcare agent in Part One, then he/she will have the authority to make all healthcare decisions for you regarding matters in Part Two. Your healthcare agent or alternates and your doctors will refer to this section as a guide as they care for you. If you did NOT name a healthcare agent or alternates or if your he/she cannot be reached, you can direct your care with the choices you indicate below.

Part Two will only be activated if you are unable to communicate. Your condition of permanent unconsciousness or terminal illness will be documented in writing after personal examination by your attending physician and a second physician.

(Part 2 will be effective even if Part 1 is not completed.)

PART TWO: (Continued on page 11) 

Español

#2 PARTE DOS *a continuación...*

CON CUALQUIER ELECCIÓN A CONTINUACIÓN, entiendo que se me mantendrá limpio y cómodo y continuaré recibiendo medicamentos para el dolor y para estar cómodo.

Firme con sus inicialices en cada declaración que elija como sus preferencias de tratamiento que pueden prolongar la vida si se encuentra en esta situación:

1. **Si tengo una enfermedad terminal** (una condición incurable o irreversible) y los médicos creen que voy a morir dentro de un período de corto tiempo, esta es mi elección:

0 a) _____ **Quiero prolongar mi vida el mayor tiempo posible** utilizando todos los tratamientos que los médicos consideren razonables. Algunos ejemplos son una máquina que respira por mí (respirador / ventilador), tubos de alimentación, productos sanguíneos, medicamentos y / o fluidos administrados por vía intravenosa para afecciones médicas crónicas.

b) _____ **Quiero permitir que ocurra mi muerte natural** al rechazar o detener todos los tratamientos, excepto los que elija a continuación (i, ii, iii):

i) _____ Si no puedo tomar nutrición por vía oral, quiero recibir nutrición por sonda u otro medio médico.

ii) _____ Si no puedo tomar líquidos por la boca, quiero recibir líquidos por sonda u otros medios médicos.

iii) _____ Si necesito ayuda para respirar, quiero que se use un ventilador/ respirador.

PARTE DOS: (Continúa en la página 12) 

English

#2 PART TWO *continued...*

WITH ANY CHOICE BELOW, I understand I will be kept clean and comfortable and continue to receive pain and comfort medicines.

Initial each statement you choose as your treatment preferences that may prolong life if you are in this situation:

1. **If I have a terminal illness** (an incurable or irreversible condition) and the doctors believe I will die within a short period of time, this is my choice:

OR a) _____ **I want to extend my life for as long as possible** using all treatments that the doctors believe are reasonable. Some examples are a machine that breathes for me (respirator/ventilator), feeding tubes, blood products, medications, and/or fluids given to me through an IV or treatments for chronic medical conditions.

b) _____ **I want to allow my natural death to occur** by refusing or stopping all treatments except any I choose below (i, ii, iii):

i) _____ If I am unable to take nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube or other medical means.

ii) _____ If I am unable to take fluids by mouth, I want to receive fluids by tube or other medical means.

iii) _____ If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator/respirator used.

PART TWO: (Continued on page 12) 

Español

#2 PARTE DOS *a continuación...*

2. **Si tengo un estado de inconsciencia permanente** (una condición incurable o irreversible) en el que los médicos creen que no se espera que recupere la capacidad de saber quién soy, quiénes son mis amigos y mi familia o dónde estoy, esta es mi elección:

a) _____ **Quiero prolongar mi vida el mayor tiempo posible** utilizando todos los tratamientos que los médicos consideren razonables. Algunos ejemplos son una máquina que respira por mí (respirador / ventilador), tubos de alimentación, productos hemoderivados, medicamentos y / o líquidos que se me administran por IV o tratamientos para afecciones médicas crónicas.

0

b) _____ **Quiero permitir que ocurra mi muerte natural** al rechazar o detener todos los tratamientos, excepto los que elija a continuación (i, ii, iii):

i) _____ Si no puedo recibir nutrición por vía oral, quiero recibirla por sonda u otro medio médico.

ii) _____ Si no puedo tomar líquidos por la boca, quiero recibirlos por sonda u otros medios médicos.

iii) _____ Si necesito ayuda para respirar, quiero que se use un ventilador / respirador.

PARTE DOS: (Continúa en la página 13) 

English

#2 PART TWO *continued...*

2. **If I have a state of permanent unconsciousness** (an incurable or irreversible condition) in which the doctors believe I am not expected to recover the ability to know who I am, who my friends and family are or where I am, this is my choice:

a) _____ **I want to extend my life for as long as possible** using all treatments that the doctors believe are reasonable. Some examples are a machine that breathes for me (respirator/ventilator), feeding tubes, blood products, medications, and/or fluids given to me through an IV or treatments for chronic medical conditions.

OR

b) _____ **I want to allow my natural death to occur** by refusing or stopping all treatments except any I choose below (i, ii, iii):

i) _____ If I am unable to take nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube or other medical means.

ii) _____ If I am unable to take fluids by mouth, I want to receive fluids by tube or other medical means.

iii) _____ If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator/respirator used.

PART TWO: (Continued on page 13) 

Español

#2 PARTE DOS *a continuación...*

3. **Reanimación cardiopulmonar, o RCP *** (CPR, por sus siglas en inglés) Según mi estado de salud actual, ésta es mi elección acerca de la RCP si mi corazón se detiene (escriba sus iniciales sólo en una):

_____ **Quiero RCP**

_____ **Quiero un intento de RCP A MENOS QUE mi médico determine:**

- Tengo una afección médica sin posibilidad razonable de supervivencia con RCP, o
- RCP me haría más daño que ayudarme.

_____ **No quiero RCP.** Déjenme fallecer de muerte natural.

* Si no desea que el personal de emergencia le administre RCP, deberá hablar con su médico acerca de cómo llenar las órdenes médicas del estado de Georgia del tratamiento para mantener la vida (POLST, por sus siglas en inglés).

English

#2 PART TWO *continued...*

3. **Cardiopulmonary resuscitation (CPR)*** Based on my current health, this is my choice about CPR if my heart stops (Initial one):

_____ **I want CPR**

_____ **I want CPR attempted UNLESS my doctor determines:**

- I have a medical condition with no reasonable chance of survival with CPR, or
- CPR would harm me more than help me.

_____ **I do not want CPR.** Let me die a natural death.

*If you do not want emergency personnel to give you CPR, you will need to talk to your doctor about completing the Georgia Physician Orders for Life Sustaining Treatment (POLST).

Español

#2 PARTE DOS *a continuación...*

4. _____ **En caso de embarazo,** entiendo que, bajo la ley de Georgia, mis preferencias de tratamiento no estarán vigentes si el feto es viable. Al poner mis iniciales en esta declaración, quiero que mis preferencias de tratamiento en la Parte dos se lleven a cabo si el feto no es viable.

PARTE DOS: (Continúa en la página 14) 

English

#2 PART TWO *continued...*

4. _____ **In case of pregnancy,** I understand that under Georgia law, my treatment preferences will not be in effect if the fetus is viable. By initialing this statement, I want my treatment preferences in Part Two to be carried out if the fetus is not viable.

PART TWO: (Continued on page 14) 

Español

#2 PARTE DOS *a continuación...*

Mi elección de preferencias relacionadas con medidas para estar cómodo(a):

(Marque las siguientes medidas de comodidad que le gustaría que su familia le proporcione.)

_____ Me gustaría escuchar música. Mis canciones / artistas / géneros favoritos son: _____

_____ Me gustaría que me leyeran. Mis libros / revistas / autores favoritos son: _____

_____ Me gustaría recibir visitas de un proveedor de cuidado espiritual: El nombre y la información de contacto de mi proveedor de cuidado espiritual es (si aplica) _____

_____ Me gustaría recibir aseo personal de mis uñas, cabello y dientes, siempre y cuando no vaya a causarme dolor.

_____ Otras opciones que me gustaría tener para estar más cómodo(a) (como cobijas calientes, masajes, etc.): _____

PARTE DOS: (Continúa en la página 15) 

English

#2 PART TWO *continued...*

My choice for preferences related to comfort measures:

(Check the following comfort measures you would like your family to provide.)

_____ I would like music played. My favorite songs/artists/genres are: _____

_____ I would like to be read to. My favorite books/magazines/authors are: _____

_____ I would like visits from a spiritual caregiver: My spiritual caregiver's name and contact information (if applicable) _____

_____ I would like grooming such as the personal care of nails, hair, and teeth as long as they don't appear to cause me pain.

_____ Other choices I would like as comfort measures (such as warm blankets, massages, etc.): _____

PART TWO: (Continued on page 15) 

Español

#2 PARTE DOS *a continuación...*

Mi elección de preferencias después de mi muerte:

Mis elecciones para la autopsia, la donación de órganos y / o la disposición del cuerpo mediante entierro o cremación se enumeran en la Parte Uno: Autoridad dada a mi agente de atención médica. A continuación, están mis preferencias después de la muerte que me gustaría que mis seres queridos supieran.

- La funeraria que preero es _____
- Me gustaría que mis restos sean colocados en la siguiente ubicación _____
- Servicio funeral (marque uno):
_____ Sí
_____ No
- Incluyan por favor la siguiente música, canciones, lecturas y solicitudes:

— Fin de la Parte Dos —

English

#2 PART TWO *continued...*

My choice for preferences after my death:

My choices for autopsy, organ donation, and/or disposition of body by burial or cremation are listed in Part One: Authority of My Healthcare Agent. Below are my preferences after death that I would like my loved ones to know.

- My funeral home preference is _____
- I would like my remains placed in the following location _____
- Memorial Service (check one):
_____ Yes
_____ No
- Please include the following music, songs, readings and requests:

— End of Part Two —

Español

#3 PARTE TRES HACIENDO LEGAL ESTE DOCUMENTO

Firme y feche (o reconozca haber firmado y fechado) este formulario en presencia de dos testigos. Ambos testigos deben ser capaces emocional y mentalmente y tener al menos 18 años de edad, pero los testigos no tienen que estar juntos ni presentarse con usted cuando firme este formulario. Un testigo:

- No puede ser una persona que haya sido seleccionada para ser su agente de atención médica o agente de atención médica de respaldo
- No puede ser una persona que obtenga ganancias nacieras por su muerte
- No puede ser una persona que esté directamente involucrada en su atención médica

Sólo uno de los testigos puede ser un empleado, agente o miembro del personal médico del hospital, centro de enfermería especializada, hospicio u otro centro de atención médica en el que este recibiendo atención médica (pero, nuevamente, esta persona no puede participar directamente en su atención médica).

Mi firma y fecha

Este formulario revoca cualquier Voluntad Anticipada para atención médica, poder legal duradero para atención médica, apoderado para atención médica o testamento vital que haya hecho antes de esta fecha. Este formulario no revoca una voluntad anticipada para el tratamiento de la salud de la conducta.

Soy capaz emocional y mentalmente de hacer esta Voluntad Anticipada y entiendo su propósito y efecto.

Estoy de acuerdo con todo lo que está escrito en este documento y he llenado este documento por voluntad propia.

Firma _____

Fecha _____

PARTE TRES: (Continúa en la página 17) 

English

#3 PART THREE MAKING THIS DOCUMENT LEGAL

Sign and date (or acknowledge signing and dating) this form in the presence of two witnesses. Both witnesses must be emotionally and mentally capable and at least 18 years of age, but the witnesses do not have to be together or present with you when you sign this form. A witness:

- Cannot be a person who was selected to be your healthcare agent or back-up healthcare agent(s)
- Cannot be a person who will gain financially from your death
- Cannot be a person who is directly involved in your healthcare

Only one of the witnesses may be an employee, agent or medical staff member of the hospital, skilled nursing facility, hospice or other healthcare facility in which you are receiving healthcare (but again, this person cannot be directly involved in your healthcare).

My signature and date

This form revokes any advance directive for healthcare, durable power of attorney for healthcare, healthcare proxy, or living will that I have completed before this date. This form does not revoke an advance directive for behavioral health treatment.

I am emotionally and mentally capable of making this advance directive and I understand its purpose and effect.

I agree with everything written in this document and have completed this document of my free will.

Signature _____

Date _____

PART THREE: (Continued on page 17) 

Español

#3 PARTE TRES *a continuación...*

Mis testigos

Esta persona firmó este formulario en mi presencia o reconoció ante mí, haberlo firmado. Creo que esta persona es capaz emocional y mentalmente de hacer esta Voluntad Anticipada. Tengo al menos 18 años de edad y firmé este formulario en forma voluntaria y gustosamente.

Testigo número uno:

Firma _____

Fecha _____

Nombre del testigo en letras de molde _____

Dirección _____

Testigo número dos:

Firma _____

Fecha _____

Nombre del testigo en letras de molde _____

Dirección _____

*Este formulario NO necesita ser notariado.

— Fin —

English

#3 PART THREE *continued...*

My Witnesses

This person signed this form in my presence or acknowledged signing this form to me. I believe this person to be emotionally and mentally capable of making this advance directive. I am at least 18 years old and I signed this form willingly and voluntarily.

Witness Number One:

Signature _____

Date _____

Printed Name of Witness _____

Address _____

Witness Number Two:

Signature _____

Date _____

Printed Name of Witness _____

Address _____

*This form does NOT need to be notarized.

— End —