

Instrucción anticipada de atención de salud de California



ENGLISH

- 1 • This form has both Spanish and English pages.
- 2 • Both pages say the **same thing**.
- 3 • This is so your doctors will know your wishes.
- 4 • You **only** need to fill out the Spanish pages.

ESPAÑOL

- 1 • Este formulario tiene páginas en español y en inglés.
- 2 • Ambas páginas dicen **lo mismo**.
- 3 • Esto es para que sus médicos entiendan sus deseos.
- 4 • **Solamente** necesita llenar las páginas que están en español.

Vaya a la página siguiente.



California Advance Health Care Directive

This form lets you have a say about how you want to be treated if you get very sick.

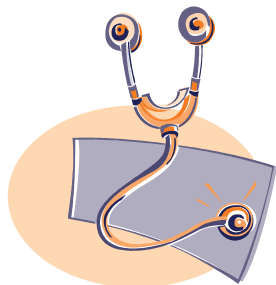


● This form has 3 parts. It lets you:



Part 1: Choose a health care agent.

A health care agent is a person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.



Part 2: Make your own health care choices.

This form lets you choose the kind of health care you want.

This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are too sick to tell them yourself.



Part 3: Sign the form.

It must be signed before it can be used.

You can fill out Part 1, Part 2, or both.

Fill out **only** the parts you want.

Always sign the form in Part 3.

Go to the next page 

Instrucción anticipada de atención de salud de California

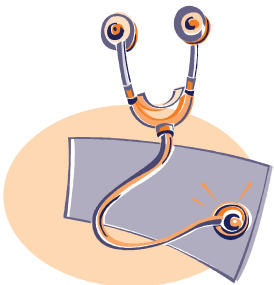
Este formulario le permite indicar la manera en que desea que lo traten si está muy enfermo.



● Este formulario consta de 3 partes.
Le permite:

Parte 1: Escoger a un apoderado de atención de salud.

Un apoderado de atención de salud es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.



Parte 2: Tomar sus propias decisiones en cuanto a su atención de salud.

Este formulario le permite escoger el tipo de atención de salud que desea. De esta manera, las personas encargadas de su cuidado no tendrán que adivinar lo que desea si está muy enfermo para decirlo por usted mismo.



Parte 3: Firmar el formulario.

Se debe firmar antes de que se pueda usar.

Usted puede llenar la Parte 1, la Parte 2 o ambas.

Llene sólo las partes que desee.

Siempre firme el formulario en la Parte 3.

Vaya a la página siguiente.



If you only want a health care agent go to **Part 1** on page 3.

If you only want to make your own health care choices go to **Part 2** on page 6.

If you want both then fill out **Part 1 and Part 2.**

Always sign the form in **Part 3** on page 9.

What do I do with the form after I fill it out?

Share the form with those who care for you:

- doctors
- nurses
- social workers
- family
- friends



What if I change my mind?

- Change the form.
- Tell those that care for you about your changes.



What if I have questions about the form?

- Bring it to your doctors, nurses, social workers, family or friends to answer your questions.



What if I want to make health care choices that are not on this form?

- Write your choices on a piece of paper.
- Keep the paper with this form.
- Share your choices with those who care for you.

Si sólo desea un apoderado de atención de salud, vaya a la Parte 1 en la página 3.

Si sólo desea tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página 6.

Si desea hacer ambas cosas, llene la Parte 1 y la Parte 2.

Siempre firme el formulario en la Parte 3 que está en la página 9.

● **¿Qué hago con el formulario después de llenarlo?**

Compártalo con aquellos encargados de su cuidado:

- médicos
- enfermeras
- trabajadores sociales
- familiares
- amigos



● **¿Qué sucede si cambio de opinión?**

- Cambie el formulario.
- Informe sobre los cambios a aquellos encargados de su cuidado.



● **¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el formulario?**

- Hágaselas a los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, familiares o amigos para que se las respondan.



● **¿Qué sucede si tengo decisiones de atención de salud que no aparecen en este formulario?**

- Escriba sus decisiones en una hoja.
- Mantenga la hoja junto a este formulario.
- Comparta sus decisiones con aquellos encargados de su cuidado.

PART 1

Choose your health care agent

The person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.

Whom should I choose to be my health care agent?

A family member or friend who:



- is at least 18 years old
- knows you well
- can be there for you when you need them
- you trust to do what is best for you
- can tell your doctors about the decisions you made on this form

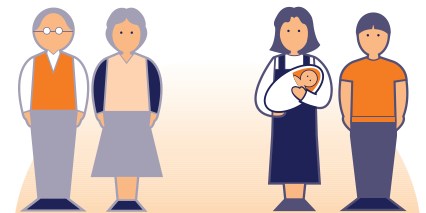


Your agent **cannot** be your doctor or someone who works at your hospital or clinic, unless they are a family member.

What will happen if I do not choose a health care agent?

If you are too sick to make your own decisions, your doctors will ask your closest family members to make decisions for you.

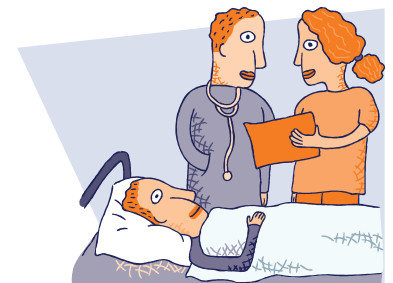
If you want your agent to be someone other than family, you must write his or her name on this form.



What kind of decisions can my health care agent make?

Agree to, say no to, change, stop or choose:

- doctors, nurses, social workers
- hospitals or clinics
- medications or tests
- what happens to your body and organs after you die



Go to the next page



3

Escoja su apoderado de atención de salud

La persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.

¿A quién debo escoger como mi apoderado de atención de salud?

Un familiar o amigo que:

- tenga 18 años o más de edad
 - lo conozca bien
- pueda estar con usted cuando lo necesite
usted confíe que hará lo mejor para usted
pueda informarle a los médicos sobre las decisiones que tomó en este formulario

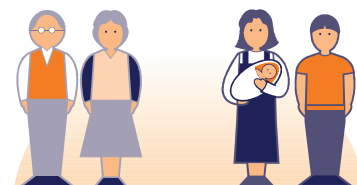


Su apoderado **no puede** ser su médico o alguien que trabaje en el hospital o clínica, a menos que sea un familiar.

¿Qué sucede si no escojo a un apoderado de atención de salud?

Si está muy enfermo como para tomar sus propias decisiones, los médicos les pedirán a sus familiares más íntimos que tomen las decisiones por usted.

Si desea que su apoderado no sea un familiar, debe escribir su nombre en este formulario.



¿Qué tipo de decisiones puede tomar mi apoderado de atención de salud?

Aceptar, rechazar, cambiar, suspender o escoger:

- a médicos, enfermeras y trabajadores sociales.
- hospitales o clínicas
- medicamentos o exámenes
- lo que sucederá con su cuerpo y órganos después de su muerte



Vaya a la página siguiente.

Other decisions your agent can make:

● **Life support treatments** - medical care to try to help you live longer

- **CPR or cardiopulmonary resuscitation**

cardio = heart pulmonary = lungs resuscitation = to bring back

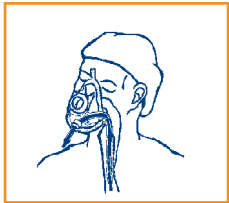


This may involve:

- pressing hard on your chest to keep your blood pumping
- electrical shocks to jump start your heart
- medicines in your veins

- **Breathing machine or ventilator**

The machine pumps air into your lungs and breathes for you. You are not able to talk when you are on the machine.



- **Dialysis**

A machine that cleans your blood if your kidneys stop working.

- **Feeding Tube**

A tube used to feed you if you cannot swallow. The tube is placed down your throat into your stomach. It can also be placed by surgery.



- **Blood transfusions**

To put blood in your veins.

- **Surgery**

- **Medicines**

● **End of life care** - if you might die soon your health care agent can:



- call in a spiritual leader
- decide if you die at home or in the hospital



Show your health care agent this form.

Tell your agent what kind of medical care you want.



Otras decisiones que su apoderado puede tomar:

- **Tratamientos de mantenimiento de vida:** tratamiento médico para ayudarle a vivir más tiempo.

- **CPR o reanimación cardiopulmonar**

cardio = corazón pulmonar = pulmones resucitación = reanimación

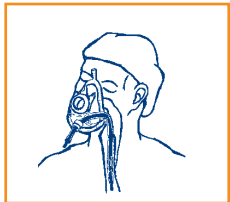


Esto puede incluir:

- presionar con fuerza su pecho para mantener la circulación de la sangre
- choque eléctrico para hacer que su corazón vuelva a funcionar
- medicamentos a través de sus venas

- **Respirador artificial**

El respirador bombea aire a sus pulmones y respira por usted. Usted no puede hablar cuando se encuentra conectado al respirador.



- **Diálisis**

Una máquina que limpia su sangre si sus riñones dejan de funcionar.

- **Sonda de alimentación**

Una sonda que se usa para alimentarle si no puede tragar. Esta sonda se inserta por la garganta hasta su estómago. También se puede colocar con una cirugía.



- **Transfusiones de sangre**

Poner sangre en sus venas.

- **Cirugía**

- **Medicamentos**

- **Cuidados paliativos:** Si existe la posibilidad de que muera pronto su apoderado de atención de salud puede:

- llamar a un consejero espiritual
- decidir si muere en su casa o en el hospital



Comparta este formulario con su apoderado de atención de salud.
Dígale a su apoderado el tipo de tratamiento médico que desea.



Your Health Care Agent



- I want this person to make my medical decisions.

first name

last name

street address

city

state

zip code

() -

() -

home phone number

work phone number

- If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions.

first name

last name

street address

city

state

zip code

() -

() -

home phone number

work phone number

- Put an X next to the sentence you agree with.

- My health care agent can make decisions for me **now**.
- My health care agent will make decisions for me **only** after I cannot make my own decisions.

To make your own health care choices go to part 2 on the next page.

To sign this form go to part 3 on page 9.



Su apoderado de atención de salud

- Yo deseo que esta persona ayude a tomar mis decisiones médicas.

nombre

apellido

dirección

ciudad

estado

código postal

() -

() -

número de teléfono particular

número de teléfono del trabajo

- Si la primera persona no lo puede hacer, entonces deseo que esta persona ayude a tomar mis decisiones médicas.

nombre

apellido

dirección

ciudad

estado

código postal

() -

() -

número de teléfono particular

número de teléfono del trabajo

- Marque con una X la frase con la cual esté de acuerdo.

- Mi apoderado de atención de salud puede tomar decisiones por mí **ahora**.
- Mi apoderado de atención de salud tomará decisiones por mí **sólo** cuando yo no pueda tomar las decisiones por mí mismo.

Para tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 de la página siguiente.

Para firmar este formulario vaya a la Parte 3 en la página 9.

PART 2

Make your own health care choices

Write down your choices so those who care for you will not have to guess.

Think about what makes your life worth living.

Put an X next to **all** the sentences you most agree with.

1 **My life is **only** worth living if I can:**

- a talk to family or friends
- b wake up from a coma
- c feed, bathe, or take care of myself
- d be free from pain
- e live without being hooked up to machines
- f I am not sure



2 **My life is always worth living no matter how sick I am**

If I am dying, it is important for me to be:

- 1** at home **2** in the hospital **3** I am not sure

Is religion or spirituality important to you?

- 1** yes **2** no

What should your doctors know about your religion or spirituality?

If you are sick, your doctors and nurses will always try to keep you comfortable and free from pain.



PARTE 2 Tome sus propias decisiones de atención de salud

Escriba sus decisiones de manera que aquellos encargados de su cuidado no tengan que adivinar.

- Piense en las cosas que hacen que su vida valga la pena. Marque con una X todas las frases con las cuales esté más de acuerdo.

1 Mi vida sólo vale la pena si puedo:

- a conversar con mi familia o amigos
- b despertar de un estado de coma
- c alimentarme, bañarme y cuidar de mí mismo
- d no sentir dolor
- e vivir sin estar conectado a máquinas
- f no estoy seguro



2 Mi vida siempre vale la pena sin importar lo enfermo que esté.

- Si estoy muriendo, es importante para mí estar:

- 1 en casa 2 en el hospital 3 no estoy seguro

- ¿Es importante para usted la religión o la espiritualidad?

- 1 Sí 2 No

- ¿Qué deben saber los médicos sobre su religión o espiritualidad?

Si está enfermo, sus médicos y enfermeras siempre intentarán mantenerlo lo más cómodo posible y sin dolor.



Life support treatments are used to try to keep you alive. These can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, blood transfusions, or medicine.

Put an X next to the sentences you most agree with.

Please read this whole page before you make your choices.

● If I am so sick that I may die soon:

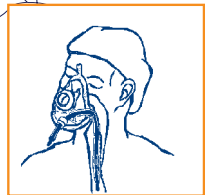
- 1 Try all life support treatments that my doctors think might help.

If the treatments **do not work** and there is little hope of getting better, **I want to stay** on life support machines.



- 2 Try all life support treatments that my doctors think might help.

If the treatments **do not work** and there is little hope of getting better, **I do not want to stay** on life support machines.



- 3 Try all life support treatments that my doctors think might help **but not** these treatments. Mark what you do not want.

- | | |
|--|---|
| a <input type="radio"/> CPR | e <input type="radio"/> feeding tube |
| b <input type="radio"/> dialysis | f <input type="radio"/> blood transfusion |
| c <input type="radio"/> breathing machine | g <input type="radio"/> medicine |
| d <input type="radio"/> other treatments _____ | |

- 4 I **do not want any** life support treatments.

- 5 I want my **health care agent** to decide for me.

- 6 I am not sure.

Go to the next page



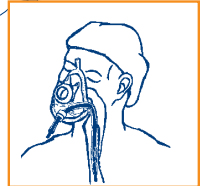
Parte 2: Tome sus propias decisiones de atención de salud

Los tratamientos de mantenimiento de vida se usan para mantenerlo vivo. Éstos pueden ser CPR, un respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis, transfusiones de sangre o medicamentos.

Marque con una X las frases con las cuales esté más de acuerdo.
Lea toda esta página antes de tomar sus decisiones.

● Si estoy muy enfermo y puedo morir pronto:

- 1 Deseo que se intenten todos los tratamientos de mantenimiento de vida que mis médicos creen que pueden ayudar. Si los tratamientos **no funcionan** y existe una mínima esperanza de mejorarme, **deseo que me conecten** a máquinas de mantenimiento de vida.
- 2 Deseo que se intenten todos los tratamientos de mantenimiento de vida que mis médicos creen que pueden ayudar. Si los tratamientos **no funcionan**, y existe una mínima esperanza de mejorarme, **no deseo que me conecten** a máquinas de mantenimiento de vida.
- 3 Deseo que se intenten todos los tratamientos de mantenimiento de vida que mis médicos creen que pueden ayudar, **pero** no los siguientes. Marque los tratamientos que no desee.
 - a CPR
 - b diálisis
 - c respirador artificial
 - d otros tratamientos _____
 - e sonda de alimentación
 - f transfusión de sangre
 - g medicamentos
- 4 **No deseo ningún** tratamiento de mantenimiento de vida.
- 5 Deseo que mi **apoderado de atención de salud** decida por mí.
- 6 No estoy seguro.



Vaya a la página siguiente.

Part 2: Make your own health care choices

Your doctors may ask about organ donation and autopsy after you die.
Please tell us your wishes.

Put an X next to the sentences you most agree with

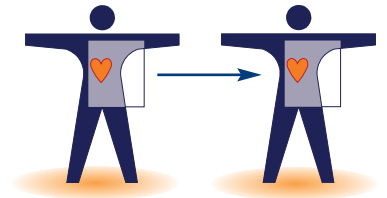
● Donating (giving) your organs can help save lives.

1 I **want** to donate my organs.

Which organs do you want to donate?

a any organs

b only _____



2 I **do not** want to donate my organs.

3 I want my **health care agent** to decide.

4 I am not sure.

● An autopsy can be done after death to find out why someone died. It is done by surgery. It can take a few days.

1 I **want** an autopsy.

2 I **do not** want an autopsy.

3 I may want an autopsy if there are questions

4 I want my **health care agent** to decide.

5 I am not sure.



● What should your doctors know about how you want your body to be treated after you die?



Parte 2: Tome sus propias decisiones de atención de salud

Sus médicos pueden preguntar sobre la donación de órganos y autopsia después de morir. Infórmenos sus deseos.

Marque con una X las frases con las cuales esté más de acuerdo.

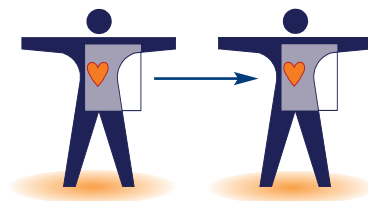
● Donar (dar) sus órganos puede ayudar a salvar vidas.

1 **Deseo** donar mis órganos.

¿Qué órganos desea donar?

a cualquier órgano

b sólo _____



2 **No deseo** donar mis órganos.

3 Deseo que mi **apoderado de atención de salud** decida.

4 No estoy seguro.

● Se puede realizar una autopsia después de la muerte para saber por qué murió una persona. Se realiza mediante una cirugía. Puede tardar algunos días.

1 **Deseo** una autopsia.

2 **No deseo** una autopsia.

3 Es posible que desee una autopsia si existe alguna duda sobre mi muerte.

4 Deseo que mi **apoderado de atención de salud** decida.

5 No estoy seguro.



● ¿Qué deben saber sus médicos sobre la forma en que desea se trate su cuerpo después de que muera?



PART 3 Sign the form

Before this form can be used, you must:

- sign this form
- have two witnesses sign the form

If you do not have witnesses, you need a notary public.
A notary public's job is to make sure it is you signing the form.



Sign your name and write the date.

_____ / /
sign your name date

_____ print your first name print your last name

_____ address city state zip code

Your witnesses must:

- be over 18 years of age
- know you
- see you sign this form



Your witnesses cannot:

- be your health care agent
- be your health care provider
- work for your health care provider
- work at the place that you live (if you live in a nursing home go to page 12)

Also, one witness cannot:

- be related to you in any way
- benefit financially (get any money or property) after you die

Witnesses need to sign their names on the next page.

If you do not have witnesses, take this form to a notary public and have them sign on page 11.

PARTE 3 Firme el formulario

Antes de que se pueda usar este formulario, usted debe:

- firmarlo
- decirle a dos testigos que lo firmen

Si no tiene testigos, tendrá que ser ante un notario público. El trabajo del notario público es asegurarse de que sea usted quien firma el formulario.



Firme e indique la fecha.

_____	/	/	_____
firma			fecha
_____			_____
nombre en letra de molde			apellido en letra de molde
_____			_____
dirección	ciudad	estado	código postal

Sus testigos deben:

- ser mayor de 18 años
- conocerlo
- verlo firmar este formulario



Sus testigos no pueden:

- ser su agente de cuidado médico
- ser su proveedor médico
- trabajar para su proveedor médico
- trabajar en el lugar donde vive (si vive en un hospital de enfermería y rehabilitación a largo plazo, vaya a la página 12)

También, uno de los testigos no puede:

- ser su familiar, de ningún modo
- obtener beneficios tal como dinero o propiedad después de que usted muera

Los testigos tienen que firmar la página siguiente.

Si no tiene testigos, lleve este formulario a un notario público y pídale que firme la página 11.

Part 3: Sign the form

Have your witnesses sign their names and write the date

By signing, I promise that _____, signed this form while I watched. They were thinking clearly and were not forced to sign it.

I also promise that:

- I know them or they could prove who they are
- I am 18 years or older
- I am not their health care agent
- I am not their health care provider
- I do not work for their health care provider
- I do not work where they live



One witness must also promise that:

- I am not related to them by blood, marriage, or adoption
- I will not benefit financially (get any money or property) after they die

Witness #1

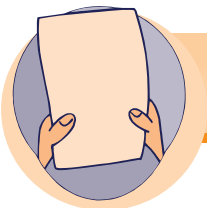
_____ / _____ / _____
sign your name

date

Witness #2

_____ / _____ / _____
sign your name

date



You are now done with this form.

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, and your family.

Talk with them about your choices.



Parte 3: Firme el formulario

Pídales a sus testigos que firmen y escriban la fecha

Por medio de mi firma, yo prometo que _____, firmó este formulario mientras yo lo mire. Estaba pensando con claridad y no fue forzado a firmar.

También prometo que:

- lo conozco o puede mostrarme quien es
- tengo 18 años o más
- no soy su agente de cuidado médico
- no soy su proveedor médico
- no trabajo por su proveedor médico
- no trabajo en el lugar donde vive



Un testigo también tiene que prometer que:

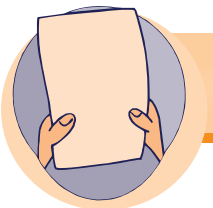
- no soy su familiar por medio de sangre, matrimonio o adopción
- no tendré beneficio de su dinero o propiedad después de que muera

● Testigo 1

_____ / _____			
firma	fecha		
_____	_____		
nombre en letra de molde	apellido en letra de molde		
_____	_____	_____	_____
dirección	ciudad	estado	código postal

● Testigo 2

_____ / _____			
firma	fecha		
_____	_____		
nombre en letra de molde	apellido en letra de molde		
_____	_____	_____	_____
dirección	ciudad	estado	código postal



Ha terminado de llenar este formulario.

Comparta este formulario con sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, amigos y familiares.

Converse con ellos sobre sus decisiones.



NOTARY PUBLIC



- Take this form to a notary public **ONLY** if two witnesses have not signed this form.
- Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.)

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

State of California

County of _____

On _____ before me, _____, personally
Date Here insert name and title of the officer
 appeared _____
Name(s) of Signer(s)

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 _____
Signature of Notary Public

Description of Attached Document

Title or Type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
- Guardian or conservator
- Other _____

RIGHT THUMBPRINT OF SIGNER

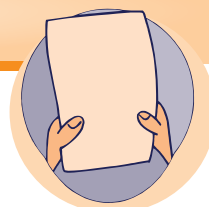
Top of thumb here

(Notary Seal)

You are now done with this form.

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, and your family.

Talk with them about your choices.



NOTARIO PÚBLICO



- Lleve este formulario a un notario público **SÓLO** si no lo han firmado dos testigos.
- Traiga una identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.)

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

State of California

County of _____

On _____ before me, _____, personally
Date Here insert name and title of the officer
 appeared _____
Name(s) of Signer(s)

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 _____
Signature of Notary Public

Description of Attached Document

Title or Type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
- Guardian or conservator
- Other _____

RIGHT THUMBPRINT OF SIGNER
Top of thumb here

(Notary Seal)

Ha terminado de llenar este formulario.



Comparta este formulario con sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, amigos y familiares.

Converse con ellos sobre sus decisiones.



For California Nursing Home Residents ONLY

- Give this form to your nursing home director **only** if you live in a nursing home.
- California law requires nursing home residents to have the nursing home ombudsman as a witness of advance directives.

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 your last name

city

state

zip code



This advance directive is in compliance with the California Probate Code, Section 4671-4675. <http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> or send a letter to Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.



SÓLO para residentes de California que viven en un hospital de enfermería y rehabilitación a largo plazo

- **Entregue este formulario al director de su hospital de enfermería y rehabilitación a largo plazo, sólo si vive en uno.**
- **La ley de California exige que los residentes de un hospital de enfermería y rehabilitación a largo plazo tengan como testigo de las instrucciones anticipadas de atención de salud de California al defensor legal (ombudsman) de su hospital.**

DECLARACIÓN DEL DEFENSOR LEGAL (OMBUDSMAN) DEL PACIENTE

“Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del estado de California que soy el defensor legal (ombudsman) del paciente designado por el Departamento Estatal de Edad Avanzada y que estoy sirviendo como testigo según lo estipulado en la Sección 4675 del Código de Sucesiones.”

_____ / /
firma

fecha

nombre en letra de molde

apellido en letra de molde

dirección

ciudad

estado

código postal



Esta instrucción anticipada de atención de salud de California está conforme con el Código Testamentario de California, Sección 4671-4675. <http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> or send a letter to Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

