Instrucción anticipada de atención de salud de Texas

Texas Advance Health Care Directive

Este formulario le permite indicar cómo desea ser atendido si usted no puede hablar por sí mismo.

This form lets you have a say about how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

Este formulario consta de 3 partes: This form has 3 parts:



Parte 1

Escoger una persona decisora, página 3

Part 1: Choose a medical decision maker, page 3

Una persona decisora es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo.

A medical decision maker is a person who can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

Esta persona será su representante. This person will be your advocate.

También se les llama un agente de salud, un representante, o un sustituto.

They are also called a health care agent, proxy, or surrogate.

Parte 2

Tomar sus propias decisiones de atención de salud, página 7

Part 2: Make your own health care choices, page 7

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 no puede decirlo por usted mismo.

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 not able to tell them yourself.



Parte 3

Firmar el formulario, página 13 Part 3: Sign the form, page 13

El formulario se debe firmar antes de que se pueda usar.

The form must be signed before it can be used.

Usted puede llenar la Parte 1, la Parte 2, o ambas. You can fill out Part 1, Part 2, or both.

Llene solamente las partes que desee. Siempre firme el formulario en la Parte 3.

Fill out only the parts you want. Always sign the form in Part 3.

Es necesario que 2 testigos firmen en la página 14, o que un notario firme en la página 15. 2 witnesses need to sign on page 14, or a notary on page 15.

Developed by PREPARE™ for your care

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Este es un formulario legal que le permite ser partícipe en su atención médica.

This is a legal form that lets you have a voice in your health care.

Le permitirá a su familia, amigos y proveedores médicos saber cómo desea ser atendido si usted no puede hablar por sí mismo.

It will let your family, friends, and medical providers know how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

¿Qué debo hacer con este formulario? What should I do with this form?

- Por favor, comparta este formulario con sus familiares, amigos y proveedores médicos.
  Please share this form with your family, friends, and medical providers.
- Por favor, asegúrese de que existan copias de este formulario en su expediente médico en todos los lugares donde recibe atención médica.
  Please make sure copies of this form are placed in your medical record at all the places you get care.

¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el formulario? What if I have questions about the form?

- Está bien omitir cualquier parte de este formulario si tiene preguntas o no desea responder. It is OK to skip any part of this form if you have questions or do not want to answer.
- Pídale a sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, familiares o amigos que respondan sus preguntas. Ask your doctors, nurses, social workers, family, or friends to help.
- También los abogados pueden ayudar. Este formulario no da consejos legales.
  Lawyers can help too. This form does not give legal advice.

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

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

- En la página 12, puede anotar cualquier otra cosa que sea importante para usted. On page 12, you can write down anything else that is important to you.



¿Cuándo debiera de llenar este formulario de nuevo? When should I fill out this form again?

- Si cambia de opinión sobre sus opciones de atención médica
  If you change your mind about your health care choices
- Si tiene cambios en su salud If your health changes
- Si cambia de opinión sobre su persona decisora If your medical decision maker changes

Si su cónyuge es su persona decisora, y se divorcian, esa persona ya no será su persona decisora. If your spouse is your decision maker, and you divorce, that person will no longer be your decision maker.

Entregue el nuevo formulario a su persona decisora y proveedores médicos.
Give the new form to your medical decision maker and medical providers.

Destruya los formularios anteriores. Destroy old forms.

Nos hemos asegurado de que este formulario legal sea de fácil lectura. Pero, la ley de Texas requiere que usemos términos y palabras legales también. Esos términos legales se encuentran al final de este formulario. La ley de Texas requiere que usted los lea antes de firmar este formulario. We made sure this legal form is easy to read. But, Texas law requires us to use legal terms and words too. Those legal terms are at the end of this form. Texas law requires that you read them before signing this form.

Comparta este formulario y sus deseos médicos con sus familiares, amigos y proveedores médicos. Share this form and your choices with your family, friends, and medical providers.

Su Nombre Your Name

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Parte 1 Escoger su persona decisora

Part 1: Choose your medical decision maker

Su persona decisora puede tomar decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo.

Your medical decision maker can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

Una buena persona decisora es un familiar o amigo que:

A good medical decision maker is a family member or friend who:



- tiene 18 años de edad o más is 18 years of age or older
- puede hablar con usted sobre sus deseos can talk to you about your wishes
- puede estar con usted cuando usted lo necesite can be there for you when you need them
- es de confianza para seguir sus deseos y hacer lo que es mejor para usted
  you trust to follow your wishes and do what is best for you
- es de confianza para tener conocimiento sobre su información médica
  you trust to know your medical information
- no tiene miedo de hacerles preguntas a los doctores y expresar los deseos de usted
  is not afraid to ask doctors questions and speak up about your wishes

Legalmente, su persona decisora no puede ser su médico o alguien que trabaje en su hospital, clínica o en el lugar donde vive o recibe atención médica, a menos que sea un familiar. Legally, your decision maker cannot be your doctor or someone who works at your hospital, clinic, or place where you live or get care, unless they are a family member.

¿Qué sucede si no elijo una persona decisora? What will happen if I do not choose a medical decision maker?

Si usted no es capaz de tomar sus propias decisiones, los médicos le pedirán a sus familiares y amigos o a un juez que tomen decisiones por usted. Es posible que esta persona no sepa sobre sus deseos médicos. If you are not able to make your own decisions, your doctors will turn to family and friends or a judge to make decisions for you. This person may not know what you want.

Si usted no es capaz, su persona decisora podrá eligir lo siguiente por usted:

If you are not able, your medical decision maker can choose these things for you:

- médicos, enfermeras, trabajadores sociales, cuidadores doctors, nurses, social workers, caregivers
- hospitales, clínicas, o casa de reposo hospitals, clinics, nursing homes
- medicamentos, exámenes, o tratamientos medications, tests, or treatments
- quién puede ver su expediente médico who can look at your medical information



Su Nombre Your Name

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Decisiones adicionales que su persona decisora podrá tomar:

Here are more decisions your medical decision maker can make:

Iniciar o suspender tratamientos de soporte vital, tales como:

Start or stop life support or medical treatments, such as:



- **RCP o reanimación cardiopulmonar** CPR or cardiopulmonary resuscitation
  cardio = corazón • pulmonar = pulmones • reanimación = intento de resucitación cardio = heart • pulmonary = lungs • resuscitation = try to bring back

  Estos tratamientos pueden implicar: This may involve:
  - presionar con fuerza el pecho para intentar mantener la circulación de la sangre pressing hard on your chest to try to keep your blood pumping
  - descargas eléctricas para intentar que el corazón vuelva a palpitar electrical shocks to try to jump start your heart
  - medicamentos a través de las venas medicines in your veins



- **Respirador artificial** Breathing machine or ventilator
  El respirador bombea aire a los pulmones e intenta respirar por usted. Usted no puede hablar cuando se encuentra conectado al respirador.
  The machine pumps air into your lungs and tries to breathe for you. You are not able to talk when you are on the machine.
- **Diálisis** Dialysis
  Una máquina que intenta limpiar la sangre si los riñones dejan de funcionar.
  A machine that tries to clean your blood if your kidneys stop working.
- **Sonda de alimentación** Feeding Tube
  Un tubo que se usa para intentar alimentarle si no puede beber o comer. Este tubo se inserta por su nariz hacia su garganta y estómago. También se puede colocar mediante una cirugía directamente al estómago.
  A tube used to try to feed you if you cannot swallow. The tube can be placed through your nose down into your throat and stomach. It can also be placed by surgery into your stomach.



- **Transfusión intravenosa de sangre y agua** Blood and water transfusions (IV)
  Poner sangre y agua dentro su cuerpo.
  To put blood and water into your body.
- **Cirugía** Surgery
- **Medicamentos** Medicines



*La eficacia de estos tratamientos dependerá de su estado de salud y su edad. Pregunte al equipo médico sobre la calidad de vida después de estos tratamientos. *How well these treatments work will depend on your health and your age. Ask the medical care team about Quality of Life after these treatments.

Decisiones sobre el final de la vida que su persona decisora puede tomar:

End of life decisions your medical decision maker can make:

- llamar a un guía espiritual call in a religious or spiritual leader
- decidir si muere en su casa o en el hospital decide if you die at home or in the hospital
- decidir acerca de una autopsia y donación de órganos decide about autopsy or organ donation

Su Nombre Your Name

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Al firmar este formulario, usted le da permiso a su persona decisora a:

By signing this form, you allow your medical decision maker to:

- aceptar, rechazar o retirar cualquier soporte vital o tratamiento médico si usted no puede hablar por sí mismo agree to, refuse, or withdraw any life support or medical treatment if you are not able to speak for yourself

Si hay decisiones que no desea que se hagan, escríbalas aquí:

If there are decisions you do not want them to make, write them here:



Escriba el nombre de su persona decisora. Write the name of your medical decision maker.

#1: Deseo que esta persona tome mis decisiones médicas en caso que yo no pueda tomarlas por mi cuenta: #1: I want this person to make my medical decisions if I am not able to make my own:

primer nombre first name | apellido last name | relación relationship

número de teléfono 1 phone #1 | número de teléfono 2 phone #2 | email

dirección address | ciudad city | estado state | código postal zip code

#2: Si la primera persona no puede hacerlo, deseo que esta otra persona tome por mí las decisiones relacionadas con mi atención médica:

#2: If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions:

primer nombre first name | apellido last name | relación relationship

número de teléfono 1 phone #1 | número de teléfono 2 phone #2 | email

dirección address | ciudad city | estado state | código postal zip code

Su Nombre Your Name

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Si quiere, puede escribir por qué eligió su persona decisora #1 y #2.
If you want, you can write why you chose your #1 and #2 decision makers.

Escriba el nombre de cualquier persona que NO quiere que ayude a tomar decisiones médicas por usted. Write down anyone you would NOT want to help make medical decisions for you.

Si su familia toma decisiones en grupo, ¿a quién quiere en el grupo? Su(s) persona(s) decisora(s) en la página 5 seguirá(n) teniendo la última palabra. If your family makes decisions as a group, who do you want in the group? Your medical decision maker(s) on page 5 will still have the final say.

¿Qué tan estrictamente quiere que su persona decisora siga sus deseos si usted no es capaz de hablar por sí mismo? How strictly do you want your medical decision maker to follow your wishes if you are not able to speak for yourself?

La flexibilidad le da a la persona decisora la libertad de trabajar con sus doctores y cambiar las decisiones médicas que usted tomó antes, si los doctores piensan que hay una mejor opción en el momento. Flexibility allows your decision maker to change your prior decisions if doctors think something else is better for you at that time.

Las decisiones previas pueden ser los deseos que usted escribió o discutió con su persona decisora. Puede escribir sus deseos en la Parte 2 del formulario. Prior decisions may be wishes you wrote down or talked about with your medical decision maker. You can write your wishes in Part 2 of the form.

Marque una opción con la cual esté más de acuerdo. Check the one choice you most agree with.

- ☐ **Flexibilidad Total:** Está bien que mi persona decisora cambie cualquiera de mis decisiones médicas si los doctores piensan que es lo mejor para mí en ese momento.
  Total Flexibility: It is OK for my decision maker to change any of my medical decisions if my doctors think it is best for me at that time.

- ☐ **Flexibilidad Limitada:** Está bien que mi persona decisora cambie algunas de mis decisiones médicas si los doctores piensan que es lo mejor. Pero, algunos de mis deseos jamás quiero que se cambien. Estos son: Some Flexibility: It is OK for my decision maker to change some of my decisions if the doctors think it is best. But, these wishes I NEVER want changed:

- ☐ **Ninguna Flexibilidad:** Quiero que mi persona decisora siga mis deseos médicos exactos en todo momento. NO ESTÁ BIEN cambiar mis decisiones aunque los doctores lo recomienden. No Flexibility: I want my decision maker to follow my medical wishes exactly. It is NOT OK to change my decisions, even if the doctors recommend it.

Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera. If you want, you can write why you feel this way.

Para tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página 7. Si ha terminado, debe firmar este formulario en la página 13. Por favor comparta sus deseos con sus familiares, amigos y proveedores médicos.
To make your own health care choices, go to Part 2 on page 7. If you are done, you must sign this form on page 13. Please share your wishes with your family, friends, and medical providers.

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Parte 2

Tomar sus propias decisiones de atención de salud

Sólo llene las preguntas que quiera.

Make your own health care choices
Fill out only the questions you want.

¿Cómo prefiere tomar decisiones médicas? How do you prefer to make medical decisions?

Algunas personas prefieren tomar sus propias decisiones médicas. Algunas personas prefieren las opiniones de otros (familiares, amigos y proveedores médicos) antes de tomar una decisión. Y, algunas personas prefieren que otras personas tomen decisiones por ellos.
Some people prefer to make their own medical decisions. Some people prefer input from others (family, friends, and medical providers) before they make a decision. And, some people prefer other people make decisions for them.

Tome nota: Los proveedores médicos no pueden tomar decisiones por usted. Ellos solo pueden dar información para ayudar en la toma de decisiones. Please note: Medical providers cannot make decisions for you. They can only give information to help with decision making.

¿Cómo prefiere tomar decisiones médicas? How do you prefer to make medical decisions?

- ☐ Prefiero tomar decisiones médicas sin las opiniones de otras personas. I prefer to make medical decisions on my own without input from others.
- ☐ Prefiero tomar decisiones médicas solo después de recibir las opiniones de otras personas. I prefer to make medical decisions only after input from others.
- ☐ Prefiero que otras personas tomen decisiones médicas por mí. I prefer to have other people make medical decisions for me.

Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera, y quién desea que dé sus opiniones. If you want, you can write why you feel this way, and who you want input from.

¿Qué es lo que más importa en la vida? La calidad de vida es diferente para cada persona. What matters most in life? Quality of life differs for each person.

¿Qué es lo más importante en su vida? What is most important in your life?

Escoja todas las que quiera.
Check as many as you want.

- ☐ Su familia o amigos Your family or friends
- ☐ Sus mascotas Your pets
- ☐ Pasatiempos, como la jardinería, caminatas, y cocinar Hobbies, such as gardening, hiking, and cooking
  Sus pasatiempos Your hobbies
- ☐ Trabajo o trabajar como voluntario Working or volunteering
- ☐ Cuidarse a sí mismo y ser independiente Caring for yourself and being independent
- ☐ No ser una carga para su familia Not being a burden on your family
- ☐ Religión y espiritualidad: Su religión Religion or spirituality: Your religion
- ☐ Alguna otra cosa Something else

¿Qué trae felicidad a su vida? ¿Qúe es lo que más espera que ocurra en su vida?
What brings your life joy? What are you most looking forward to in life?

Su Nombre Your Name

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

¿Qué es lo que más importa para su cuidado médico? Esto es diferente para cada persona. What matters most for your medical care? This differs for each person.

Para algunas personas, lo más importante es mantenerse con vida el mayor tiempo posible incluso si: For some people, the main goal is to be kept alive as long as possible even if:

- Tienen que estar conectados a máquinas y están sufriendo They have to be kept alive on machines and are suffering
- Están demasiado enfermos para hablar con sus familiares y amistades
  They are too sick to talk to their family and friends

Para otras personas, lo más importante es enfocarse en su calidad de vida y comodidad.
For other people, the main goal is to focus on quality of the life and being comfortable.

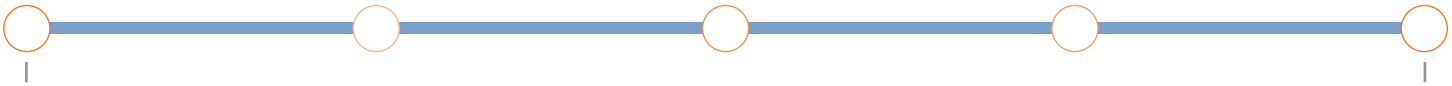
- Estas personas prefieren una muerte natural, y no ser conectadas a máquinas para seguir con vida These people would prefer a natural death, and not be kept alive on machines

Otras personas están en un punto intermedio. **¿Qué es importante para usted?**
Other people are somewhere in between. What is important to you?

Sus objetivos pueden cambiar entre hoy con su salud actual, y al final de la vida.
Your goals may differ today in your current health than at the end of life.

HOY, EN SU ESTADO ACTUAL DE SALUD TODAY, IN YOUR CURRENT HEALTH

Marque una opción sobre la balanza para mostrar cómo se siente hoy en su estado actual de salud. Check one choice along this line to show how you feel today, in your current health.



Mi objetivo principal es tratar de vivir el mayor tiempo posible, pase lo que pase.
My main goal is to live as long as possible, no matter what.

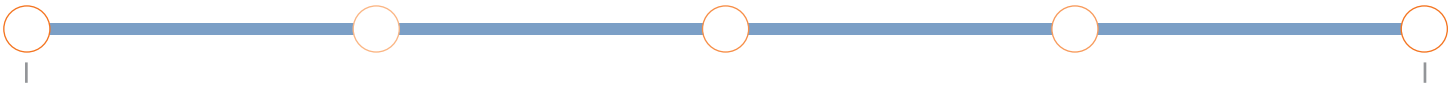
Igualmente importante
Equally important

Mi objetivo principal es enfocarme en la calidad de vida y comodidad.
My main goal is to focus on quality of life and being comfortable.

Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera. If you want, you can write why you feel this way.

AL FINAL DE LA VIDA AT THE END OF LIFE

Marque una opción sobre la balanza para mostrar cómo se sentiría si estuviera tan enfermo que pudiera morir pronto. Check one choice along this line to show how you would feel if you were so sick that you may die soon.



Mi objetivo principal es tratar de vivir el mayor tiempo posible, pase lo que pase.
My main goal is to live as long as possible, no matter what.

Igualmente importante
Equally important

Mi objetivo principal es enfocarme en la calidad de vida y comodidad.
My main goal is to focus on quality of life and being comfortable.

Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera. If you want, you can write why you feel this way.

Su Nombre Your Name

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

La calidad de vida es diferente para cada persona al final de la vida. ¿Qué sería lo más importante para usted?

Quality of life differs for each person at the end of life. What would be most important to you?

AL FINAL DE LA VIDA AT THE END OF LIFE

Algunas personas están dispuestas a pasar por mucho para tener la oportunidad de vivir más tiempo. Some people are willing to live through a lot for a chance of living longer.

Otras personas ya saben que ciertas cosas afectarían negativamente su calidad de vida.
Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

- Estas cosas pudieran hacerles preferir enfocarse en su comodidad en lugar de intentar vivir el mayor tiempo posible. Those things may make them want to focus on comfort rather than trying to live as long as possible.

Al final de la vida, ¿cuáles de las siguientes cosas afectarían negativamente su calidad de vida? Escoja todas las que quiera. At the end of life, which of these things would be very hard on your quality of life? Check as many as you want.

- ☐ No poder despertar nunca de un coma ni poder hablar con familiares y amigos
  Being in a coma and not able to wake up or talk to my family and friends
- ☐ No poder vivir sin estar conectado a máquinas Not being able to live without being hooked up to machines
- ☐ No poder pensar por mí mismo, como en caso de demencia severa Not being able to think for myself, such as severe dementia
- ☐ No poder alimentarme, bañarme, o cuidarme a mí mismo Not being able to feed, bathe, or take care of myself
- ☐ No poder vivir por mi cuenta, como vivir en una casa de reposo Not being able to live on my own, such as in a nursing home
- ☐ Tener dolor o malestar constante y severo Having constant, severe pain or discomfort
- ☐ Alguna otra cosa Something else _____

- ☐ **O**, estoy dispuesto a enfrentar todas estas cosas para tener la oportunidad de vivir más tiempo. OR, I am willing to live through all of these things for a chance of living longer.

Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera. If you want, you can write why you feel this way.

¿Qué experiencias ha tenido con enfermedades serias o con alguien cercano a usted que estaba muy enfermo o muriendo? What experiences have you had with serious illness or with someone close to you who was very sick or dying?

- Si quiere, puede escribir qué salió bien o qué no salió bien, y por qué.
  If you want, you can write down what went well or did not go well, and why.

Si estuviera muriendo, ¿en dónde quisiera estar? If you were dying, where would you want to be?

☐ en casa at home ☐ en el hospital in the hospital ☐ cualquiera de las dos opciones either ☐ No estoy seguro I am not sure

¿Qué otra cosa sería importante, como comida, música, mascotas, o gente que quisiera a su alrededor? What else would be important, such as food, music, pets, or people you want around you?

Su Nombre Your Name

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

¿Cómo equilibra su calidad de vida y su atención médica?

A veces las enfermedades y los tratamientos que son utilizados para ayudar a las personas a vivir más tiempo pueden causar dolor, efectos secundarios e incapacidad para cuidarse a sí mismo. How do you balance quality of life with medical care? Sometimes illness and the treatments used to try to help people live longer can cause pain, side effects, and the inability to care for yourself.

Por favor, lea esta página completamente antes de tomar sus decisiones.

Please read this whole page before making a choice.

AL FINAL DE LA VIDA algunas personas están dispuestas a pasar por mucho para tener la oportunidad de vivir más tiempo. Otras personas ya saben que ciertas cosas afectarían negativamente su calidad de vida. AT THE END OF LIFE, some people are willing to live through a lot for a chance of living longer. Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

Los tratamientos de soporte vital pueden ser RCP, respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis o transfusiones de sangre.
Life support treatment can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, or transfusions.





*La eficacia de estos tratamientos dependerá de su estado de salud y su edad. Pregunte al equipo médico sobre la calidad de vida después de estos tratamientos. *How well these treatments work will depend on your health and your age. Ask the medical care team about Quality of Life after these treatments.

Marque una opción con la cual esté más de acuerdo.

Check the one choice you most agree with.

Si estuviera tan enfermo que pudiera morir pronto, ¿cuál sería su preferencia?

If you were so sick that you may die soon, what would you prefer?

- ☐ **Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital** que mis médicos crean que pueden ayudar. **Quiero permanecer en tratamientos de soporte vital**, incluso si hay pocas esperanzas de mejorarme o vivir una vida que valoro. Try all life support treatments that my doctors think might help. I want to stay on life support treatments even if there is little hope of getting better or living a life I value.
- ☐ **Deseo probar tratamientos de soporte vital** que mis médicos crean que pueden ayudar**.** Pero, **NO DESEO permanecer en tratamientos de soporte vital** si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de mejorarme o vivir una vida que valoro. Do a trial of life support treatments that my doctors think might help. But, I DO NOT want to stay on life support treatments if the treatments do not work and there is little hope of getting better or living a life I value.
- ☐ **No deseo tratamientos de soporte vital,** y quisiera enfocarme en sentirme cómodo. Prefiero tener **una muerte natural**. I do not want life support treatments, and I want to focus on being comfortable. I prefer to have a natural death.

¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y su persona decisora acerca de su decisión? ¿Qué más sería importante para usted? Puede escribir más en la página 12.

What else should your medical providers and decision maker know about this choice? What else would be important to you? You can write more on page 12.

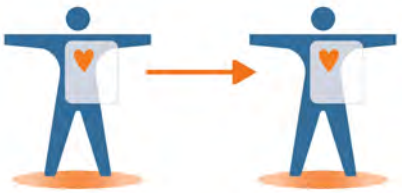
Su Nombre Your Name

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Se le puede preguntar a su persona decisora sobre la donación de sus órganos y autopsia después de morir. Por favor, infórmenos acerca de sus deseos.
Your decision maker may be asked about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

DONACIÓN DE ÓRGANOS ORGAN DONATION

Algunas personas deciden donar sus órganos o partes del cuerpo a otras personas. ¿Cuál sería su preferencia? Some people decide to donate their organs or body parts. What do you prefer?



☐ **Deseo** donar mis órganos o partes del cuerpo.
I want to donate my organs or body parts.

¿Qué órgano o parte del cuerpo desea donar?
Which organ or body part do you want to donate?

- ☐ Cualquier órgano o parte del cuerpo Any organ or body part
- ☐ Sólo Only _____

☐ **No deseo** donar mis órganos o partes del cuerpo. I do not want to donate my organs or body parts.

¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y su persona decisora sobre la donación de sus órganos o partes del cuerpo?
What else should your medical providers and medical decision maker know about donating your organs or body parts?

AUTOPSIA AUTOPSY

Se puede realizar una autopsia después de la muerte para saber por qué murió una persona. Se realiza mediante una cirugía. Puede tomar algunos días.
An autopsy can be done after death to find out why someone died. It is done by surgery. It can take a few days.



- ☐ **Deseo** una autopsia. I want an autopsy.
- ☐ **No deseo** una autopsia. I do not want an autopsy.
- ☐ Deseo una autopsia **sólo** si existe alguna duda sobre mi muerte.
  I only want an autopsy if there are questions about my death.

DESEOS RELIGIOSOS O ESPIRITUALES RELIGIOUS OR SPIRITUAL WISHES

Si quiere, puede escribir cualquier deseo religioso o espiritual.
If you want, you can write down any religious or spiritual wishes.

Su Nombre Your Name

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

OPCIONAL: ¿Cómo prefiere obtener información médica?

OPTIONAL: How do you prefer to get medical information?

Algunas personas pueden querer saber toda su información médica. Otras personas no pueden. Some people may want to know all of their medical information. Other people may not.

Si tuvo una enfermedad grave, ¿le gustaría que sus doctores y proveedores médicos le digan qué tan enfermo está o cuánto tiempo debe vivir? If you had a serious illness, would you want your doctors and medical providers to tell you how sick you are or how long you may have to live?

- ☐ Sí, me gustaría saber esta información. Yes, I would want to know this information.
- ☐ No, no quisiera saberlo. Por favor, hable con mi persona decisora.
  No, I would not want to know. Please talk with my decision maker instead.

Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera. If you want, you can write why you feel this way.

* Hable con sus proveedores médicos para que sepan cómo desea obtener información.
* Talk to your medical providers so they know how you want to get information.

¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y su(s) persona(s) decisora(s) sobre usted y sus preferencias de atención médica? What else should your medical providers and medical decision maker(s) know about you and your choices for medical care?

Aquí hay algunos ejemplos: Here are just a few examples:

- ¿Tiene usted deseos religiosos o espirituales que guíen su cuidado médico? Do you have religious or spiritual beliefs that guide your medical care?
- ¿Qué hay si usted sufre de pérdida de memoria o demencia, ya no es seguro para usted conducir, o ya no es seguro para usted vivir en casa? What if you get memory loss or dementia, are no longer safe to drive, or are no longer safe to live at home?

  ¿Cómo quisiera que su equipo de cuidado médico, su familia y amigos hablen con usted de esto? ¿Qué le preocuparía? ¿Qué sería importante para usted? How would you want your medical care team, family, and friends to talk with you about these things? What would you be worried about? What would be important to you?
- Si usted estuviera en el hospital, ¿quién podría ayudar con sus cuentas y sus mascotas? Nota: para dar a esta persona poder legal para ayudar con sus finanzas, cuentas, mascotas, y poseciones, usted también debe dejar esto por escrito en otros formuarios legales. PlanforClarity.org If you were in the hospital, who could help with your bills or pets? Note: To give this person legal power to help with your money, bills, pets, and things you own, you also need to write this in other legal forms. See PlanforClarity.org.

Usted puede escribir más acerca de sus prefencias en la página siguiente. You can write more about your choices on the next page.

Su Nombre Your Name

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Continúa de la página 12: Continued from page 12:

¿Qué más debieran saber sus proveedores de atención médica y su(s) persona(s) decisora(s) sobre usted y sus preferencias de atención médica?

What else should your medical providers and medical decision maker(s) know about you and your choices for medical care?

Su Nombre Your Name

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Parte 3 Firmar el formulario Part 3: Sign the form



Antes de que se pueda usar este formulario, usted debe: Before this form can be used, you must:

- firmar este formulario si tiene 18 años de edad o más sign this form if you are 18 years of age or older
- tener dos testigos o un notario que puedan verle firmar este formulario have two witnesses or a notary who can watch you sign this form

Firme su nombre y escriba la fecha, ciudad y estado. Sign your name and write the date, city, and state.

firma (Se permite la firma digital) sign your name (Digital signature is allowed)

fecha de hoy today's date

primer nombre en letra de molde first name

apellido en letra de molde last name

fecha de nacimiento DOB

dirección address

ciudad city

estado state

código postal zip code

Testigos o un Notario Witnesses or Notary

Antes de que se pueda usar este formulario, usted debe pedirle a 2 testigos o a un notario que lo firmen. El trabajo de un notario es verificar que usted es quien está firmando el formulario. Before this form can be used, you must have 2 witnesses or a notary sign the form. The job of a notary is to make sure it is you signing the form.

Sus testigos deben: Your witnesses must:

- tener 18 años de edad o más be 18 years of age or older
- verle firmar este formulario see you sign the form



Además, por lo menos uno de los testigos no puede:

At least one witness cannot:

- ser su persona decisora be your medical decision maker
- ser su proveedor de atención de salud be your health care provider
- trabajar para su proveedor de atención de salud work for your health care provider
- ser su acreedor be your creditor
- tener parentesco con usted be related to you in any way
- beneficiarse financieramente (recibir dinero o propiedades) después de su muerte benefit financially (get any money or property) after you die

Los testigos deben de firmar la página 14. Si no tiene testigos, un notario tiene que firmar la página 15.

Witnesses need to sign their names on page 14. If you do not have witnesses, a notary must sign on page 15.

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Pídale a sus testigos que firmen con sus nombres y anoten la fecha.

Have your witnesses sign their names and write the date.

Por medio de mi firma, doy fe que _____ firmó este formulario mientras yo miraba. (la persona nombrada en la página 13)

By signing, I promise that (the person named on page 13) signed this form while I watched.



Esta persona tenía pleno uso de sus capacidades mentales y no fue forzada a firmar. They were thinking clearly and were not forced to sign it.

También doy fe de que: I also promise that:

- Tengo 18 años de edad o más I am 18 years of age or older

Uno de los testigos también debe dar fe de lo siguiente: One witness must also promise that:

- No soy su persona decisora I am not their medical decision maker
- No soy su proveedor de atención de salud I am not their health care provider
- No trabajo para su proveedor de atención de salud I do not work for their health care provider
- No soy su acreedor I am not their creditor
- No tengo un parentesco de sangre o por matrimonio I am not related to them by blood or marriage
- No voy a beneficiarme financieramente (obtener dinero o propiedad) después de que la persona muera I will not benefit financially (get any money or property) after they die

Testigo 1 Witness #1

firma (Se permite la firma digital) sign your name (Digital signature is allowed) _____ fecha date _____

primer nombre en letra de molde print first name _____ apellido en letra de molde print last name _____

dirección address _____ ciudad city _____ estado state _____ código postal zip code _____

Testigo 2 Witness #2

firma (Se permite la firma digital) sign your name (Digital signature is allowed) _____ fecha date _____

primer nombre en letra de molde print first name _____ apellido en letra de molde print last name _____

dirección address _____ ciudad city _____ estado state _____ código postal zip code _____

Ha terminado de llenar este formulario. You are now done with this form.

Comparta este formulario con sus familiares, amigos y proveedores médicos. Hable con ellos sobre sus deseos médicos. También puede pedirles que le ayuden a hacer copias y a poner el formulario en su expediente médico. Share this form with your family, friends, and medical providers. Talk with them about your medical wishes. You can also ask them to help make copies and get the form into your medical record.

Para obtener más información, vaya a www.prepareforyourcare.org To learn more go to www.prepareforyourcare.org

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Notario Público: Lleve este formulario a un notario público SOLAMENTE si no lo han firmado dos testigos. Lleve una identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.).

Texas permite a algunos notarios públicos hacer certificaciones de forma remota, lo que significa que no tiene que reunirse en persona. Para esta opción, puede comparecer en video en vivo ante un notario público si puede verlo y escucharlo, y usted sigue sus instrucciones.

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.). Texas allows some notary publics to do notarizations remotely, which means you do not have to meet in person. For this option, you can appear on live video in front of a notary public if they can see and hear you, and you follow their instructions.

For In-Person Notarizations:

State of Texas

County of _____

This instrument was acknowledged before me on _____ (date) by _____ (name of person acknowledging).

_____

NOTARY PUBLIC, State of Texas

[Notary Seal]

Notary's printed name:_____ My commission expires: _____

For Remote Notarizations:

If you are signing this form in front of a notary public when they can see and hear you on live video, you can sign the paper form or sign using an electronic signature.

Complete this section ONLY if you are signing the paper form. Then, send this entire form to the notary public within three days.

I declare under penalty of perjury that the document of which this declaration is a part or to which it is attached is the same document on which _____ (name of online notary public), an online notary public, performed an online notarization and before whom I appeared by means of two-way video and audio conference technology on _____ (date).

_____

Sign Your Name (Signature of principal)

_____

Print Your Name (Printed name of principal)

For Notary Public Use Only:

State of Texas

County of _____

This instrument was acknowledged before me by means of an interactive two-way audio and video communication on _____ (date) by _____ (name or names of person or persons acknowledging). This notarial act was an online notarization. The principal signed using:

[ ] A tangible symbol

I, _____ (name of online notary public), witnessed, by means of video and audio conference technology, _____ (name of principal) sign the attached document and declaration on _____ (date).

[ ] An electronic signature

Notary Seal Digital Certificate

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Todos los derechos reservados. Revisado en 2024. Nadie puede reproducir este formulario por ningún medio con fines comerciales ni modificarlo, publicar el PDF ni distribuirlo masivamente sin un acuerdo de licencia y un permiso por escrito de los Regentes. Los Regentes no ofrecen garantías sobre este formulario. Para obtener más información sobre esto y los términos de uso, vaya a www.prepareforyourcare.org Copyright © The Regents of the University of California, 2016. All rights reserved. Revised 2024. No one may reproduce this form by any means for commercial purposes or add to or modify this form in anyway without a licensing agreement and written permission from the Regents. The Regents makes no warranties about this form. To learn more about this and the terms of use, go to www.prepareforyourcare.org

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Términos legales de Texas que debemos darle. Texas legal terms we must give you:

Nos hemos asegurado de que este formulario legal sea de fácil lectura. We made sure this legal form is easy to read.

Pero, la ley de Texas requiere que usemos términos y palabras legales también. But, Texas law requires us to use legal terms and words too.

Las siguientes 2 páginas tienen el lenguaje legal que debemos darle. The next 2 pages have the legal language we must give you.

Aquí están los 5 puntos principales: Here are the 5 main points:

1. Su persona decisora puede tomar todas las decisiones de salud por usted si usted no es capaz de tomarlas usted mismo. Your medical decision maker can make all health care decisions for you if you are not able to make them yourself.
2. Pero, su persona decisora no puede enviarle a una institución mental, hacer que se le apliquen tratamientos de golpes eléctricos o cirugía cerebral, o permitir que su doctor le realize un aborto. But, your decision maker cannot send you to a mental institution, make you have electric shock treatments or brain surgery, or allow a doctor to perform an abortion on you.
3. Su persona decisora debe seguir sus deseos lo mejor que pueda. Your medical decision maker must follow your wishes to the best of their ability.
4. Usted puede cambiar los deseos que hizo en este formulario cuando lo desee, pero tendrá que llenar el formulario otra vez. Si usted llena un nuevo formulario, destruya su viejo formulario y comparta su nuevo formulario y sus deseos con su persona decisora y sus proveedores médicos. You can change the wishes you made on this form whenever you want, but you will have to fill out the form again. If you fill out a new form, destroy your old form and share your new form and your wishes with your medical decision maker and medical providers.
5. Usted pudiera querer una persona decisora alternativa en caso que la que eligió no pueda ayudarle cuando la necesite. Escriba su nombre e información de contacto en la página 5. You may want a backup medical decision maker in case the one you choose is not able to help when you need them. Write their name and contact information on page 5.

INFORMACIÓN REFERENTE AL PODER NOTARIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Este es un documento legal importante. Antes de firmar este documento, usted debiera conocer esta importante información:

Excepto en la medida en que usted indique lo contrario, este documento le otorga a la persona que usted designe como su persona decisora (también se le llama un agente) la autoridad para tomar cualquiera y todas las decisiones de atención médica de acuerdo con sus deseos, incluyendo sus creencias religiosos y morales, cuando ya no sea capaz de tomarlas usted mismo. Debido a que "atención de salud" significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar su condición física o mental, su agente tiene el poder de tomar una amplia gama de decisiones de atención médica para usted. Su agente puede dar su consentimiento, negarse a dar su consentimiento o retirar su consentimiento para el tratamiento médico y puede tomar decisiones sobre retirar o retener el tratamiento para mantener la vida. Su agente no puede dar su consentimiento para servicios de salud mental para pacientes internados voluntariamente, el tratamiento convulsivo, la psicocirugía o el aborto. El médico debe cumplir con las instrucciones de su agente o permitir que usted sea transferido a otro médico.

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

La autoridad de su agente comienza cuando su médico certifica que usted no tiene la capacidad de tomar decisiones de atención de salud.

Su agente está obligado a seguir sus instrucciones cuando tome decisiones en su nombre. A menos que usted indique lo contrario, su agente tiene la misma autoridad para tomar decisiones sobre la atención de salud que usted hubiera tenido.

Es importante que discuta este documento con su médico u otro proveedor de atención de salud antes de firmarlo para asegurarse que comprende la naturaleza y gama de decisiones que se pueden tomar en su nombre. Si no tiene un médico, usted debe hablar con otra persona que tenga conocimiento de estos problemas y pueda responder sus preguntas. Usted no necesita la asistencia de un abogado para completar este documento, pero si hay algo en este documento que no comprende, debiera pedirle a un abogado que se lo explique.

La persona que designe como agente debiera ser alguien que conozca y en quien confíe. La persona debe tener 18 años o más o ser una persona menor de 18 años a quien se le hayan levantado las discapacidades de la minoría de edad. Si designa a su proveedor de atención de salud o a su proveedor de cuidados residenciales (p. ej. su médico o un empleado de una agencia de salud en el hogar, hospital, asilo de ancianos, u hogar de cuidados residenciales, que no sea un pariente), esa persona debe elegir entre actuar como su agente o como su proveedor de atención de salud o cuidados residenciales; la ley no permite que una persona haga ambas cosas a la vez.

Debiera informar a la persona que designe que desea que la persona sea su agente de salud. Debiera discutir este documento con su agente y su médico y dar a cada uno una copia firmada. Debiera indicar en el mismo documento las personas e instituciones que poseen copias firmadas. Su agente no está sujeto a resposabilidad por decisiones de atención médica tomadas de buena fe en su nombre.

Incluso después de haber firmado este documento, usted tiene derecho a tomar decisiones de atención médica por sí mismo siempre y cuando pueda hacerlo y no se le puede dar tratamiento o detener un tratamiento si usted lo objeta. Usted tiene el derecho de revocar la autoridad otorgada a su agente informándole verbalmente o por escrito a su agente o a su proveedor de atención de salud o de atención residencial o mediante la ejecución de un poder notarial para el cuidado de la salud posterior. A menos que usted indique lo contrario, el nombramiento de su cónyuge se disuelve en caso de divorcio.

Este documento no puede ser cambiado o modificado. Si desea hacer cambios en el documento, debe crear uno completamente nuevo.

Usted pudiera querer designar a un agente alternativo en caso de que su agente no quiera, no pueda o no sea elegible para actuar como su agente. Cualquier agente alternativo que usted designe tiene la misma autoridad para tomar decisiones de atención de salud por usted.

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, 2016. Todos los derechos reservados. Revisado en 2022. Nadie puede reproducir este formulario por ningún medio con fines comerciales o agregar o modificar este formulario de ninguna manera sin un acuerdo de licencia y permiso por escrito de los Regentes. Los Regentes no ofrecen garantías sobre este formulario. Para obtener más información sobre esto y los términos de uso, vaya a www.prepareforyourcare.org
Copyright © The Regents of the University of California, 2016. All rights reserved. Revised 2022. No one may reproduce this form by any means for commercial purposes or add to or modify this form in anyway without a licensing agreement and written permission from the Regents. The Regents makes no warranties about this form. To learn more about this and the terms of use, go to www.prepareforyourcare.org

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, desde 2013. Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.