



Planificación anticipada de atención médica

RESUMEN Y DIRECTIVA ANTICIPADA

Overview and Advance Directive - Spanish Translation



Honoring Choices®
PACIFIC NORTHWEST

AN INITIATIVE OF



Washington State
Hospital Association



Foundation
for Health Care Improvement

Este formulario cumple con los requisitos de la ley del estado de Washington
(This form meets the requirements of Washington state law).

¿Qué es la planificación anticipada de atención médica?

La planificación anticipada de atención médica consiste en pensar en la atención médica que podría desear en el futuro. Este tipo de planificación incluye hablar, escribir y compartir lo que es importante para ti. Esto ayuda a otras personas a tomar decisiones sobre la atención médica en su nombre si no puede tomar sus propias decisiones. En dicha situación, una persona cercana tendría que tomar decisiones por usted. Esta persona se llama agente de atención médica, también conocido como apoderado, representante o responsable legal de las decisiones médicas.

Es importante que prepare anticipadamente a su agente de atención médica y le comparta cómo quiere que tome las decisiones de atención médica por usted.

¿Qué es una directiva anticipada?

Un documento de directivas anticipadas es una forma voluntaria y legal de escribir sus decisiones de planificación anticipada de atención médica. Debe compartir su directiva anticipada con las personas que le importan, como su agente de atención médica y sus seres queridos, y con sus proveedores de atención médica, la clínica y el hospital. Las directivas anticipadas deben actualizarse periódicamente. Todos los adultos de 18 años o más pueden completar una directiva anticipada.

En el estado de Washington, hay dos tipos de directivas anticipadas: 1) un poder notarial permanente para la atención médica y 2) una directiva de atención médica.

La directiva anticipada de Honoring Choices PNW de este folleto es un poder notarial permanente para la atención médica (DPOA-HC). El DPOA-HC se basa en la legislación del estado de Washington (capítulo 11.125 del Código Revisado de Washington).

Este formulario legal le permite nombrar a su agente de atención médica para que tome decisiones de atención médica por usted si no puede tomarlas por su cuenta. Este formulario también le ayuda a hacerle saber a su agente sus objetivos, valores y preferencias. Las investigaciones demuestran que la mejor manera de garantizar el cumplimiento de sus deseos es nombrar y preparar a un agente de atención médica.

La directiva anticipada de este folleto no es una directiva de atención médica (capítulo 70.122 del Código Revisado de Washington). Las directivas de atención médica también se conocen como testamentos en vida. También puede considerar completar una directiva de atención médica, que es una directiva para retirar o retener el tratamiento de soporte vital en situaciones específicas bajo la ley del estado de Washington. Honoring Choices PNW tiene una directiva de atención médica disponible, pero no es nuestro principal documento de directiva anticipada. Para obtener más información sobre la directiva de atención médica, visite www.HonoringChoicesPNW.org o hable con su proveedor de atención médica.

¿Qué es un agente de atención médica?

Un agente de atención médica es la persona que elige para que tome las decisiones de atención médica por usted si no puede hacerlo por sí mismo. Debe decirle a su agente de atención médica lo que es importante para usted, como sus valores personales y sus objetivos de tratamiento. Esta información puede guiar a su agente y a los proveedores de atención médica para que tomen las mejores decisiones posibles en su nombre si usted no puede tomarlas. Al completar esta directiva anticipada (un poder notarial permanente para la atención médica), permite que esta persona tome decisiones con sus proveedores de atención médica sobre su atención. Su agente de atención médica no será personalmente responsable desde el punto de vista económico de la atención que seleccione para usted en su rol de agente.



¿Qué características tiene un buen agente de atención médica?

Su agente de atención médica DEBE poder hacer lo siguiente:

- Entender lo que hace un agente de atención médica y estar dispuesto a desempeñar esta función.
- Compartir sus objetivos, valores y preferencias con los profesionales de la salud y describir lo que significa para usted "vivir bien" o "tener un buen día".
- Llevar a cabo lo que usted haya decidido, aunque no esté de acuerdo.
- Ser capaz de tomar decisiones en momentos difíciles o estresantes.

Su agente de atención médica NO PUEDE tener las siguientes características:

- Ser menor de 18 años.
- Ser su médico o el empleado de su médico (a menos que sea su cónyuge, pareja de hecho registrada por el estado, padre, hijo o hermano mayor de edad).
- Ser un propietario, administrador o empleado de un centro de salud o de cuidados de larga duración en el que reciba atención o viva (a menos que sea su cónyuge, pareja de hecho registrada por el estado, hijo o hermano mayor de edad).

¿Qué puede hacer un agente de atención médica?

Si usted no puede tomar sus propias decisiones sobre la atención médica, se le pedirá a su agente que tome estas decisiones en su nombre. Su agente de atención médica puede utilizar la información que comparta en esta directiva anticipada y en las conversaciones para guiar su atención.

De acuerdo con la ley estatal y utilizando el conocimiento de sus objetivos, valores y preferencias, su agente puede hacer lo siguiente:

- Decidir sobre los tratamientos y las cirugías, incluida la posibilidad de utilizar la reanimación cardiopulmonar (RCP), un respirador, una sonda de alimentación y otros tratamientos.
- Decidir si poner fin al tratamiento de soporte vital y centrarse en los cuidados paliativos.
- Revisar y divulgar la historia clínica para su atención o solicitar las prestaciones del seguro de enfermedad en su nombre.
- Elegir los proveedores y organizaciones de asistencia médica que le proporcionarán atención médica.

¿Qué es la RCP?

La reanimación cardiopulmonar, o RCP, es un procedimiento que se utiliza cuando el corazón y la respiración se detienen. La RCP funciona mejor si el cuerpo está sano y se inicia inmediatamente después de que el corazón se detenga. Es menos probable que la RCP tenga éxito si está débil, es mayor o tiene una enfermedad grave.

Si sobrevive, es posible que necesite un respirador (máquina para respirar) debido al debilitamiento de los pulmones. Es importante que hable con sus proveedores de atención médica sobre si la RCP se ajusta a sus objetivos.

La atención estándar en el estado de Washington consiste en proporcionar RCP a las personas si su corazón y su respiración se detienen. Compartir sus deseos de RCP en este formulario DPOA-HC puede guiar sus "medidas de reanimación" (Code Status) si es hospitalizado. Un procedimiento permitido es el tipo de tratamiento emergente que una persona recibiría o no en el hospital si su corazón o su respiración se detuvieran.

Algunas personas que deciden no recibir RCP en un hospital también no quieren recibir RCP en otros entornos. En esta situación, debe preguntar a su proveedor de atención médica sobre la posibilidad de completar las órdenes portátiles para el tratamiento de soporte vital (POLST). Las POLST son una orden médica que comunica las decisiones de atención médica a los servicios de emergencia y otros profesionales médicos.

¿Qué es el soporte vital?

Los tratamientos de soporte vital (también conocidos como de mantenimiento de la vida) son tratamientos médicos que lo mantienen con vida apoyando o sustituyendo funciones corporales importantes. Estos tratamientos no curan las enfermedades. Lo mantienen con vida hasta que mejora o le quitan el soporte vital y lo dejan morir de forma natural. Algunos ejemplos de tratamientos de soporte vital son la RCP, los respiradores, las sondas de alimentación, las transfusiones de sangre y la diálisis renal. Es importante saber que aliviar el dolor y proporcionar cuidados paliativos forman parte de los cuidados rutinarios y no se consideran tratamientos de soporte vital.



¿Qué ocurre si no designo un agente de atención médica?

Si no puede tomar sus propias decisiones de atención médica y no se designa un agente de atención médica, sus proveedores de atención médica seguirán la ley del estado de Washington para determinar quién puede actuar como la persona que tome dichas decisiones. Esto significa que pedirán a los miembros de la familia o a amigos que tomen las decisiones de atención médica por usted. Si no se puede contar con los familiares o amigos de la lista que figura a continuación, los proveedores de atención médica pueden pedir a un tribunal que designe a un tutor para que tome las decisiones de atención médica en su nombre.

Los proveedores de atención médica se pondrán en contacto con las personas en el siguiente orden hasta que puedan identificar a un responsable médico para usted (capítulo 7.70.065 del Código Revisado de Washington).

1. Un tutor designado por un tribunal (si corresponde)
2. Agente(s) de atención médica designado(s)*
3. Cónyuge o pareja de hecho registrada
4. Hijos mayores de edad*
5. Padres*
6. Hermanos mayores de edad*
7. Nietos mayores de edad que conozcan al paciente*
8. Sobrinos mayores de edad que conozcan al paciente*
9. Tíos mayores de edad que conozcan al paciente*
10. Un amigo cercano mayor de edad que cumpla ciertos criterios

* En el caso de cualquier grupo que tenga más de un integrante, todas las personas del grupo deben estar de acuerdo con la atención.

continuación >

¿Cuáles son algunas situaciones que pueden aplicarse?

Nombrar a su cónyuge como agente de atención médica

Si elige a su cónyuge o pareja de hecho registrada como su agente de atención médica en este formulario, esta persona dejará de ser su agente de atención médica nombrado si presenta una solicitud de disolución, anulación o separación legal (capítulo 11.125.100 del Código Revisado de Washington). Sin embargo, este formulario le permite elegir que siga siendo su agente de atención médica, incluso después del divorcio.

Si esta situación se aplica a usted, ponga sus iniciales al lado de esta declaración en la página 1 de este formulario: "Si nombro a mi cónyuge o pareja de hecho registrada como mi agente de atención médica y más tarde presentamos una disolución, anulación o separación legal; quiero que siga siendo mi agente de atención médica".

No nombrar a un agente de atención médica en este formulario

Aunque uno de los objetivos principales de este formulario es nombrar a un agente de atención médica, tiene la opción de no hacerlo. Si no se nombra a un agente de atención médica, los proveedores de atención médica seguirán la ley del estado de Washington para determinar quién puede actuar como la persona que tome las decisiones de atención médica (capítulo 7.70.065 del Código Revisado de Washington).

Si completa las demás secciones de este formulario, se considerará una declaración de valores personales y no una directiva anticipada de atención médica. Una declaración de valores personales es un resumen de sus objetivos, valores y preferencias. Esta información puede orientar a su responsable médico sobre cómo tomar decisiones en su nombre.

Si esta situación se aplica a usted, ponga sus iniciales al lado de esta declaración en la página 1 de este formulario: "No nombro a un agente de atención médica. Al compartir mis objetivos y valores en este formulario, se considerará una declaración de valores personales y no una directiva anticipada".

En esta situación, puede considerar también completar una directiva de atención médica, también conocida como testamento en vida, que es una directiva para retirar o retener el tratamiento de soporte vital en situaciones específicas bajo la ley del estado de Washington. Para obtener más información, visite www.HonoringChoicesPNW.org o hable con su proveedor de atención médica.

¿Qué debo hacer con esta directiva anticipada?

Una vez que haya completado esta directiva anticipada, debe hablar sobre sus deseos y entregar copias a las personas que le importan, como su agente de atención médica y sus seres queridos, y con sus proveedores de atención médica, la clínica y el hospital. Si es el caso, considere la posibilidad de compartir copias con la residencia de ancianos o el centro de asistencia. Es importante que todos tengan una copia.

¿Qué sucede si cambio de opinión?

Si cambia de opinión sobre las decisiones de su directiva anticipada, dígaselo a todas las personas que tengan una copia, incluidos su agente de atención médica, sus seres queridos, los proveedores de atención médica, la clínica y el hospital. Puede revocar o anular su directiva anticipada en cualquier momento. Tendrá que comunicarle a su proveedor de atención médica que quiere revocarla, ya sea escribiéndole una carta (asegúrese de firmarla e incluir la fecha) o comunicándose verbalmente. Es importante completar una nueva directiva anticipada. Asegúrese de entregar copias de la nueva directiva anticipada a las personas que le importan, como su agente de atención médica y sus seres queridos, y con sus proveedores de atención médica, la clínica y el hospital.

¿Qué sucede con la donación de órganos y tejidos?

Si quiere ser donante, comuníquese a su agente, a su familia y a sus proveedores de atención médica. También puede registrar sus deseos de donación de órganos, tejidos y ojos en www.registerme.org.

¿Quién decide sobre el trato de mi cuerpo después de mi muerte?

Este formulario no da indicaciones sobre qué hacer con sus restos. Considere la posibilidad de completar un formulario que proporcione específicamente instrucciones sobre el trato de su cuerpo después de su muerte de acuerdo con la ley estatal (capítulo 68.50.160 del Código Revisado de Washington).

¿A quién puedo dirigirme si necesito ayuda con la planificación anticipada de atención médica?

Honoring Choices PNW está aquí para ayudarlo. Visite www.honoringchoicespnw.org/locations o comuníquese con nosotros a través de info@honoringchoicespnw.org para obtener ayuda.

PARA LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA (ATTENTION HEALTH CARE PROVIDERS)

MI NOMBRE (MY NAME): _____

MI FECHA DE NACIMIENTO (MY DATE OF BIRTH): ____ / ____ / ____

MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA
(MY HEALTH CARE PROVIDER): _____

TELÉFONO DEL CONSULTORIO DEL PROVEEDOR
(PROVIDER OFFICE PHONE): (____) _____

RESPETE MIS DESEOS (PLEASE HONOR MY WISHES)

MI AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA (NOMBRADO EN EL DPOA-HC)
(MY HEALTH CARE AGENT (named on DPOA-HC)): _____

TELÉFONO PRINCIPAL (BEST PHONE): (____) _____

MI DIRECTIVA ANTECIPADA O MI POLST SE ENCUENTRAN EN:
(MY ADVANCE DIRECTIVE POLST CAN BE FOUND AT)

Recorte y lleve consigo esta tarjeta para que los demás sepan que tiene un agente de atención médica.

DIRECTIVA ANTICIPADA: PODER NOTARIAL DURABLE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

Esta directiva anticipada, un poder notarial durable para la atención médica, le permite nombrar y preparar a su agente de atención médica. Este formulario cumple con los requisitos de la ley del estado de Washington.

This advance directive, a durable power of attorney for health care, allows you to name and prepare your health care agent. This form meets the requirements of Washington state law.

Mi información:

My Information:

NOMBRE COMPLETO: _____ <small>FULL NAME:</small>	PRONOMBRES (OPCIONAL): _____ <small>PRONOUNS (OPTIONAL):</small>
	<i>(p. ej., él/ella/elle)</i> <i>(i.e., he/she/they)</i>
FECHA DE NACIMIENTO: / / _____ <small>DATE OF BIRTH:</small>	
<i>(dd/mm/aaaa)</i> <i>(mm/dd/yyyy)</i>	

NOMBRAMIENTO DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

NAMING A HEALTH CARE AGENT

La persona que designo como mi agente de atención médica es la siguiente:

The person I designate as my health care agent is:

NOMBRE COMPLETO: _____ <small>FULL NAME:</small>	PRONOMBRES (OPCIONAL): _____ <small>PRONOUNS (optional):</small>	
VÍNCULO: _____ <small>RELATIONSHIP:</small>	TELÉFONO PRINCIPAL: () _____ <small>BEST PHONE:</small>	TELÉFONO ALTERNATIVO: () _____ <small>ALTERNATE PHONE:</small>
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____ <small>ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:</small>		

Las personas que designo como mis agentes alternativos son las siguientes:

The people I designate as my alternate agents are:

Si la persona mencionada anteriormente no puede o no quiere tomar mis decisiones de atención médica, entonces designo a las personas mencionadas a continuación como mi primer y segundo agente alternativo de atención médica.

If the person listed above is unable or unwilling to make my health care decisions, then I designate the people listed below as my first and second alternate health care agents.

Agente alternativo 1

First Alternate

NOMBRE COMPLETO: _____ <small>FULL NAME:</small>	PRONOMBRES (OPCIONAL): _____ <small>PRONOUNS (optional):</small>	
VÍNCULO: _____ <small>RELATIONSHIP:</small>	TELÉFONO PRINCIPAL: () _____ <small>BEST PHONE:</small>	TELÉFONO ALTERNATIVO: () _____ <small>ALTERNATE PHONE:</small>
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____ <small>ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:</small>		

Agente alternativo 2

Second Alternate

NOMBRE COMPLETO: _____ <small>FULL NAME:</small>	PRONOMBRES (OPCIONAL): _____ <small>PRONOUNS (OPTIONAL):</small>	
VÍNCULO: _____ <small>RELATIONSHIP:</small>	TELÉFONO PRINCIPAL: () _____ <small>BEST PHONE:</small>	TELÉFONO ALTERNATIVO: () _____ <small>ALTERNATE PHONE:</small>
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____ <small>ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:</small>		



NOMBRE: _____
NAME:

FECHA DE NACIMIENTO: / / _____
DATE OF BIRTH:

(dd/mm/aaaa)
(mm/dd/yyyy)

NOMBRAMIENTO DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

NAMING A HEALTH CARE AGENT

Situaciones posibles:

Situations that may apply:

Ponga sus iniciales al lado de las afirmaciones de abajo que se apliquen a usted. Puede trazar una línea en las declaraciones que no se aplican a usted. Para obtener más información, vea el resumen de planificación anticipada de atención médica (ACP) y visite www.HonoringChoicesPNW.org o hable con su proveedor de atención médica.

Initial next to the statements below that apply to you. You may draw a line through statements that do not apply to you. For more information: see the ACP Overview, visit www.HonoringChoicesPNW.org, or talk with your health care provider.

_____ Si nombro a mi cónyuge o pareja de hecho registrada como mi agente de atención médica y más tarde presentamos una disolución, anulación o separación legal, quiero que siga siendo mi agente de atención médica.

If I name my spouse or registered domestic partner as my health care agent and we later file for a dissolution, annulment, or legal separation; I want them to continue as my health care agent.

_____ No nombro a un agente de atención médica. Al compartir mis objetivos y valores en este formulario, se considerará una declaración de valores personales y no una directiva anticipada.

I am not naming a health care agent. By sharing my goals and values in this form, it will be considered a personal values statement and not an advance directive.

PREPARACIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

¿Qué es lo que más me importa?

What matters most to me?

Esta sección lo ayuda a pensar en lo que más le importa. Esta información puede orientar a las personas que le importan a usted, como su agente de atención médica y sus seres queridos, para que tomen decisiones de atención médica por usted si no puede hacerlo usted mismo.

Considere la posibilidad de compartir lo siguiente:

This section helps you think about what matters most to you. This information can guide the people who matter to you — like your health care agent and loved ones — to make health care decisions for you if you cannot make them yourself. Consider sharing:

- ¿Qué le gusta hacer, mental y físicamente?
What do you love to do, mentally and physically?
- ¿Qué importancia tiene para usted saber quién es y con quién está?
How important is it for you to know who you are and who you are with?
- ¿Qué importancia tiene para usted la comunicación con su familia y amigos?
How important is communicating with family and friends to you?
- ¿Qué significa para usted "vivir bien" o "tener un buen día"?
What does "living well" or "a good day" look like to you?
- ¿Qué es lo que más valora en la vida?
What do you value most in your life?

Lo siguiente es lo que más me importa: (Sea específico. Agregue páginas de ser necesario).

The following is what matters most to me: (Be specific. Add pages if needed.)

NOMBRE: _____

NAME: _____

FECHA DE NACIMIENTO: / / _____

DATE OF BIRTH: _____

(dd/mm/aaaa)
(mm/dd/yyyy)



PREPARACIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

¿Cuáles son mis creencias, preferencias y prácticas?

What are my beliefs, preferences, and practices?

Es importante que las personas que le importan a usted, como su agente de atención médica y sus seres queridos, y su equipo de atención médica conozcan sus creencias, preferencias y prácticas. Considere la posibilidad de compartir lo siguiente:

It is important for the people who matter to you—like your health care agent and loved ones—and your health care team to know about your beliefs, preferences, and practices. Consider sharing:

- ¿Qué le proporciona apoyo, consuelo y fuerza en los momentos difíciles?
What provides you support, comfort, and strength during difficult times?
- ¿Qué tratamientos médicos desearía o no desearía (por ejemplo, transfusión de sangre, tratamiento del dolor, alimentación artificial)?
What medical treatments would you want or not want (e.g., blood transfusion, pain management, artificial feeding)?
- ¿Cómo se toman las decisiones de atención médica en su comunidad, cultura o familia?
How are health care decisions made in your community, culture, or family?

Las siguientes creencias, preferencias y prácticas son importantes para mí: *(Sea específico. Agregue páginas de ser necesario).*

The following beliefs, preferences, and practices are important to me: *(Be specific. Add pages if needed.)*

Me gustaría que la(s) siguiente(s) persona(s) se pusiera(n) en contacto para apoyar mis creencias, preferencias y prácticas:

(No tendrán poder para tomar decisiones sobre la atención médica).

I would want the following person(s) contacted to support my beliefs, preferences, and practices: *(They will not have power to make health care decisions.)*

NOMBRE:
NAME:

TELÉFONO: ()

PHONE:

ROL:
ROLE:

ORGANIZACIÓN:

ORGANIZATION:



NOMBRE:
NAME:

FECHA DE NACIMIENTO: / /

DATE OF BIRTH:
(dd/mm/aaaa)
(mm/dd/yyyy)

PREPARACIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Al responder a las siguientes preguntas, comparto mis preferencias en materia de atención médica. Si no puedo tomar decisiones de atención médica por mí mismo, quiero que mi agente de atención médica utilice esta información para guiar sus decisiones. Entiendo que esta información puede orientar mi atención, pero puede que no sea posible seguir mis deseos exactamente en cada situación.

In answering the following questions, I am sharing my health care preferences. If I cannot make health care decisions for myself, I want my health care agent to use this information to guide their decisions. I understand that this information can guide my care, but it might not be possible to follow my wishes exactly in every situation.

RCP: ¿Cuáles son mis deseos?

CPR: What are my wishes?

La atención estándar en el estado de Washington consiste en proporcionar reanimación cardiopulmonar (RCP) a las personas si su corazón y su respiración se detienen. Esta sección puede orientar a su agente de atención médica y a los proveedores de atención médica sobre la conveniencia de realizar RCP si está hospitalizado y su corazón y respiración se detienen (también conocido como "medidas de reanimación").

Standard care in Washington state is to provide cardiopulmonary resuscitation (CPR) to people if their heart and breathing stop. This section can guide your health care agent and health care providers on whether to perform CPR if you are hospitalized and your heart and breathing stop (also known as "code status").

Si me hospitalizan y mi corazón y mi respiración se detienen:

If I am hospitalized and my heart and breathing stop:

- Quiero que se intente realizar RCP.
I want CPR attempted.
- Quiero que se intente realizar RCP, a menos que haya habido un cambio en mi salud, y tenga:
- I want CPR attempted, unless there has been a change in my health, and I have:
- pocas posibilidades de vivir una vida que se adapte a los objetivos y valores que he declarado en este formulario o que he discutido con mi agente de atención médica; o
Little chance of living a life that aligns with the goals and values I have stated in this form and/or discussed with my health care agent; or
 - una enfermedad o lesión que no se puede curar, y es probable que muera pronto; o
A disease or injury that cannot be cured, and I am likely to die soon; or
 - pocas posibilidades de sobrevivir, incluso si mi corazón vuelve a responder.
Little chance of survival even if my heart is started again.
- No quiero que se intente realizar RCP. Quiero que me dejen morir de forma natural. (Hable con su proveedor de atención médica sobre un formulario de POLST).
I do not want CPR attempted. I want to be allowed to die naturally. (Talk to your health care provider about a POLST form.)

Soporte vital: ¿Cuáles son mis deseos?

Life Support: What are my wishes?

Su respuesta a continuación está destinada a orientar a su agente de asistencia médica. Responder a esta pregunta no convierte este formulario en una directiva de atención médica, que es una directiva para retirar o retener el tratamiento de soporte vital en situaciones específicas bajo la ley del estado de Washington. Para obtener más información, visite www.HonoringChoicesPNW.org o hable con su proveedor de atención médica.

Your response below is intended to guide your health care agent. Answering this question does not make this form a health care directive, which is a directive to withdraw or withhold life-sustaining treatment in specific situations under Washington state law. For more information, visit www.HonoringChoicesPNW.org or talk with your health care provider.

Si estoy tan enfermo o lesionado que es probable que muera pronto o estoy en coma y no es probable que me recupere, quiero que mi agente de atención médica haga lo siguiente:

If I am so sick or injured that I am likely to die soon or am in a coma and unlikely to recover, I want my health care agent to:

- Recorra a todos los tratamientos de soporte vital para mantenerme con vida aunque haya pocas posibilidades de recuperación. Quiero seguir con el soporte vital.
Use all life-support treatments to keep me alive even if there is little chance of recovery. I want to stay on life support.
- Recorra a todos los tratamientos de soporte vital que mis proveedores de atención médica crean que pueden ayudarme a recuperarme. Si los tratamientos no funcionan y hay pocas posibilidades de vivir una vida que se ajusta a mis objetivos y valores, no quiero seguir con el soporte vital. Ante esa situación, permítame morir naturalmente.
Try all life-support treatments that my health care providers think might help me recover. If the treatments do not work and there is little chance of living a life that aligns with my goals and values, I do not want to stay on life support. At that point, allow me to die naturally.
- Que me permita morir de forma natural. No quiero estar con soporte vital. Si se han iniciado tratamientos de soporte vital, quiero que se abandonen.
Allow me to die naturally. I do not want to be on life support. If life-support treatments have been started, I want them to be stopped.
- Quiero que mi agente de atención médica decida por mí.
I want my health care agent to decide for me.

NOMBRE:

NAME:

FECHA DE NACIMIENTO: / /

DATE OF BIRTH:

(dd/mm/aaaa)
(mm/dd/yyyy)

PREPARACIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Directivas adicionales

Additional Directions

Si me estoy muriendo y mi atención médica, sistema de apoyo y recursos lo permiten, mi preferencia sería morir en el siguiente lugar:

If I am dying and my medical care, support system, and resources allow, my preference would be to die:

En mi casa o en la de un ser querido (con hospicio si se desea).

At my home or the home of a loved one (with hospice if desired).

En un centro médico.

In a medical facility.

No tengo ninguna preferencia.

I do not have a preference.

Otro (especifique): _____

Other (please describe): _____

Si estoy embarazada y no puedo tomar decisiones de atención médica por mí misma, quisiera que mi agente de atención y

los proveedores de atención médica tengan en cuenta lo siguiente cuando tomen dichas decisiones en mi nombre:

If I am pregnant and cannot make health care decisions for myself, I would like my health care agent and health care providers to take the following into consideration as they make health care decisions on my behalf:

Escriba cualquier información adicional que desee que su agente de atención médica, los proveedores de atención médica u otras personas conozcan sobre sus deseos de atención médica. Tenga en cuenta que sus deseos de donación de órganos y los planes para sus restos deben documentarse por separado.

Write any additional information you want your health care agent, health care providers, or others to know about your health care wishes. Please note that your wishes for organ donation and plans for your remains should be documented separately.

NOMBRE: _____

NAME: _____

FECHA DE NACIMIENTO: / / _____

DATE OF BIRTH: _____

(dd/mm/aaaa)
(mm/dd/yyyy)



AUTORIZACIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

AUTHORIZING A HEALTH CARE AGENT

Declaración de autoridad general y poderes de mi agente de atención médica: Autorizo a mi agente de atención médica a dar el consentimiento para los tratamientos médicos cuando no pueda tomar mis propias decisiones. Autorizo a mi agente de atención médica a llevar a cabo mis deseos con respecto a los tratamientos de soporte vital, como la reanimación cardiopulmonar, los respiradores, las sondas de alimentación, las transfusiones de sangre y la diálisis renal. Esto incluye el consentimiento para iniciar, continuar o interrumpir un tratamiento médico.

Statement of General Authority and Powers of My Health Care Agent: I authorize my health care agent to give consent for medical treatments when I cannot make my own decisions. I authorize my health care agent to carry out my wishes regarding life-support treatments such as a CPR, breathing machines, feeding tubes, blood transfusions, and kidney dialysis. This includes consent to start, continue, or stop medical treatment.

Doy fe de lo siguiente: Entiendo la importancia y el significado de este poder notarial durable para la atención médica (DPOA-HC). Este formulario refleja mis elecciones de agente de atención médica y mis objetivos, valores y preferencias. He rellenado este formulario voluntariamente. Pienso con claridad. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento. Entiendo que puedo revocar y sustituir este formulario en cualquier momento. Revoco cualquier poder notarial durable para la atención médica anterior. Quiero que este DPOA-HC entre en vigor si un médico o un psicólogo autorizado determina que no tengo la capacidad de tomar mis propias decisiones de atención médica. Esta directiva continuará mientras dure mi incapacidad.

I attest to the following: I understand the importance and meaning of this durable power of attorney for health care (DPOA-HC). This form reflects my health care agent choices and my goals, values, and preferences. I have filled out this form willingly. I am thinking clearly. I understand that I can change my mind at any time. I understand I can revoke and replace this form at any time. I revoke any prior durable power of attorney for health care. I want this DPOA-HC to become effective if a physician or licensed psychologist determines I do not have the capacity to make my own health care decisions. This directive will continue as long as my incapacity lasts.

MI FIRMA:

MY SIGNATURE:

FECHA:

DATE:

DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

Requisitos de los testigos o del notario

Witnesses or Notary Requirement

Debe hacer que su firma sea atestiguada por dos personas o reconocida por un notario.

You must have your signature either witnessed by two people or acknowledged by a notary public.

OPCIÓN 1: DOS TESTIGOS

Option 1 - Two Witnesses

Declaración de los testigos: Declaro que cumplo las normas para ser testigo.

Witness Attestation: I declare I meet the rules for being a witness.

FIRMA DEL TESTIGO 1:

WITNESS #1 SIGNATURE:

FECHA:

DATE:

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:

NAME PRINTED:

FIRMA DEL TESTIGO 2:

WITNESS #2 SIGNATURE:

FECHA:

DATE:

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:

NAME PRINTED:

OPCIÓN 2: NOTARIO

Option 2 - Notary

STATE OF WASHINGTON)
ESTADO DE WASHINGTON)

COUNTY OF _____)
CONDADO DE _____)

This record was acknowledged before me on this _____ day of _____,
Este registro fue reconocido ante mí en este _____ día de _____,

by (name of individual): _____
por (nombre de la persona): _____

Signature: _____ Title: _____ Exp: _____
Firma: _____ Cargo: _____ Vencimiento: _____

Normas para ser testigo:

Rules for Witnesses:

- Debe tener al menos 18 años y ser competente.
Must be at least 18 years of age and competent.
- No puede ser pariente de sangre suyo, de su agente de atención médica, de su cónyuge o pareja de hecho registrada en el estado.
Cannot be related to you or your health care agent by blood, marriage, or state registered domestic partnership.
- No puede ser su proveedor de atención domiciliaria o un proveedor de atención en un hogar familiar para adultos o en un centro de cuidados de larga duración donde usted vive.
Cannot be your home care provider or a care provider at an adult family home or long-term care facility where you live.
- No puede ser su agente de atención médica designado.
Cannot be your designated health care agent.



NOMBRE: _____
NAME: _____
FECHA DE NACIMIENTO: / / _____
DATE OF BIRTH: (dd/mm/yyyy)
(mm/dd/yyyy)