



- **El presente documento reemplaza todas las directivas de atención médica realizadas con anterioridad.**
(This document replaces any health care directive made before this one.)
- Este documento no se aplica a la terapia electroconvulsiva ni a los medicamentos antipsicóticos para enfermedades mentales. *(This document doesn't apply to electroconvulsive therapy or neuroleptic medications for mental illness.)*
- Les daré copias a mis apoderados de salud y a mi equipo de salud una vez finalizado. *(I will give copies to my health care agents and health care teams when completed.)*
- Realizaré una nueva directiva de atención médica si cambian mis apoderados, objetivos, preferencias o instrucciones. *(I will make a new health care directive if my agents, goals, preferences, or instructions change.)*

Mi nombre completo *(full name)*: _____

Mi fecha de nacimiento *(date of birth)*: _____

Mi dirección *(address)*: _____

Mi n.º de(l) teléfono *(my phone numbers)*:

celular *(cell)*: _____

domicilio *(home)*: _____

trabajo *(work)*: _____

Mis apoderados de salud *(My health care agents)*

Mi apoderado de salud será mi voz si yo no puedo tomar decisiones médicas por mí mismo(a). Confío en mi apoderado para que **sea mi defensor, siga mis instrucciones y tome decisiones en función de lo que yo hubiera querido**. Mis apoderados tienen por lo menos 18 años. Si elijo que mi prestador de servicios de salud sea un apoderado, he estipulado los motivos a continuación.

*(My health care agent is my voice if I can't make health care decisions for myself. I trust my agent to **be my advocate, to follow my instructions, and to make decisions based on what I would want.** My agents are at least 18 years old. If I chose my health care provider to be an agent, I have given my reason below.)*

Apoderado de salud *(Health care agent)*

Nombre *(Name)* _____ Relación conmigo *(Relationship to me)* _____

Dirección *(Address)* _____

N.º de(l) teléfono:

Celular *(Cell #)* _____ Domicilio *(Home #)* _____ Trabajo *(Work #)* _____

Nombre (Name) _____ Fecha (Date) _____

Primer apoderado alternativo de salud—Si mi apoderado de salud no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible. *(First alternate health care agent—if my health care agent isn't willing, able, or reasonably available.)*

Nombre (Name) _____ Relación conmigo (Relationship to me) _____

Dirección (Address) _____

N.º de(l) teléfono:

Celular (Cell #) _____ Domicilio (Home #) _____ Trabajo (Work #) _____

Segundo apoderado alternativo de salud—Si mi primer apoderado alternativo de salud no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible. *(Second alternate health care agent—if my first alternate agent isn't willing, able, or reasonably available.)*

Nombre (Name) _____ Relación conmigo (Relationship to me) _____

Dirección (Address) _____

N.º de(l) teléfono:

Celular (Cell #) _____ Domicilio (Home #) _____ Trabajo (Work #) _____

Por qué elegí a esos apoderados de salud *(Why I chose these health care agents):* _____

Apoderados de salud: Poderes y situaciones especiales

(Health Care Agents: Powers and Special Situations)

Si no soy capaz de tomar mis propias decisiones médicas, mi apoderado de salud podrá acceder a mis expedientes médicos, decidir cuándo iniciar y suspender tratamientos y seleccionar mi equipo de salud y el lugar para mi atención médica. *(If I'm not able to make my own health care decisions, my health care agent can: access my medical records, decide when to start and stop treatments, and choose my health care team and place of care.)*

También quiero que mi apoderado de salud pueda hacer lo siguiente *(I also want my health care agent to):*

Tomar decisiones sobre la continuidad de un embarazo si yo no puedo tomarlas.
(Make decisions about continuing a pregnancy if I can't make them myself.)

Tomar decisiones sobre el cuidado de mi cuerpo después de la muerte (autopsia, entierro, cremación).
(Make decisions about the care of my body after death—autopsy, burial, cremation).

Nombre (Name) _____ Fecha (Date) _____

Mis preferencias de atención médica si estoy en un estado de inconsciencia permanente

(My Future Care Preferences if I'm Permanently Unconscious)

La inconsciencia permanente puede ser la causa de un accidente, un derrame cerebral u otras afecciones. Es posible que mi equipo de salud se refiera a ese estado como **estado vegetativo permanente**. Eso significa que el cerebro está tan dañado que la persona no está consciente de sí misma ni de los demás, no puede entender ni comunicarse, y que el equipo de salud opina que esa persona no mejorará. Hay tratamientos mecánicos o artificiales que pueden mantener a una persona con vida cuando el cuerpo ya no pueda funcionar por sí solo. Algunos ejemplos son la ventilación (respirador artificial), la reanimación cardiopulmonar (RCP) para intentar reanimar un corazón que ha dejado de latir, la alimentación artificial a través de tubos, líquidos intravenosos (IV), y diálisis cuando los riñones ya no funcionan.

*(Permanent unconsciousness can be caused by an accident, a stroke, and other illnesses. My health care team may call this a **permanent vegetative state**. This means the brain is so badly hurt that the person isn't aware of self or others, can't understand or communicate, and the health care team believes the person won't get better. Mechanical or artificial treatments may keep a person alive when the body can't function on its own. Examples are: ventilation (breathing machine) when the lungs aren't working, cardiopulmonary resuscitation (CPR) to try to restart a heart that has stopped beating, artificial feeding through tubes, intravenous (IV) fluids, and dialysis when the kidneys aren't working.)*

Si estoy en un estado de inconsciencia permanente *(If I'm permanently unconscious):*

Deseo recibir algunos o todos los tratamientos de soporte vital posibles si estoy en un estado de inconsciencia permanente. Mi apoderado de salud deberá trabajar con mi equipo de salud para tomar decisiones sobre los tratamientos en función de mis metas y valores.

(I want some or all possible life-sustaining treatments if I'm permanently unconscious. My health care agent should work with my health care team to make decisions about treatments based on my goals and values.)

Q *(OR)*

No deseo recibir tratamientos de soporte vital si estoy en un estado de inconsciencia permanente. Enfóquense en mantenerme lo más libre de dolor y molestias, y permitan una muerte natural.

(I don't want life-sustaining treatments if I'm permanently unconscious. Focus on making me comfortable and allow natural death.)

Q *(OR)*

No deseo tomar una decisión ahora sobre los tratamientos de soporte vital si estoy en un estado de inconsciencia permanente. Mi apoderado de salud deberá trabajar con mi equipo de salud para decidir si deben administrar tratamientos de soporte vital en función de mis metas y valores.

(I can't make a decision now about life-sustaining treatments if I'm permanently unconscious. My health care agent should work with my health care team to decide whether or not to use life-sustaining treatments based on my goals and values.)

Nombre (Name) _____ Fecha (Date) _____

Donación de órganos

(Organ Donation)

Deseo donar mis ojos, tejidos y órganos, de ser posible. Mi apoderado de salud puede iniciar y continuar todos los tratamientos necesarios hasta que la donación esté completa.
(I want to donate my eyes, tissues and/or organs, if I can. My health care agent may start and continue any treatments needed until the donation is complete.)

No deseo donar mis ojos, tejidos ni órganos. *(I don't want to donate my eyes, tissues and/or organs.)*

Instrucciones adicionales

(Additional instructions)

He adjuntado n.º _____ páginas de instrucciones adicionales en el presente documento.
(I have attached # _____ page(s) of additional instructions to this document.)

Legalización del documento

(Making this document legal)

1. Firma y fecha *(Sign and date):*

Mi firma *(My signature)*

Fecha de la firma *(Date signed)*

2. Certifique su firma ante un notario público O verifíquela con dos testigos

(Have your signature notarized OR verified by 2 witnesses)

MINNESOTA NOTARY PUBLIC
(NOTARIO PÚBLICO DE MINNESOTA)

NOTARY SEAL BELOW
(SELLO DEL NOTARIO DEBAJO)

County of _____ *(county name)*

In my presence on the date of _____ *(date notarized)*

_____ *(person signing above)*

acknowledged their signature on this document. I am not named as a healthcare agent in this document.

Condado de _____ *(nombre del condado)*

En mi presencia en la fecha de _____ *(fecha de la autenticación)*

_____ *(persona firmante) reconoce la firma en el presente documento. No se me designa como apoderado de salud en este documento.*

Signature of Notary *(Firma del notario)* _____

Nombre (Name) _____ Fecha (Date) _____

Q (OR)

DECLARACIÓN DE TESTIGOS: Tengo por lo menos 18 años. No se me designa como apoderado de salud en este documento. Solo uno de los testigos puede ser empleado del sistema de salud que brinda atención médica a la persona en esta fecha.

(STATEMENT OF WITNESSES: I am at least 18 years old. I am not named as a health care agent in this document. Only one witness can be an employee of the health care system providing care to the person on this date.)

Firma del primer testigo (Witness # 1 Signature) _____

Fecha de la firma (Date Signed) _____

Nombre en letra de molde (*Printed Name*) _____

Firma del segundo testigo (Witness # 2 Signature) _____

Fecha de la firma (Date Signed) _____

Nombre en letra de molde (*Printed Name*) _____

