

# DISPOSICIONES POR ADELANTADO SOBRE LA ATENCION DE LA SALUD

*Incluye un Poder de representacion para decisiones relacionadas con la atencion de la salud  
Articulo 4600-4805 delCodigo de Sucesiones de California*

## MIS DESEOS RELACIONADOS CON LA ATENCION DE ME SALUD

Este formulario le permite dar instrucciones sobre la atencion futura de su salud. Adem as, le permite nombrar a alguien para que tome las decisiones en su nombre si usted no pudiera tomar sus propias decisiones. Es conveniente que complete todo el formulario, sin embargo, en tanto este correctamente firmado, fechado y certificado por los testigos o por un notario, puede optar por nombrar un representante (Seccion 1) o incluir instrucciones sobre la atencion de su salud (Seccion 3). Si no comprende alguna parte de este formulario, lea el folleto que se adjuta a este formulario y los parrafos escritos en letra cursiva del formulario, o consulte a su medico u otro profesional de la salud o a un abogado para que lo asista.

### 1. DESIGNACION DEL REPRESENTANTE PARA LA ATENCION DE ME SALUD

- Opcion 1.** Yo, \_\_\_\_\_ deseo nombrar un representante para la atencion de mi salud. (escriba su nombre completo en letra de imprenta)

A continuacion, complete el nombre y la informacion necesaria para comunicarse con la(s) persona(s) (su representante o representante(s) sustituto(s)) que desea que tome(n) las decisiones sobre la atencion de su salud en su nombre si usted no pudiera hacerlo por usted mismo. Puede nombrar representantes sustitutos en caso de que su primer representante nombrado no este dispuesto, no pueda o no este disponible dentro de lo razonable para tomar estas decisiones cuando se le solicite.

Su representante no podra ser:

- A. El principal proveedor a cargo de su atencion medica.
- B. Un administrador de un centro comunitario de atencion medica o de un centro medico con internacion en el que usted reciba tratamiento.
- C. Un empleado de la institucion de atencion medica o del centro comunitario de atencion medica o centro medico con internacion en el que usted reciba tratamiento, a menos que su representante tenga una relacion familiar con usted o sea uno de sus companeros de trabajo.

Si decide nombrar un representante, debe conversar sobre sus deseos con esta persona y entregarle una copia de este formulario. Debe asegurarse de que esta persona comprende y esta dispuesta a aceptar esta responsabilidad.

Por el presente nombro como mi representante para que tome las decisiones relacionadas con la atencion de mi salud en mi nombre a:

Nombre \_\_\_\_\_  
(nombre del representante)

Direccion \_\_\_\_\_  
(calle, ciudad, estado, codigo postal)

Telefono particular ( ) \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Telefono celular/localizador ( ) \_\_\_\_\_ Fax ( ) \_\_\_\_\_ Direccion electronica (e-mail) \_\_\_\_\_

Comprendo que este nombramiento se mantendra vigente, a menos que lo revoque como se explica en la Seccion 5.

Si revoco la autorizacion de mi representante, o si mi representante no estuviera disponible, no pudiera o no estuviera dispuesto dentro de lo razonable para tomar las decisiones relacionadas con la atencion de mi salud en mi nombre, nombro a la(s) siguientes(s) persona(s) para que lo haga (n), quienes figuran en el orden en el que se las debe consultar.

**OPCIONAL: 1er.** Representante sustituto: Nombre \_\_\_\_\_ Direccion electronica (e-mail) \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Telefono particular( ) \_\_\_\_\_  
(calle, ciudad, estado, codigo postal)

Telefono del trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Telefono celular/localizador ( ) \_\_\_\_\_ Fax ( ) \_\_\_\_\_

**OPCIONAL: 2do.** Representante sustituto: Nombre \_\_\_\_\_ Direccion electronica (e-mail) \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Telefono particular( ) \_\_\_\_\_  
(calle, ciudad, estado, codigo postal)

Telefono del trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Telefono celular/localizador ( ) \_\_\_\_\_ Fax ( ) \_\_\_\_\_

## 2. FACULTADES DEL REPRESENTANTE

*Su representante debera tomar decisiones sobre la atencion de su salud que esten de acuerdo con las instrucciones de este documento y sus deseos conocidos. Es importante que converse sobre sus deseos relacionados con la atencion de su salud con la(s) persona(s) a la(s) que nombra representante(s) para las decisiones relacionadas con la atencion de su salud, y con su(s) medico(s). Si no se conocen sus deseos, su representante debera tomar las decisiones relacionadas con la atencion de su salud que el considere que son mas convenientes para usted, teniendo en cuenta su escala personal de valores en la medida que la conozca.*

Si mi medico principal determina que no estoy en condiciones de tomar mis propias decisiones sobre la atencion de me salud, otorgo plenas facultades y autoridad a mi representante para que tome estas decisiones en mi nombre, sujeto a las instrucciones sobre la atencion de mi salud que figuran a continuacion. Mi representante tendra derecho a:

- A. Dar su consentimiento, negarse a dar su consentimiento o retirar su consentimiento para cualquier atencion o servicio medico, tales como exámenes, medicamentos o intervenciones quirurgicas, por cualquier condicion fisica o mental. Esto incluye la administracion, la no administracion o la suspension de todo tipo de alimentacion e hidratacion artificial (alimentacion por tubo) y cualquier otro tipo de atencion medica, incluyendo la resucitacion cardiopulmonar (RCP).
- B. Elegir o no aceptar a mi medico, a otros profesionales de la salud o centros de atencion medica.
- C. Recibir y dar su consentimiento para la entrega de informacion medica.
- D. Donar organos o tejidos, autorizar una autopsia y disponer de mis restos, a menos que yo haya expresado otros deseos en un contrato con una empresa funeraria, en mi testamento, o a traves de otro documento por escrito.

Comprendo que, por disposicion legal, mi representante no puede dar su consentimiento ni decidir que se me interne en una centro de tratamiento de salud mental, ni para que se me someta a tratamientos convulsivos, intervenciones quirurgicas con fines psiquiatricos, esterilizacion o abortos.

**OPCIONAL:** Deseo que mi representante pueda ejercer sus facultades para tomar decisiones relacionadas con la atencion de mi salud en mi nombre a partir de ahora, aunque aun estoy en condiciones de tomarlas por mi mismo. Comprendo y autorizo esta declaracion y la certifico con mi firma \_\_\_\_\_.

## 3. INSTRUCCIONES SOBRE LA ATENCION DE LA SALUD

*Usted puede pero no esta obligado a manifestar sus deseos con respecto a los objetivos y tipos de tratamientos medicos que quiere o no quiere recibir, incluyendo sus deseos en relacion con los tratamientos para mantener estables los signos vitales, si padece una enfermedad grave. Si se desconocen sus deseos, su representante debera tomar en su nombre las decisiones sobre la atencion de su salud que el considere convenientes para usted, teniendo en cuenta su escala personal de valore. Si no desea proporcionar instrucciones especificas por escrito sobre la atencion de su salud, tache esta seccion.*

*A continuacion figuran algunas declaraciones relacionadas con la utilizacion de tratamientos para mantener estables los signos vitales. Los tratamientos para mantener estables los signos vitales o para prolongar la vida son todos los procedimientos medicos, elementos o medicamentos utilizados para mantenerlo con vida. Los tratamientos para mantener estables los signos vitals pueden incluir la colocacion de dispositivos medicos en su cuerpo para ayudarle a respirar, la administracion artificial de alimento y liquido a traves de elementos medicos (alimentacion por tubos), resucitacion cardiopulmonar (RCP), cirugia mayor, transfusiones de sangre dialysis renal y antibioticos.*

*Firme una de las siguientes declaraciones generales sobre los tratamientos para mantener estables los signos vitales si alguna de ellas refleja adecuadamente sus deseos. Si desea modificar o agregar informacion a alguna de las declaraciones, o prefiere escribir su propia declaracion puede hacerlo en el espacio que se prevee a continuacion o en hoja(s) separada(s), la(s) que debera fechar, firmar y adjuntar a este formulario.*

**OPCIONAL:** La declaracion que he firmado a continuacion regira si padezco una condicion terminal que se preve provocara mi muerte en un plazo de meses, o si padezco una condicion irreversible que me impide tomar mis propias decisiones y se requiere la utilizacion de tratamientos destinados a mantener estables los signos vitales para mantenerme con vida.

- A. Solicito que se interrumpan o eviten todos los tratamientos, excepto los necesarios para mantenerme comodo, y que mi(s) medico(s) me permitan morir tan placidamente como sea posible. Comprendo y autorizo esta declaracion y la certifico con mi firma \_\_\_\_\_.

**O**

**B.** Solicito que se haga lo posible por mantenerme con vida si padezco de esta condicion terminal o irreversible, utilizando todos los tratamientos disponibles y efectivos para mantener estables los signos vitales. Comprendo y autorizo esta declaracion y la certifico con mi firma \_\_\_\_\_.

**OPCIONAL:** Otras declaraciones o declaraciones adicionales sobre los deseos y limites en relacion con los tratamientos medicos: \_\_\_\_\_

**OPCIONAL:** He agregado a estas disposiciones \_\_\_\_\_ pagina(s) de instrucciones especificas sobre la atencion de mi salud, cada pagina ha sido firmada y fechada el mismo dia que firme estas disposiciones.

**4. DONACION DE ORGANOS Y TEJIDO**

Si desea ser donante de organos, coloque sus iniciales en el cuadro que figura a continuacion:

Si **no** desea ser donante de organos, tache esta Seccion 4.

Deseo ser donante de organos. Las instrucciones especificas figuran en mi licencia de conductor o en la(s) pagina(s) adjuntas.

**5. REVOCACION DE DISPOSICIONES PREVIAS**

Revoco todo Poder de representacion sobre la atencion de salud or Declaracion sobre el derecho a una muerte natural anterior. *Puede revocar estas Disposiciones por adelantado sobre la atencion de la salud en cualquiera de sus partes o en su totalidad en cualquier momento. Para revocar el nombramiento de un representante, debe informar al proveedor a carga de sus atencion medica personalmente o por escrito. Si completa un nuevo formulario de Disposiciones por adelantado sobre la atencion de la salud de la California Medical Association quedaran revocadas todas las disposiciones anteriores. Si revoca sus disposiciones previas, notifique a todas las personas y hospitals, clinicas o centros da atencion medica que tengan una copia de sus disposiciones anteriores, e entregueles una copia de sus nuevas disposiciones.*

**6. FECHA Y FIRMA DEL MANDANTE**

Firmo y certifico las presentes Disposiciones por adelantado sobre la atencion de la salud en: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ el dia \_\_\_\_\_  
(direccion) (ciudad) (estado) (fecha)  
\_\_\_\_\_  
(escriba el nombre en letra de imprenta) Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(fecha de nacimiento)

**OPCIONAL:** Nombre y firma del adulto que firma en presencia del mandante y segun las instrurcciones de este.

\_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_ (firma)

**7. DECLARACION DE LOS TESTIGOS**

*El presente formulario de Disposiciones por adelantado sobre la atencion de la salud no tendra validez a menos que (1) este firmado por dos testigos adultos autorizados, que esten presentes cuando usted firme o que certifiquen su firma, o (2) este certificado ante un notario publico en California. Si utiliza testigos en lugar de un lugar de un notario publico, la legislacion prohíbe que se utilice a las siguientes personas como testigos: (1) las personas a quienes usted ha nombrado representante o representante o representante(s); (2) el proveedor a cargo de su atencion medica o un empleado del proveedor a cargo de su atencion medica; o (3) un administrador o empleado de un administrador de un centro comunitario de atencion medica o un hogar de reposo para ancianos. Asimismo, por lo menos uno de los testigos no debera tener ninguna relacion consanguinea, por matrimonio o adopcion con usted, ni ser nombrado en su testamento o tener derecho a ninguna participacion en su sucesion por efecto de la ley cuando se produzca su fallecimiento.*

**Normas especiales para los residentes de centros de atencion medica especializada (Skilled Nursing Facilities).**

*Si usted es paciente de un centro de atencion medica especializada, debe solicitarle a un defensor de los derechos del paciente o mediador publico que firme como testigo y que firme la Declaracion del defensor de los derechos del paciente o mediador*

publico (vea la pagina siguiente). Ademas, debe solicitar a un Segundo testigo autorizado que firme al pie, o hacer certificar este documento ante un notario publico.

Declaro bajo pena de perjurio conforma a las leyes de California (1) que la persona que firmo o certifico estas Disposiciones por adelantado sobre la atencion de la salud es de mi conocimiento personal, o que la identidad de esta persona me fue demostrada mediante pruebas convincentes(\*vea la proxima pagina), (2) que la persona firmo o certifico estas Disposiciones por adelantado sobre la atencion de la salud en mi presencia, (3) que la persona parece estar en su sano juicio y no encontrarse bajo coaccion, fraude o intimidacion, (4) que no soy una de las personas nombradas como representantes en estas Disposiciones por adelantado sobre la atencion de la salud, y (5) que no soy el proveedor de atencion medica de la persona ni un empleado de dicho proveedor de atencion medica, ni un administrador ni empleado de un administrador de un centro comunitario de atencion medica u hogar de reposo para ancianos.

Primer testigo: \_\_\_\_\_  
(fecha) (nombre en letra de imprenta) (firma)

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

Segundo testigo: \_\_\_\_\_  
(fecha) (nombre en letra de imprenta) (firma)

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

**POR LO MENOS UNO DE LOS TESTIGOS QUE ANTECEDEN DEBEN ADEMAS FIRMAR LA SIGUIENTE DECLARACION:**

Asimismo, declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que no tengo relacion alguna con la persona que firma el presente documento de Disposiciones por adelantado sobre la atencion de la salud por via consanguinea, por matrimonio ni adopcion y que, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a ninguna participacion en la sucesion de esta persona cuando se produzca su fallecimiento, ya sea a traves de un testamento vigente en la actualidad o por efecto de la ley.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**CENTROS DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA DECLARACION DEL DEFENSOR DE LOS INTERESES DEL PACIENTE PUBLICO**

*Si usted es paciente de un centro de atencion medica especializado, un defensor de los intereses del paciente o mediador publico debe firmar la Declaracion de los testigos que antecede, y tambien debe firmar la siguiente declaracion.*

Asimismo, declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que soy un defensor de los intereses del paciente o mediador publico designado por el Departamento para la Ancianidad del Estado (State Department of Aging) y que actuo como testigo segun lo requiere el articulo 4675 del Codigo de Sucesiones.

Nombre/titulo en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_

**8. ACTA NOTARIAL**

*No se requiere la certificacion ante un notario publico si dos testigos autorizados han firmado en la pagina 3. Si usted es paciente de un centro de atencion medica especializada, debe solicitar a un defensor de los intereses del paciente o mediador publico que firme la Declaracion de los testigos de la pagina 3 y la Declaracion del defensor de los intereses del paciente o mediador publico que antecede, aunque ademas haga certificar este formulario por un notario publico*

Estado de California }  
Condado de \_\_\_\_\_ } a saber:

A los \_\_\_\_\_, ante mi, \_\_\_\_\_,  
(fecha) (nombre y titulo del funcionario)

comparece personalmente \_\_\_\_\_,  
(nombre(s) del firmante)

de mi conocimiento personal (o que ha demostrado mediante constancia satisfactoria) que es la persona(s) cuya firma(s) aparece(n) en el instrumento adjunto, y declaro ante mí que el/ella/ellos firmo dicho instrumento en ejercicio de la(s) facultad(es) que les fue/fueron conferida(s), y que por medio de su(s) firma(s) en dicho instrumento ha(n) firmado la(s) persona(s) u organismo en cuyo nombre actúa(n) el/los suscrito(s).

EN FE DE LO CUAL estampo mi firma y sello oficial.

---

(firma del notario publico)

**Sello Notarial**

## 9. COPIAS

Mi representante y otras personas podran utilizar copias de este documento como si fueran el original.

*Su representante tal vez necesitara tener este documento inmediatamente en caso de una emergencia. Debe conservar el original completado y entregar copias del original completado a (1) su representante y representantes sustitutos, (2) su(s) medico(s), (3) sus familiares y otras personas a las que se pudiera llamar en caso de una emergencia medica, y (4) cualquier hospital o centro de salud en el que usted pudiera recibir atencion medica. Indiquele a su(s) representantes(s), familiares y amigos que entreguen una copia de sus disposiciones a su(s) medico(s) o al personal medico de emergencia cuando se lo soliciten.*

Puede adquirir formularios adicionales a traves de:

CMA Publications, P.O. Box 7690, San Francisco, CA 94120-7690

Telefono: 1-800-882-CMA - fax: (415) 882-5195 – internet: [www.cmanet.org](http://www.cmanet.org)

---

**\*CONSTANCIA DE IDENTIDAD:** Los siguientes medios de identificacion se consideran constancias satisfactorias de identidad: una licencia de conductor o tarjeta de identificacion de California o un pasaporte estadounidense que este vigente o haya sido emitido dentro de los 5 anos anteriores, o cualquiera de los siguientes si el documento esta vigente o ha sido emitido dentro de los 5 anos anteriores, contiene una fotografia y descripcion de la persona que se nombra en el mismo, esta firmado por la persona, y lleva un numero de serie u otro numero de identificacion; un pasaporte extranjero que haya sido sellado por el Servicio de Inmigracion y Naturalizacion de EE.UU.; una licencia de conductor emitida por otro estado o por un organismo canadiense o mexicano autorizado; una tarjeta de identificacion emitida por otro estado o por cualquier rama de las fuerzas armadas de EE.UU, o para un preso, una tarjeta de identificacion para un preso emitida por el Departamento Correccional. Si el mandante es paciente de un centro de atencion medica especializada, un defensor de los intereses del paciente o mediador publico podra basarse en las declaraciones de los familiares o del administrador o personal del centro como prueba convincente de la identidad del paciente, si el defensor de los intereses del paciente o mediador publico considera que estas declaraciones constituyen un fundamento razonable para establecer la identidad del mandante.