

Advance Directive **including Power of Attorney for Health Care**

Instrucción anticipada,
incluido el poder notarial para atención médica

Overview

Información general

This legal document meets the requirements for Wisconsin, Minnesota and Iowa.* It lets you

- Name another person to make your health care decisions if you cannot make them for yourself.
- Write down your goals and preferences for future medical care in specific situations.

Este documento legal cumple con los requisitos establecidos para Wisconsin, Minnesota y Iowa. Esto le permite*

- *Designar a otra persona para que tome sus decisiones de atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo.*
- *Escribir sus metas y preferencias para la atención médica futura en situaciones específicas.*

The person you name is called your health care agent. You can also name alternate health care agents who can make decisions if the person you named first or second cannot or is not willing to make those decisions. This document gives your agent authority to make health care decisions on your behalf only after doctors and/or health care professionals authorized under current state law have determined you are incapable of making health care decisions for yourself.

La persona que designe será su agente de atención médica. También puede designar a agentes de atención médica alternativos que puedan tomar decisiones en caso de que la persona que designó en primero lugar no pueda o no esté dispuesto a tomar dichas decisiones. Este documento le otorga a su agente la autoridad para tomar decisiones de atención médica en su nombre solamente después de que los médicos y/o profesionales de la salud autorizados bajo la ley estatal hayan determinado que usted es incapaz de tomar decisiones de atención médica por sí mismo.

*As of November 2020

The name Honoring Choices Wisconsin is used under license from the Twin Cities Medical Foundation.

*A partir de noviembre de 2020

El nombre Honoring Choices Wisconsin se utiliza bajo la licencia de Twin Cities Medical Foundation.

This document **does not** give your agent authority to:

*Este documento **no** le otorga a su agente la autoridad para:*

- Make financial or other business decisions.

Tomar decisiones financieras o comerciales de otro tipo.

- Make certain decisions about your mental health treatment.

Tomar determinadas decisiones sobre su tratamiento de salud mental.

Read this advance directive carefully before you complete and sign it. **You should discuss your goals, values, and this advance directive with your health care agent(s). Unless you talk with your health care agent(s), they may not know your goals and be able to follow your instructions.**

*Lea esta instrucción anticipada detenidamente antes de completarla y firmarla. **Debería discutir sus metas, valores y esta instrucción anticipada con su(s) agente(s) de atención médica. A menos que usted hable con su(s) agente(s) de atención médica, es posible que ellos no sepan cuáles son sus metas y no puedan seguir sus instrucciones.***

Recommendation: make an appointment with an advance care planning facilitator for help. If this advance directive does not meet your needs, ask your health organization or attorney about other options.

Recomendación: haga una cita con un facilitador de planificación de atención médica por adelantado para obtener ayuda. Si esta instrucción anticipada no satisface sus necesidades, consulte con su organización de atención médica o con su abogado para que le brinden otras opciones.

To complete this advance directive

Para completar esta instrucción anticipada

This advance directive is divided into four parts:

Esta instrucción anticipada se divide en cuatro partes:

Part 1 – My health care agent

Parte 1: Mi agente de atención médica

Part 2 – General authority of the health care agent

Parte 2: Autoridad general del agente de atención médica

Part 3 – Statement of desires, care instructions or limits

Parte 3: Declaración de deseos, instrucciones de atención médica o límites

Part 4 – Making the document legal

Parte 4: Legalización del documento

Follow the instructions in each of the four parts.

Siga las instrucciones en cada una de las cuatro partes.

After you complete your advance directive

Después de completar la instrucción anticipada

Take these steps:

Realice lo siguiente:

- Talk to the person(s) you named as your agent(s) about your goals and preferences for future medical care, if you have not already. Make sure they feel able to do this important job for you in the future.

Hable con las personas que designó como sus agentes sobre sus metas y preferencias para la atención médica futura si todavía no lo ha hecho. Asegúrese de que se sientan capaces de hacer este importante trabajo por usted en el futuro.

- Give your agent(s) a copy of this advance directive.

Proporcione a su(s) agente(s) una copia de esta instrucción anticipada.

- Talk to the rest of your family and close friends who might be involved if you have a serious illness or injury. Make sure they know who your agent(s) is, and what your preferences are.

Hable con el resto de su familia y amigos cercanos que podrían involucrarse en caso de que usted tenga una enfermedad o lesión grave. Asegúrese de que sepan quiénes son sus agentes y cuáles son sus preferencias.

- Give a copy to your doctor and/or your health care facility. Make sure your preferences are understood.

Proporcione una copia a su médico o a su centro de atención médica. Asegúrese de que se comprendan sus preferencias.

- Keep a copy of this advance directive where it can be easily found.

Conserve una copia de esta instrucción anticipada donde pueda encontrarla con facilidad.

- If you go to a hospital or nursing home, take a copy of this advance directive and ask that it be placed in your medical record.

Si acude a un hospital o a un asilo de ancianos, lleve una copia de esta instrucción anticipada y solicite que la incluyan en su historia clínica.

- Review and update this advance directive whenever any of the “Five D’s” occur:

Revise y actualice esta instrucción anticipada cuando se produzca alguna de estas cinco situaciones:

Decade – when you start each new decade of your life.

Década: cuando comienza una nueva década de su vida.

Death (or Dispute) – when a loved one or a health care agent dies (or disagrees with your preferences).

Muerte (o disputa): cuando un ser querido o un agente de atención médica muere (o no está de acuerdo con sus preferencias).

Divorce – when divorce (or annulment) happens. If your spouse or domestic partner is your agent, your advance directive is no longer valid. You must complete a new advance directive, even if you want your ex-spouse or ex-partner to remain your agent.

Divorcio: cuando se produce un divorcio (o anulación). Si su cónyuge o pareja de hecho es su agente, su instrucción anticipada deja de tener validez. Debe completar una nueva instrucción anticipada, incluso si desea que su excónyuge o expareja de hecho siga siendo su agente.

Diagnosis – when you are diagnosed with a serious illness.

Diagnóstico: cuando le diagnostican una enfermedad grave.

Decline – when your health gets worse, especially when you are unable to live on your own.

Deterioro: cuando su salud empeora, especialmente cuando no puede vivir solo.

- If your goals and preferences change:

Si sus metas y preferencias cambian:

- Talk to your agent(s), your family, your doctor, and everyone who has copies of this advance directive.


Hable con sus agentes, su familia, su médico y cualquier persona que tenga copias de esta instrucción anticipada.


- Then, complete a new advance directive.

Luego, complete una nueva instrucción anticipada.

- Cut out the card below, fill it in, fold it and put it in your wallet.

Recorte la tarjeta que se encuentra a continuación, complétela, dóblela y colóquela en su billetera.

I HAVE AN ADVANCE DIRECTIVE	
<p>Name _____</p> <p>Date of birth _____</p> <div style="text-align: center;">  <p>Honoring Choices WISCONSIN AN INITIATIVE OF THE WISCONSIN MEDICAL SOCIETY</p> <p><small>The name "Honoring Choices Wisconsin" is used under license from the Twin Cities Medical Society Foundation.</small></p> </div>	<p>My advance directive is filed at this health care facility</p> <p>_____</p> <p>City/State _____</p> <p>Phone _____</p> <p>My health care agent is</p> <p>Name _____</p> <p>Phone _____</p>

I HAVE AN ADVANCE DIRECTIVE	
<p>Nombre _____</p> <p>Fecha de nacimiento _____</p> <div style="text-align: center;">  <p>Honoring Choices WISCONSIN AN INITIATIVE OF THE WISCONSIN MEDICAL SOCIETY</p> <p><small>The name "Honoring Choices Wisconsin" is used under license from the Twin Cities Medical Society Foundation.</small></p> </div>	<p>Mi instrucción anticipada está archivada en este centro de atención médica.</p> <p>_____</p> <p>Ciudad/Estado _____</p> <p>Teléfono _____</p> <p>Mi agente de atención médica es</p> <p>Nombre _____</p> <p>Teléfono _____</p>

Need help?

If you need help to complete this advance directive, contact Honoring Choices Wisconsin:

¿Necesita ayuda?

Si necesita ayuda para completar esta instrucción anticipada, comuníquese con Honoring Choices Wisconsin:

hcw@wismed.org or (866) 442-3800

Advance Directive including Power of Attorney for Health Care *Instrucción anticipada, incluido el poder notarial para atención médica*

For:

Para:

Name (*Nombre*) _____

Date of Birth (*Fecha de nacimiento*) _____

Telephone (Cell) (*Teléfono [Celular]*) _____ (Work) (*Trabajo*) _____

(Home) (*Casa*) _____

Address (*Dirección*) _____

City (*Ciudad*) _____ State/ZIP (*Estado/Código postal*) _____

I intend to give copies of this document to:

Tengo la intención de entregar copias de este documento a:

Name (*Nombre*) _____

Name (*Nombre*) _____

Name (*Nombre*) _____

Name (*Nombre*) _____

Name (*Nombre*) _____

Health care professional/health care facility:

Profesional de atención de médica/centro de atención médica:

Name (*Nombre*) _____

Name (*Nombre*) _____

Name (*Nombre*) _____

Notice to Person Making this Document

Notificación para la persona que realiza este documento

You have the right to make decisions about your health care. No health care may be given to you over your objection, and necessary health care may not be stopped or withheld if you object.

Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. No se le debe brindar atención médica que vayan en contra de sus objeciones, y no se podrá interrumpir o denegar la atención médica contra su voluntad.

Because your health care providers in some cases may not have had the opportunity to establish a long-term relationship with you, they are often unfamiliar with your beliefs and values and the details of your family relationships. This poses a problem if you become physically or mentally unable to make decisions about your health care.

Como es posible que sus proveedores de atención médica en algunos casos no hayan tenido la oportunidad de entablar una relación a largo plazo con usted, generalmente no están familiarizados con sus creencias y valores y con los detalles de sus relaciones familiares. Esto supone un problema en caso de que quede imposibilitado física o mentalmente para tomar decisiones sobre su atención médica.

In order to avoid this problem, you may sign this legal document to specify the person whom you want to make health care decisions for you if you are unable to make those decisions personally. That person is known as your health care agent. You should take some time to discuss your thoughts and beliefs about medical treatment with the person or persons whom you have specified. You may state in this document any types of health care that you do or do not desire, and you may limit the authority of your health care agent. If your health care agent is unaware of your desires with respect to a particular health care decision, he or she is required to determine what would be in your best interests in making the decision.

Para evitar este problema, puede firmar este documento legal para especificar la persona a la que quiere designar para que tome decisiones de atención médica en su lugar en caso de que usted no pueda hacerlo personalmente. Esa persona se conoce como su agente de atención médica. Tómese el tiempo para discutir sus pensamientos y creencias sobre el tratamiento médico con las personas que haya designado. En este documento, puede indicar todos los tipos de atención médica que desea o no desea recibir, y puede limitar la autoridad de su agente de atención médica. Si su agente de atención médica no conoce sus deseos con respecto a una decisión de atención médica en particular, este debe determinar qué sería lo mejor para usted al momento de tomar la decisión.

This is an important legal document. It gives your agent broad powers to make health care decisions for you. It revokes any prior power of attorney for health care that you may have made. If you wish to change your power of attorney for health care, you may revoke this document at any time by destroying it, by directing another person to destroy it in your presence, by signing a written and dated statement or by stating that it is revoked in the presence of two witnesses. If you revoke, you should notify your agent, your health care providers, and any other person to whom you have given a copy. If your agent is your spouse or domestic partner and your marriage is annulled or you are divorced or the domestic partnership is terminated after signing this document, the document is invalid.

Este es un documento legal importante. Le otorga a su agente amplios poderes para tomar decisiones de atención médica por usted. Revoca cualquier poder notarial de atención médica anterior que pueda tener. Si desea realizar modificaciones en su poder notarial para atención médica, puede revocar este documento en cualquier momento destruyéndolo, indicándole a otra persona que lo destruya en su presencia, firmando una declaración fechada y por escrito o declarando que el presente documento se revoca en presencia de dos testigos. Si lo revoca, debería notificar a su agente, a sus proveedores de atención médica y a cualquier otra persona a la que le haya dado una copia. Si su agente es su cónyuge o pareja de hecho y su matrimonio queda anulado o se divorcia o la pareja de hecho se disuelve después de haber firmado este documento, el mismo quedará sin validez.

You may also use this document to make or refuse to make an anatomical gift upon your death. If you use this document to make or refuse to make an anatomical gift, this document revokes any prior record of gift that you may have made. You may revoke or change any anatomical gift that you make by this document by crossing out the anatomical gifts provision in this document.

También puede utilizar este documento para hacer o negarse a hacer un donación de órganos y tejidos al momento de su muerte. Si utiliza este documento para hacer o negarse a hacer un donación de órganos y tejidos, este documento revoca cualquier registro u obsequio previo que pueda haber hecho. Puede revocar o cambiar cualquier donación de órganos y tejidos que haga mediante este documento tachando la disposición de donación de órganos y tejidos de este documento.

Do not sign this document unless you clearly understand it. It is suggested that you keep the original of this document on file with your doctor.

No firme este documento a menos que lo comprenda con claridad. Se sugiere que conserve el documento original archivado con su médico.

Part 1: Your health care agent

Parte 1: Su agente de atención médica

If you can no longer make your own health care decisions, this advance directive names the person you authorize to make these choices for you. This person will be your health care agent. State law says your health care agent will make your health care choices for you only after doctors and/or other health care professionals authorized under current state law have determined you are incapable of making health care decisions. Your agent will make decisions about your medical care as you would if you were able. You and your health care agent(s) should have ongoing talks about your health and health care choices.

Si usted ya no puede tomar sus propias decisiones de atención médica, esta instrucción anticipada designa a la persona a la que usted autoriza para hacer estas elecciones por usted. Esta persona será su agente de atención médica. Las leyes estatales afirman que su agente de atención médica esta persona tomará las decisiones de atención médica en su lugar solamente después de que los médicos y/u otros profesionales de la salud autorizados bajo la ley estatal hayan determinado que usted está incapacitado para tomar dichas decisiones. Su agente tomará las decisiones sobre su atención médica como lo haría usted en caso de que estuviese capacitado para hacerlo. Usted y sus agentes de atención médica deberían hablar continuamente sobre su salud y sus decisiones de atención médica.

Choose someone who knows you well. It should be someone you trust and who respects your goals and values. This person should be able to make difficult decisions under stress. Often family members are good choices, but not always. Choose someone who will closely follow what you want and will be a good advocate for you. Discuss this document and your views with the person(s) you choose to be your health care agent(s).

Elija a alguien que lo conozca bien. Debería ser una persona en la que usted confíe y que respete sus metas y valores. Esta persona debería ser capaz de tomar decisiones difíciles en situaciones de mucha tensión. Generalmente, los integrantes de la familia son una buena opción, pero no siempre es así. Elija a alguien que seguirá al pie de la letra lo que usted desea y que será un buen defensor de sus ideas. Analice este documento y sus puntos de vista con las personas que elija para que sean sus agentes de atención médica.

A health care agent must be at least 18 years old. Your health care agent may not be one of your health care providers or an employee of your health care provider, unless he or she is a relative.

Un agente de atención médica debe tener al menos 18 años de edad. Su agente de atención médica no puede ser uno de sus proveedores de atención médica o un empleado de su proveedor de atención médica, a menos que se trate de un pariente.

The person I choose as my health care agent is:

La persona que elijo como mi agente de atención médica es:

Name (*Nombre*) _____

Relationship (*Relación*) _____

Telephone (Cell) (*Teléfono [Celular]*) _____ (Work) (*Trabajo*) _____

(Home) (*Casa*) _____

Address (*Dirección*) _____

City (*Ciudad*) _____ State/ZIP (*Estado/Código postal*) _____

If that person is unable or unwilling to make decisions for me, then my next choice is:

Si esa persona no puede o no está dispuesta a tomar decisiones por mí, entonces mi siguiente opción es:

Second choice:

Segunda opción:

Name (*Nombre*) _____

Relationship (*Relación*) _____

Telephone (Cell) (*Teléfono [Celular]*) _____ (Work) (*Trabajo*) _____

(Home) (*Casa*) _____

Address (*Dirección*) _____

City (*Ciudad*) _____ State/ZIP (*Estado/Código postal*) _____

If that person is unable or unwilling to make decisions for me, then my next choice is:

Si esa persona no puede o no está dispuesta a tomar decisiones por mí, entonces mi siguiente opción es:

Third choice:

Tercera opción:

Name (*Nombre*) _____

Relationship (*Relación*) _____

Telephone (Cell) (*Teléfono [Celular]*) _____ (Work) (*Trabajo*) _____

(Home) (*Casa*) _____

Address (*Dirección*) _____

City (*Ciudad*) _____ State/ZIP (*Estado/Código postal*) _____

I do not have a health care agent. Instead, I want Part 3 of this document to guide my health care.

No tengo un agente de atención médica. En cambio, quiero que se respete la Parte 3 de este documento para guiar mi atención médica.

Part 2: General authority of the health care agent

Parte 2: Autoridad general del agente de atención médica

To complete this part:

Para completar esta parte:

Draw a line through anything in the box below you do **not** want your health care agent to do. For example, it should look like this: ~~Decide on~~

Tache cualquiera de las opciones de la casilla que se encuentra a continuación que **no** desee que su agente de atención médica haga. Aquí le mostramos un ejemplo de cómo debería verse: ~~Decidir sobre~~

I want my health care agent to be able to:

Quiero que mi agente de atención médica pueda:

- Decide on tests, medicine, surgery and other medical care. If treatment has started, my agent can keep it going or stop it, based on my instructions or my best interests.

Decidir sobre pruebas, medicamentos, cirugía y otra atención médica. Si el tratamiento ha comenzado, mi agente puede decidir que continúe o interrumpirlo, en función de mis instrucciones o por mi bien.

- Interpret my instructions based on what he or she knows of my preferences and values.

Interpretar mis instrucciones en función de lo que él o ella sepa de mis preferencias y valores.

- Review and release my medical records and personal files as needed for my medical care.

Revisar y divulgar mis registros médicos y expedientes personales según sea necesario para mi atención médica.

- Arrange for my medical care and treatment in Wisconsin or any other state.

Organizar mi atención y tratamiento médicos en Wisconsin o cualquier otro estado.

- Decide whether organs or tissues (anatomical gifts) can be donated after my death according to my preferences and values.

Decidir si es posible donar órganos o tejidos (obsequios anatómicos) después de mi muerte de conformidad con mis preferencias y valores.

Limits on mental health treatment in Wisconsin

Límites en el tratamiento de salud mental en Wisconsin

Wisconsin law says my health care agent may not admit or commit me to an inpatient facility for mental health treatment. This means that in Wisconsin, my agent cannot admit me to:

La ley de Wisconsin establece que mi agente de atención médica no puede ingresarme o confinarme a un centro de internación para recibir tratamiento de salud mental. Esto significa que en Wisconsin, mi agente no puede ingresarme en:

- an institution for mental diseases
una institución para enfermedades mentales;
- an intermediate care facility for people with an intellectual disability, or
un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales; o
- a state treatment facility for mental health.
un centro de tratamiento estatal para salud mental.

My health care agent may not agree to any drastic mental health treatments for me. These treatments include experimental mental health research, brain surgery, or electroshock therapy.

Mi agente de atención médica no puede aceptar ningún tratamiento de salud mental drástico por mí. Estos tratamientos incluyen investigación de salud mental experimental, cirugía del cerebro o tratamiento de electrochoque.

To complete the next three questions:

Para completar las próximas tres preguntas:

Initial or check the box beside the one statement in each section you agree with.

Coloque sus iniciales o marque la casilla al lado de una afirmación en cada sección con la que esté de acuerdo.

In Wisconsin, if you do not mark any box in a section, or you choose “no,” only a court can make the decision and not your health care agent.

En Wisconsin, si no marca una casilla en una sección, o si usted elige “no”, solamente un tribunal puede tomar la decisión y no su agente de atención médica.

1. Agent authority to make the decision to admit me to a nursing home or community-based residential facility for long-term care.

La autoridad del agente para tomar decisiones para admitirme en un hogar de ancianos o en un centro residencial comunitario para recibir atención a largo plazo.

Note: Your health care agent has the authority to admit you to a nursing home or care facility (community-based residential facility) for a **short-term** stay. For example, you might need care to recover after surgery and you expect to go home.

*Nota: Su agente de atención médica tiene la autoridad para ingresarlo en un hogar de ancianos o un centro de atención (centro residencial comunitario) para una estadía **a corto plazo**. Por ejemplo, es posible que usted necesite atención para recuperarse después de una cirugía y usted espera irse a su hogar.*

If I need **long-term** care for any reason, then:

*Si necesita atención **a largo plazo** por cualquier motivo, entonces:*

Yes, my agent can make the decision to admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay.

***Sí, mi agente puede tomar la decisión** de ingresarme en un hogar de ancianos o en un centro residencial comunitario para una estadía a largo plazo.*

No, my agent cannot make the decision to admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay.

***No, mi agente no puede tomar la decisión** de ingresarme en un hogar de ancianos o en un centro residencial comunitario para una estadía a largo plazo.*

In Wisconsin, choosing “no” or leaving this section blank means I cannot be admitted to a Wisconsin long-term care facility without a court order.

En Wisconsin, elegir “no” o dejar la sección en blanco significa que no pueden admitirme en un centro de atención a largo plazo sin una orden judicial.

2. Agent authority to make the decision to refuse or have removed a feeding tube and/or IV fluids.

Autoridad del agente para tomar la decisión de rechazar o de hacer quitar una sonda de alimentación o líquidos administrados por vía intravenosa (IV).

Yes, my agent can make the decision to refuse or stop tube feedings and/or IV fluids.

***Sí, mi agente puede tomar la decisión** de rechazar o de interrumpir la alimentación por sonda o la administración de líquidos por vía IV.*

No, my agent cannot make the decision to refuse or stop tube feedings and/or IV fluids.

***No, mi agente no puede tomar la decisión** de rechazar o de interrumpir la alimentación por sonda o la administración de líquidos por vía IV.*

In Wisconsin, choosing “no” or leaving this section blank means feeding tubes and IV fluids cannot be refused or stopped without a court order.

En Wisconsin, elegir “no” o dejar esta sección en blanco significa que no es posible rechazar o interrumpir el tratamiento con sondas de alimentación y administración de líquidos por vía IV sin una orden judicial.

3. Agent authority to make health care decisions during pregnancy.

Autoridad del agente para tomar decisiones de atención médica durante el embarazo.

Yes, my agent can make health care decisions for me if I am pregnant.

***Sí, mi agente puede** tomar decisiones de atención médica por mí en caso de que esté embarazada.*

No, my agent cannot make health care decisions if I am pregnant.

***No, mi agente no puede** tomar decisiones de atención médica en caso de que esté embarazada.*

This does not apply to me.

Esto no se aplica a mi situación.

In Wisconsin, choosing “no” or leaving this section blank means health care decisions cannot be made for me while I am pregnant without a court order.

En Wisconsin, elegir “no” o dejar esta sección en blanco significa que no se pueden tomar decisiones de atención médica por mí mientras esté embarazada sin una orden judicial.

Part 3: Statement of desires, care instructions or limits

Parte 3: Declaración de deseos, instrucciones de atención médica o límites

Part 3 allows you to make your preferences clear. Your health care agent and your doctors will refer to this section as they care for you. If you did not name a health care agent or if your health care agent cannot be reached, you can direct your care with the choices you make below. You should talk with your health care agent about the kind of care you want, even if you don't make choices in this section.

La Parte 3 le permite aclarar sus preferencias. Su agente de atención médica y sus médicos consultarán esta sección mientras le proporcionan atención médica. Si usted no designó un agente de atención médica o si no es posible comunicarse con su agente de atención médica, usted puede dirigir su atención con las elecciones que haga a continuación. Debería conversar con su agente de atención médica acerca del tipo de atención que desea, incluso si usted no hace las elecciones en esta sección.

You are not required to complete this part of the document.

No es obligación completar esta parte del documento.

To complete this part:

Para completar esta parte:

Initial or check the box beside the one statement you agree with.

Coloque sus iniciales o marque la casilla al lado de una afirmación con la que esté de acuerdo.

You may add **other specific care instructions** on page 14.

*Puede agregar **otras instrucciones de atención médica específicas** en la página 14.*

1. Treatments that may prolong life if I am in this situation.

Tratamientos que puedan prolongar la vida en caso de que me encuentre en esta situación.

If I am sick or injured and my doctors believe there is little chance I will recover the ability to know who I am, who my family and friends are, or where I am, this is my choice:

Si estoy enfermo o lesionado y mis médicos creen que existen pocas posibilidades de que recupere la capacidad de reconocer quién soy, reconocer a mi familia y a mis amigos o dónde estoy, esta es mi elección:

I want to refuse or stop all treatments. Some examples are a machine that breathes for me (respirator/ventilator), feeding tubes, blood products, antibiotics, or fluids given to me through an IV, treatments for chronic medical conditions, or other medications.

Quiero rechazar o interrumpir todo tipo de tratamiento. Algunos ejemplos son una máquina que respire por mí (respirador/ventilador), sondas de alimentación, productos sanguíneos, antibióticos o líquidos administrados por vía IV, tratamiento para afecciones médicas crónicas u otros medicamentos.

I want to receive all treatments to keep me alive, unless my doctor determines the treatments would harm me more than help me.

Quiero recibir todos los tratamientos que puedan mantenerme con vida, a menos que mi médico determine que los tratamientos me dañarían más de lo que me ayudarían.

With either choice, I understand I will be kept clean and comfortable. I will continue to receive pain and comfort medicines, and food and fluids by mouth if I can swallow safely.

Con cualquier opción, comprendo que me mantendrán limpio y cómodo. Continuaré recibiendo medicamentos para el dolor y para estar cómodo, y alimentos y líquidos por boca en caso de que pueda tragar de forma segura.

2. Cardiopulmonary resuscitation (CPR).

Reanimación cardiopulmonar (RCP).

Based on my current health, this is my choice about CPR if my heart or breathing stops.

En función de mi estado de salud actual, esta es mi elección en lo que respecta a RCP si mi corazón se detiene o si dejo de respirar.

I want CPR attempted **unless** my doctor determines:

*Deseo que se me practique RCP **a menos que** mi médico determine lo siguiente:*

- I have a medical condition and no reasonable chance of survival with CPR,

Tengo una afección médica y no hay una posibilidad razonable de sobrevivir con RCP,

OR

O

- CPR would harm me more than help me.

la RCP me dañaría más de lo que me ayudaría.

I do not want CPR. Let me die a natural death.

No deseo que se me practique RCP. Quiero tener una muerte natural.

If you do not want emergency personnel to give you CPR, you will need to talk to your doctor about other documents you need.

Si no desea que el personal de emergencia le practique RCP, deberá hablar con su médico sobre otros documentos que pueda necesitar.

Specific care instructions to meet my goals and preferences in certain situations:

Instrucciones de atención médica específicas para cumplir con mis metas y preferencias en determinadas situaciones:

Comfort preferences: These things are important to me for comfort (for example, favorite music, warm blankets, best positioning in bed).

Preferencias de comodidad: *Estas cosas son importante para mi comodidad (por ejemplo, música preferida, mantas calientes, la mejor posición en la cama).*

Including others when making decisions about my care: (If there is time, try to include these people in my care decisions.)

Inclusión de otras personas al momento de tomar decisiones sobre mi atención médica: (Si hay tiempo, intente incluir a estas personas en mis decisiones de atención médica).

If I am near death and cannot communicate, I want to give my friends and family these personal messages:

Si estoy próximo a morir y no me puedo comunicar, deseo darles a mis amigos y a mi familia estos mensajes personales:

If I am near death, things I would want: (For example, favorite music, rituals, dim lighting, a visit from the hospital chaplain or someone from my faith community.)

Si estoy próximo a morir, me gustaría las siguientes cosas: (Por ejemplo, música preferida, rituales, iluminación tenue, una visita del capellán del hospital o de alguien de mi religión en mi comunidad).

To complete this part:

Para completar esta parte:

Initial or check the box beside the statement you agree with.

Coloque sus iniciales o marque la casilla al lado de la afirmación con la que esté de acuerdo.

After my death, these are some of my preferences:

Después de mi muerte, estas son algunas de mis preferencias:

1. Donation of my organs or tissue (anatomical gifts)

Donación de órganos o tejido (obsequios anatómicos)

Examples of organs are kidney, liver, heart, and lungs. Examples of tissue are eyes, skin, bones, and heart valves.

Algunos ejemplos de órganos son los riñones, el hígado, el corazón y los pulmones. Algunos ejemplos de tejido son los ojos, la piel, los huesos y las válvulas del corazón.

A. I do not wish to donate any part of my body.

No deseo donar ninguna parte de mi cuerpo.

B. After I die, I wish to donate any parts of my body that may help others.*

*Después de morir, quiero donar cualquier parte de mi cuerpo que pueda ayudar a otros.**

C. After I die, I wish to donate **only** these organs and tissue:*

*Después de morir, deseo donar **solamente** estos órganos y tejidos:** _____

*If you checked B or C, register in your state at www.DonateLife.net to make your preferences legal.

**Si usted marcó la opción B o C, regístrese en su estado en www.DonateLife.net para legalizar sus preferencias.*

2. Autopsy preference

Preferencia de realización de autopsia

Initial or check one box OR both B and C.

Coloque su inicial, marque una casilla o marque dos casillas (B y C).

A. I do not wish to have an autopsy.

No deseo que se me realice una autopsia.

B. I would accept an autopsy if it can help my relatives and/or loved ones understand the cause of my death or if the findings may help them make their own health care choices.

Aceptaría una autopsia si puede ayudar a mis parientes o seres queridos a comprender la causa de mi muerte o si los resultados pueden ayudarlos a tomar sus propias decisiones de atención médica.

C. I would accept an autopsy if it can help advance medical knowledge or medical education.

Aceptaría una autopsia si puede ayudar a avanzar en el conocimiento médico o en la educación médica.

Part 4: Making the document legal

Parte 4: Legalización del documento

In Wisconsin: This document must be signed and dated **in the presence of two witnesses** who meet the qualifications explained below. A notary public cannot be used instead of the two witnesses.

En Wisconsin: *Este documento debe firmarse y fecharse **en presencia de dos testigos** que cumplan con los requisitos que se explican a continuación. No se puede incluir a un notario público en lugar de los dos testigos.*

In Minnesota or Iowa: This document must be signed and dated **either in the presence of two witnesses** who meet the qualifications explained below **OR in the presence of a notary public.**

En Minnesota o Iowa: *Este documento debe firmarse y fecharse **en presencia de dos testigos** que cumplan con los requisitos explicados a continuación **O en presencia de un notario público.***

My signature and date

Mi firma y fecha

I am of sound mind. I agree with everything written in this document.

Estoy en pleno uso de mis facultades mentales. Estoy de acuerdo con todo lo que está por escrito en este documento.

I have completed this document of my free will.

He completado este documento con total libertad.

My signature (*mi firma*) _____ Date (*fecha*) _____

If I cannot sign my name, I ask (*print name*) _____ to sign for me.

Si no puedo firmar mi nombre, le pido a (nombre en letra de imprenta) _____ que firme por mí.

Signature of the person I asked to sign for me _____

Firma de la persona a la que le solicité que firme por mí _____

Statement of witnesses

Declaración de testigos

A. By signing this document as a witness, I certify I am:

Al firmar este documento como testigo, certifico que:

- At least 18 years old.

Tengo 18 años de edad.

- Not related by blood, marriage, domestic partnership, or adoption to the person signing this document.

No estoy relacionado por sangre, matrimonio, pareja de hecho o adopción con la persona que firma el presente documento.

- Not a health care agent appointed by the person signing this document.

No soy un agente de atención médica designado por la persona que firma el presente documento.

- Not directly financially responsible for this person's health care.

No soy responsable financiero directo de la atención médica de esta persona.

- Not a health care provider directly serving the person at this time.

No soy un proveedor de atención médica que presta servicio directamente a la persona en este momento.

- Not an employee of a health care provider directly serving the person at this time.

In Wisconsin, social workers and chaplains may serve as witnesses even if employed by the health care provider.

No soy un empleado de un proveedor de atención médica que presta servicio directamente a la persona en este momento.

En Wisconsin, los trabajadores sociales y los capellanes pueden ser testigos incluso si son empleados del proveedor de atención médica.

- Not aware that I am entitled to or have a claim against the person's estate.

Desconozco tener derecho a o tener un reclamo en contra de la herencia de la persona.

B. I know this to be the person identified in the document. I believe this person to be of sound mind and at least 18 years old. I personally witnessed this person sign this document, and I believe that this person did so voluntarily.

Reconozco que esta es la persona identificada en el documento. Creo que esta persona está en pleno uso de sus facultades mentales y es mayor de 18 años de edad. Fui testigo personalmente de que esta persona firmó el documento, y creo que dicha persona lo hizo voluntariamente.

Witness Number One:

Testigo número uno:

Signature (*Firma*) _____ Date (*Fecha*) _____

Print name (*Nombre en letra de imprenta*) _____

Address (*Dirección*) _____

City (*Ciudad*) _____ State/ZIP (*Estado/Código postal*) _____

Witness Number Two:

Testigo número dos:

Signature (*Firma*) _____ Date (*Fecha*) _____

Print name (*Nombre en letra de imprenta*) _____

Address (*Dirección*) _____

City (*Ciudad*) _____ State/ZIP (*Estado/Código postal*) _____

Instructions for notarization (Minnesota or Iowa only)

Residents of Iowa and Minnesota may have the document signed and stamped by a notary public authorized in their state instead of two witnesses.

Notary Public:

In the state of Minnesota/Iowa (circle one), County of _____.

In my presence on _____ (date), _____ (name)

acknowledged his or her signature on this document or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf. I am not named as a health care agent or alternate health care agent in this document.

Signature of notary *Notary stamp (required):*

Title (and rank)

My commission expires (date): _____