



***Idaho Advance Directive for Health Care***  
***Instrucciones por anticipado para el***  
***cuidado de la salud***  
**INFORMATIONAL GUIDE**  
**GUÍA INFORMATIVA**

**What is an Advance Directive for Health Care? ¿Qué son las instrucciones por anticipado para el cuidado de la salud?**

An Advance Directive for Health Care, or Advance Directive, allows you to write down your goals, values and preferences for future health care decisions and who you want to communicate your health care decisions if you are unable to communicate for yourself. For adults 18 and older, completing an Advance Directive is important if you had a life threatening event, like an accident or serious illness, and cannot make your own decisions.

Las instrucciones por anticipado para el cuidado de la salud le permiten expresar por escrito sus objetivos, valores y preferencias sobre decisiones para el cuidado de su salud en el futuro; y nombrar a quienes elige para tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo por sí mismo. Es importante que las personas adultas de 18 años o más, completen estas instrucciones por anticipado en caso de sufrir un evento que pone en peligro sus vidas, como por ejemplo un accidente o una enfermedad grave y no poder tomar sus propias decisiones.

Idaho's legal requirements for an Advance Directive for Health Care includes two (2) separate documents: Los requisitos legales en Idaho para las instrucciones por anticipado para el cuidado de la salud incluyen dos (2) documentos separados:

**(1) Durable Power of Attorney for Health Care (Health Care Agent) (located on pages 1-3 of this packet) Poder notarial de duración indefinida para la salud (representante para la atención médica) (se encuentra en las paginas 1-3 de esta guía)**

Allows you to name one or more persons to communicate health care decisions on your behalf if you cannot communicate for yourself. This person(s) is called your Health Care Agent. Le permite nombrar a una o más personas, para que tomen decisiones médicas en su nombre si usted no puede comunicarse. A esta/s persona/s se le/s conoce como agente o representante para la atención médica.

**(2) Living Will for Health Care (located on pages 4-9 of this packet) Declaración de última voluntad, también llamado testamento vital (se encuentra en las páginas 4-9 de esta guía)**

Allows you to provide written instructions for health care treatments based upon your values and what is important to you. These written instructions are important if you had a life threatening event, like an accident or serious illness, and cannot communicate for yourself. Le permite expresar instrucciones por escrito acerca de tratamientos médicos, basadas en sus valores y lo que es importante para usted. Estas instrucciones por escrito son importantes en caso de sufrir un evento que pone en peligro su vida, como por ejemplo un accidente o enfermedad grave y no poder comunicarse por sí mismo.

**It is recommended that you complete both documents. Se recomienda completar los dos documentos.**

Please contact your health care provider for more information about: Por favor póngase en contacto con su profesional médico si desea recibir más información sobre:

- Advance Directives Instrucciones por anticipado
- Choosing a Health Care Agent Elegir un representante para la atención médica
- Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and other life-prolonging treatments La reanimación cardiopulmonar (RCP) y otros tratamientos que prolongan la vida

Online Information Guides from Honoring Choices® Idaho can also be found at: También puede encontrar otras guías informativas de Honoring Choices® Idaho en línea:

[www.honoringchoicesidaho.org/guides](http://www.honoringchoicesidaho.org/guides)

[info@honoringchoicesidaho.org](mailto:info@honoringchoicesidaho.org)

(208) 947-4285

## **FREQUENTLY ASKED QUESTIONS PREGUNTAS COMUNES**

You can decide what happens with your health care. If you become unable to communicate your health care decisions, your health care provider may not always know your values, preferences, or other important details affecting your decisions. This document allows you to choose a person(s), called a Health Care Agent, to be your voice and communicate health care decisions you would make for yourself. Usted decide qué ocurre en cuanto a su atención médica. Si usted llegara a ser incapaz de comunicar sus propias decisiones, es posible que su médico no siempre conozca cuáles son sus valores, preferencias u otros detalles importantes. Este documento le permite elegir a una persona (o más de una), a quien se denomina representante para la atención médica, para que sea su voz y comunique las decisiones que usted tomaría.

### **What is a Health Care Agent? ¿Qué es un representante para la atención médica?**

This is the person(s) you choose and authorize to consult with your health care team about your health care decisions if you are unable to communicate for yourself. This document does not authorize your Health Care Agent to make financial or business decisions for you. It does not give your Health Care Agent authority to make decisions about your mental health treatment. Es la persona que usted elige y autoriza para que consulte con su equipo médico sobre las decisiones pertinentes a su salud, si usted no puede comunicarse por sí mismo. Este documento no autoriza a su representante para tomar decisiones sobre sus finanzas o negocios, ni tampoco le da autoridad para tomar decisiones en cuanto a tratamientos de salud mental.

### **Who should I choose as my Health Care Agent? ¿A quién debería elegir como representante para la atención médica?**

Your Health Care Agent must meet all of the following criteria: Su representante para la atención médica debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Be at least 18 years old. Tener al menos 18 años de edad.
- **Not** be your health care provider or an employee at your hospital, clinic, or other place where you receive care (unless he/she is a close relative). **No** puede ser su médico, ni un empleado del hospital, clínica o centro donde usted reciba cuidados (a menos que se trate de un familiar cercano)
- Carry out your instructions on this document and follow the health care choices you make on the document *Living Will for Health Care* (even if he or she does not agree with them). Debe cumplir las instrucciones que usted dio en este documento y seguir las opciones que usted seleccionó en el documento *Declaración de última voluntad para la salud* (aún si no está de acuerdo con ellas)
- Carry out any other health care instructions you have discussed with him/her. Cumplir cualquier otra instrucción sobre la atención médica que usted le expresó.

## **What does a Health Care Agent do? ¿Qué hace un representante para la atención médica?**

- Understand the role of a Health Care Agent. *Entiende su función.*
- Accept this role. *Acepta la responsabilidad.*
- Talk with you about your goals, values and preferences. *Habla con usted acerca de sus objetivos, valores y preferencias.*
- Follow your decisions, even if he/she does not agree. *Cumple sus decisiones aún si no está de acuerdo con ellas.*
- Make decisions in difficult or stressful moments according to your instructions. *Toma decisiones en momentos difíciles o estresantes de acuerdo a las instrucciones que usted le dio.*
- Make decisions in your best interest that reflect your goals, values and preferences. *Toma decisiones teniendo en cuenta lo mejor para usted y de acuerdo con sus objetivos, valores y preferencias.*

## **Can I change my mind later about my decisions in this document? ¿Puedo cambiar de opinión sobre las decisiones que he tomado en este documento?**

Yes, you may change your mind and make changes to this document at any time. If you make changes, please give copies of your revised document to your new and previous Health Care Agent(s), your health care providers, and any others who may have an outdated copy. *Sí, usted puede cambiar de opinión y modificar este documento en cualquier momento. Si hace algún cambio, por favor recuerde entregar copias de la revisión del documento al/a los representante/s nuevo/s y previos, a sus profesionales médicos y a cualquier otra persona/entidad que pudiera tener una copia anticuada.*

If you name your spouse as your Health Care Agent (or Alternate) and your marriage is later annulled or you are divorced, the designation of your spouse as Health Care Agent or Alternate is no longer valid. You may name your ex-spouse as your Health Care Agent (or Alternate) only if you complete the Durable Power of Attorney for Health Care document again after your annulment or divorce. *Si nombra a su esposo/a como representante para la atención médica (o como alterno) y posteriormente se anula su matrimonio o se divorcia, entonces la designación de su esposo/a como representante ya no será válida. Aún podría nombrar a su exesposo/a como representante para la atención médica (o como alterno), pero solamente si completa de nuevo un poder notarial de duración indefinida para la salud, después de la anulación o divorcio.*

## **What do I do when my documents are complete? ¿Qué hago cuando haya completado los documentos?**

- Talk to your Health Care Agent(s) to make sure they understand and are willing to perform this important role for you. *Hable con su/s representante/s para la atención médica y asegúrese que entienden y están dispuestos a aceptar esta gran responsabilidad.*
- Give a copy of these documents to the following people: *Entregue una copia de estos documentos a las siguientes personas:*
  - Your Health Care Agent(s) *Su/s representante/s para la atención médica*
  - Your health care provider(s). *Su/s médico/s*
- Talk to those you love and trust to make sure they know your wishes and who your Health Care Agent(s) is. *Hable con las personas a las que ama y en las cuales confía, para asegurarse que conocen sus deseos y que están informados sobre a quién ha elegido como representante para la atención médica.*

- Keep a signed and dated copy of these documents in a well-known place. *Guarde en un lugar bien conocido, una copia firmada y con fecha, de estos documentos.*
- If you go to a clinic, hospital or other medical setting, take a copy of these documents and ask that they be placed in your medical record. *Si va a una clínica, hospital o cualquier otro centro de salud, lleve una copia de estos documentos y solicite que se incluya en su expediente médico.*
- Schedule to review and update these documents every year and when any of the “Six D’s” occur: *Recuerde programar una revisión y actualización de estos documentos cada año y cuando ocurre alguna de las “Seis D”:*
  - Decade:** when you begin a new decade in your life*
  - Década:** cuando comienza una nueva década en su vida*
  - Death:** you experience the death of someone you love*
  - Defunción o muerte:** pasa por la experiencia de la muerte de un ser querido*
  - Divorce:** your Health Care Agent is your spouse or partner and your relationship ends. A new Health Care agent should be identified.*
  - Divorcio:** su representante para la atención médica es su esposo/a o pareja y su relación termina. Debe identificar a un nuevo representante para la atención médica.*
  - Diagnosis:** you are diagnosed with a serious illness*
  - Diagnóstico:** se le diagnostica una enfermedad grave*
  - Discharge:** you are discharged from a hospital stay*
  - Después de ser dado de alta del hospital***
  - Decline:** your illness gets worse*
  - Declive:** su salud decae o empeora*
- If your goals or wishes change, tell your Health Care Agent(s), your family, your health care provider, and everyone with copies of your Durable Power of Attorney for Health Care and Living Will. You should complete new documents that reflect your current wishes. *Si sus objetivos o deseos cambian, hable con su representante para la atención médica, su familia, su médico y cualquier persona que guarde copias de su poder notarial indefinido para la salud y declaración de última voluntad. Debería completar nuevos documentos que reflejen sus deseos actuales.*
- Make sure you take a copy with you when you are travelling. Most states will accept a properly executed document from another state. *Asegúrese de llevar consigo una copia cuando viaja. La mayoría de estados aceptará los documentos de otro estado que estén debidamente formalizados.*
- Fill out an Honoring Choices® Idaho wallet card and keep an updated card in your wallet. *Complete la tarjeta de Honoring Choices® Idaho para la cartera y llévela con usted.*
- Register your documents online with the Idaho Health Care Directive Registry at <http://www.sos.idaho.gov/hcdr/index.html>. A registration form is required and is available on the Registry website. You may also submit documents by mail, via fax (208) 334-2282 or email to: [hcdr@sos.idaho.gov](mailto:hcdr@sos.idaho.gov). For more details, call (208) 332-2836. *Registre sus documentos en Idaho Health Care Directive Registry (Registro de instrucciones por anticipado de Idaho) en la página web <http://www.sos.idaho.gov/hcdr/index.html>. Se necesita un formulario de inscripción que está disponible en la página web del registro. También puede enviar los documentos por correo, fax (208) 334-2282 o correo electrónico a: [hcdr@sos.idaho.gov](mailto:hcdr@sos.idaho.gov). Si desea más información llame al (208) 332-2836.*

<b>I HAVE AN ADVANCE DIRECTIVE</b> <b>Tengo instrucciones por anticipado</b>	<b>Card holder information / Información del portador de la tarjeta</b> Address/Dirección _____ City/State/ZIP/Ciudad/estado/código postal _____ Phone/Teléfono _____ Date of birth/Fecha de nacimiento _____
Name/Nombre _____ Date/Fecha _____	<b>My Health Care Agent is / Mi representante para la atención médica:</b> _____ Address/ Dirección _____ City/State/ZIP/Ciudad/estado/código postal _____ Phone/Teléfono _____



**Name** (First, Middle Initial, Last): \_\_\_\_\_  
**Nombre** (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido/s)

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento**

**Address:** \_\_\_\_\_  
**Dirección**

**Telephone:** (Primary) \_\_\_\_\_ (Secondary) \_\_\_\_\_  
**Teléfono** principal secundario

Copies of these documents are being or have been given to following organizations and people (e.g. Health Care Agent(s), health care providers, hospitals, family, friends and faith community leaders):  
 Se van a entregar o han entregado copias de estos documentos a las siguientes organizaciones y personas (por ej. representante/s para la atención médica, médicos, hospitales, familiares, amigos y líderes espirituales)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

# **IDAHO ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE**

## **INSTRUCCIONES POR ANTICIPADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD**

### **Durable Power of Attorney for Health Care/Health Care Agent (Pages 1 to 3)** **Poder notarial de duración indefinida para la salud/Representante para la atención médica (páginas 1 a 3)**

My First Name, Middle Initial, Last Name: \_\_\_\_\_

Mi nombre, inicial del segundo nombre, apellido/s

My birthdate: (MM/DD/YYYY) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Mi fecha de nacimiento (MM/DD/AA)

My address: \_\_\_\_\_

Mi dirección:

\_\_\_\_\_

My telephone number(s): (Primary) \_\_\_\_\_ (Secondary) \_\_\_\_\_

Mi/s número/s de teléfono: (principal)

(secundario)

Last 4 digits of my Social Security Number: xxx-xx- \_\_\_\_

Últimas 4 cifras de mi número de seguro social

If I am ill or injured and unable to communicate my health care decisions, or if my health care provider determines I cannot make my own health care decisions, then I choose the person(s) listed below to communicate my health care decisions on my behalf. *Si estoy enfermo o herido e incapaz de comunicar mis decisiones sobre la salud, o si mi profesional médico determina que no puedo tomar mis propias decisiones, elijo a la/s persona/s a continuación para comunicarlas en mi nombre.*

#### **My choice for Health Care Agent is: *Mi elección* para actuar como *mi representante para la atención médica* es:**

Name \_\_\_\_\_ Relationship to me \_\_\_\_\_

Nombre

Parentesco

Telephone (Primary) \_\_\_\_\_ (Secondary) \_\_\_\_\_

Teléfono (principal)

(secundario)

Address (if known) \_\_\_\_\_

Dirección (si la conoce)

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Código postal

**This is the Advance Directive for (name):** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_ **Date Completed:** \_\_\_\_\_

Estas son las instrucciones por anticipado de (nombre)

Fecha de nacimiento

Fecha en que se completaron





**Durable Power of Attorney for Health Care/Health Care Agent (Pages 1 to 3)**  
**Poder notarial de duración indefinida para la salud/Representante para la atención médica (páginas 1 a 3)**

If my first choice for Health Care Agent is unable, unavailable, or unwilling to communicate these choices for me, then **my alternate Health Care Agent** is: *Si mi primera opción es incapaz, no está disponible o no desea comunicar mis deseos, entonces mi representante alterno para la atención médica es:*

Name \_\_\_\_\_ Relationship to me \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Telephone (Primary) \_\_\_\_\_ (Secondary) \_\_\_\_\_

Teléfono (principal) \_\_\_\_\_ (secundario) \_\_\_\_\_

Address (if known) \_\_\_\_\_

Dirección (si la conoce) \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

If this alternate Health Care Agent is unable, unavailable, or unwilling to communicate these choices for me, then **my 2<sup>nd</sup> alternate Health Care Agent** is: *Si este representante alterno es incapaz, no está disponible o no desea comunicar mis deseos entonces mi segundo representante alterno para la atención médica es:*

Name \_\_\_\_\_ Relationship to me \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Telephone (Primary) \_\_\_\_\_ (Secondary) \_\_\_\_\_

Teléfono (principal) \_\_\_\_\_ (secundario) \_\_\_\_\_

Address (if known) \_\_\_\_\_

Dirección (si la conoce) \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Initial here if you **do not wish to name a Health Care Agent** and direct your health care providers to use the instructions and decisions written in the document *Living Will for Health Care* to guide medical decisions. **Escriba aquí sus iniciales si no desea nombrar un representante para la atención médica** y establece que los profesionales médicos que le atienden, usen las instrucciones y decisiones expresadas en el documento *Declaración de última voluntad para la salud*, para guiar las decisiones que se deban tomar.

**This is the Advance Directive for (name):** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_ **Date Completed:** \_\_\_\_\_  
Estas son las instrucciones por anticipado de (nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha en que se completaron \_\_\_\_\_



**Durable Power of Attorney for Health Care/Health Care Agent (Pages 1 to 3)**  
**Poder notarial de duración indefinida para la salud/Representante para la atención médica (páginas 1 a 3)**

**Decisions my Health Care Agent(s) may communicate and direct on my behalf: Las decisiones que mi representante para la atención médica puede comunicar y establecer en mi nombre:**

If I am unable to communicate my health care decisions, my Health Care Agent(s) above have the following authority and responsibilities: Si no puedo comunicar mis decisiones, mi/s representante/s para la atención médica mencionados anteriormente tienen la siguiente autoridad y responsabilidades:

- Follow the instructions on this directive that are based on my wishes, values and beliefs. Seguir las instrucciones de este documento, las cuales están basadas en mis deseos, valores y creencias.
- Consent for treatment(s) such as tests, medications, surgery, or other treatments. Autorizar tratamientos tales como exámenes, medicamentos, cirugía u otros.
- Refuse or stop treatment(s) such as tests, medications, surgery, or other treatments. Rechazar o detener tratamientos tales como exámenes, medicamentos, cirugía u otros.
- Release my medical records as needed, as stated by law (HIPAA and the Idaho Health Records Act). Entregar mis expedientes médicos según sea necesario y conforme a la ley (HIPAA y Idaho Health Records Act)
- Determine which health care provider(s) and organization(s) will best meet my health care needs. Determinar qué profesional/es médico/s y organización/es serán los más adecuados para satisfacer los cuidados médicos que necesito.
- Arrange for the care of my body after death if my wishes are not already known. Hacer los arreglos necesarios para la disposición de mi cuerpo después de morir si no se conocen mis deseos.

**Limits or comments on the authority and responsibility of my Health Care Agent: Restricciones o comentarios en cuanto a la autoridad y responsabilidades de mi representante para la atención médica:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I understand that any Durable Power of Attorney/Health Care Agent document created before today is no longer valid. Entiendo que cualquier otro documento de poder notarial de duración indefinida para la salud/representante para la atención médica, creado antes de la fecha de hoy queda anulado.

\_\_\_\_\_  
**Signature/Firma**

\_\_\_\_\_  
**Date/Fecha**

**END OF DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE DOCUMENT**  
**FINAL DEL DOCUMENTO DE PODER NOTARIAL DE DURACIÓN INDEFINIDA PARA LA SALUD**

**This is the Advance Directive for (name):** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_ **Date Completed:** \_\_\_\_\_  
Estas son las instrucciones por anticipado de (nombre) Fecha de nacimiento Fecha en que se completaron





# **IDAHO ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE**

## **INSTRUCCIONES POR ANTICIPADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD**

### **Living Will for Health Care (Pages 4 to 9) Declaración de última voluntad (páginas 4 a 9)**

Below are my values, preferences, and goals for health care should a time come when I cannot communicate for myself. I want these instructions to be followed. *A continuación aparecen mis valores, preferencias y objetivos en caso de que llegara un momento en el que no puedo comunicarlos por mí mismo. Quiero que se sigan estas instrucciones.*

My First Name, Middle Initial, Last Name: \_\_\_\_\_

*Mi nombre, inicial del segundo nombre, apellido/s*

My birthdate: (MM/DD/YYYY) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

*Mi fecha de nacimiento (MM/DD/AA)*

My address: \_\_\_\_\_

*Mi dirección*

My telephone number(s): (Primary) \_\_\_\_\_ (Secondary) \_\_\_\_\_

*Mi/s número/s de teléfono: (principal)*

*(secundario)*

Last 4 digits of my Social Security Number: xxx-xx- \_\_\_\_

*Últimas 4 cifras de mi número de seguro social*

### **Part A. My Values and Preferences Parte A. Mis valores y preferencias**

Often people use past experiences in their life to make important decisions about the future. How have these experiences influenced how you feel about future health care? What abilities are so important to you that you cannot imagine life without them? *A menudo las personas usan las experiencias vividas en el pasado para tomar decisiones importantes acerca del futuro. ¿En qué manera diría que dichas experiencias han influenciado su opinión sobre la atención médica que quiere recibir en el futuro? ¿Qué capacidades son tan importantes para usted que no se imagina poder vivir sin ellas?*

---

---

---

---

Imagine the following situation: *Imagínesse la siguiente situación:*

***A life threatening event has left you unable to communicate with those around you or to participate in your daily care, treatment planning, or decision making. Even though all care and available treatments are being provided, your doctors have determined your illness or injury cannot be cured and death is likely, or your brain function will not return. Usted ha sufrido un evento que puso su vida en peligro y que lo ha dejado incapaz de comunicarse con las personas que le rodean o participan en sus cuidados diarios, tratamiento, planificación o toma de decisiones. Aun cuando se le están ofreciendo todos los cuidados y tratamientos disponibles, sus médicos han determinado que su enfermedad o lesión es incurable y es probable que muera o que su función cerebral no se recupere.***

**This is the Advance Directive for (name):** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_ **Date Completed:** \_\_\_\_\_  
*Estas son las instrucciones por anticipado de (nombre)* *Fecha de nacimiento* *Fecha en que se completaron*



**Living Will for Health Care (Pages 4 to 9) Declaración de última voluntad (páginas 4 a 9)**

In the situation described above, here is what you need to know about me as a person to provide the best care possible: *En una situación como la descrita anteriormente, esto es que lo que necesitan saber de mí como persona, para brindarme los mejores cuidados posibles:*

---

---

---

Religious and spiritual support may also provide comfort. Here is what is important to me: *Es posible que el apoyo religioso y espiritual también me ofrezcan bienestar y confort. Estas son las cosas que son importantes para mí:*

---

---

- Please contact my faith community: \_\_\_\_\_ in (city) \_\_\_\_\_.  
*Favor de ponerse en contacto con mi comunidad religiosa en (ciudad)*  
The telephone number: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.  
*El número de teléfono*

**Part B. My Goals of Care Parte B. Mis objetivos sobre mi atención médica**

If your health care provider determines your illness or injury cannot be cured and death is likely, or your brain function will not return, the treatments below can keep you alive. These treatments may or may not provide benefit and can cause suffering. To respect your wishes and maintain comfort and dignity, treatments can be started or stopped as guided by your goals, values and preferences. *Si su médico determina que su enfermedad o lesión no es curable y que la muerte es probable o que su función cerebral no va a regresar, los tratamientos que se enumeran a continuación pueden mantenerlo con vida. Estos tratamientos podrían, o no, ser de beneficio y pueden causar sufrimiento. Para respetar sus deseos y asegurar el bienestar y dignidad, los tratamientos se pueden comenzar o detener, guiados por sus objetivos, valores y preferencias.*



**Living Will for Health Care (Pages 4 to 9) Declaración de última voluntad (páginas 4 a 9) Part B. My Goals of Care Parte B. Mis objetivos sobre mi atención médica**

**Examples of life prolonging treatments may include: Ejemplos de tratamientos que prolongan la vida podrían incluir:**

- **Tube feeding:** a tube placed in your nose or stomach to provide liquid nutrition when you cannot eat by mouth. **Alimentación por sonda:** un tubo o sonda que se coloca en su nariz o estómago para proporcionar nutrición líquida si no puede comer por la boca.
- **Ventilator:** a breathing machine attached to a tube that is placed into your windpipe when you cannot breathe on your own. **Ventilador:** una máquina para respirar, unida a un tubo que se coloca en su tráquea si usted no puede respirar por sí mismo.
- **IV fluids:** a tube placed in your vein to supply water when you are unable to drink. **Líquidos por vía intravenosa o IV:** un tubo que se coloca en la vena para administrar agua si no es capaz de beber.
- **Dialysis:** a machine that removes excess fluid and waste products from your blood when your kidneys no longer work. **Diálisis:** una máquina que extrae el exceso de líquido y productos de desecho de su sangre si los riñones dejan de funcionar.
- **Blood Products:** donated blood from a blood bank that is provided through a tube placed in your vein and is used to replace blood or blood parts you have lost. **Productos sanguíneos:** procedentes de donaciones a un banco de sangre y que se administran a través de un tubo colocado en su vena. Se utilizan para reemplazar la sangre o partes de la misma que usted ha perdido.

Again, imagine the following situation: **De nuevo, imagínesse la siguiente situación:**

*A life threatening event has left you unable to communicate with those around you or to participate in your daily care, treatment planning, or decision making. Even though all care and available treatments are being provided, your doctors have determined your illness or injury cannot be cured and death is likely, or your brain function will not return. Usted ha sufrido un evento que puso su vida en peligro y que lo ha dejado incapaz de comunicarse con las personas que le rodean o participan en sus cuidados diarios, tratamiento, planificación o toma de decisiones. Aun cuando se le están ofreciendo todos los cuidados y tratamientos disponibles, sus médicos han determinado que su enfermedad o lesión es incurable y es probable que muera o que su función cerebral no se recupere.*

Would you want to continue medical treatment? Or would you want to stop medical treatment? **In all situations, you will be kept comfortable. ¿Querría continuar con el tratamiento médico? ¿O querría detenerlo? En cualquiera de las situaciones, a usted siempre se le mantendrá cómodo.**

---

**This is the Advance Directive for (name):** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_ **Date Completed:** \_\_\_\_\_  
Estas son las instrucciones por anticipado de (nombre) Fecha de nacimiento Fecha en que se completaron



Select the box beside the statement that fits your goals for the above situation. **Select ONLY one.**  
Seleccione la casilla con la afirmación que se ajusta mejor a sus objetivos para la situación mencionada anteriormente. **Elija SOLAMENTE una**

- I want all treatments** to keep me alive. These may include but are not limited to: tube feedings, ventilator (breathing machine), IV fluids, dialysis, and blood products. I want treatments to continue until my health care provider and Health Care Agent agree they are no longer helpful or are harmful. **Quiero todos los tratamientos** para mantenerme con vida. Estos podrían incluir, pero no se limitan a: alimentación por sonda, ventilador (máquina para respirar), líquidos por IV, diálisis y productos sanguíneos.

**OR O**

- I want only the following treatments: Quiero solamente los siguientes tratamientos:**
- Only IV fluids. **Solamente líquidos intravenosos.**
  - Only tube feeding. **Solamente alimentación por sonda.**
  - Both IV fluids and tube feeding. **Ambos (líquidos intravenosos y alimentación por sonda)**

**OR O**

- I do not want treatments** that keep me alive. I want to be allowed a natural death. **No quiero tratamientos que me mantengan con vida.** Quiero que se me permita tener una muerte natural.

**Here are other instructions regarding my care: Aquí incluyo otras instrucciones en cuanto a mis cuidados:**

---

---

---

---

---

---

**This is the Advance Directive for (name):** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_ **Date Completed:** \_\_\_\_\_  
Estas son las instrucciones por anticipado de (nombre) Fecha de nacimiento Fecha en que se completaron



**Living Will for Health Care (Pages 4 to 9) Declaración de última voluntad para la salud (páginas 4 a 9)**

**Part C. Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) Parte C. Reanimación cardiopulmonar (RCP)**

**Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)** is a treatment that attempts to restore my heart beat and/or breathing when they have stopped. CPR may include chest compressions (forceful pushing on the chest to circulate blood), medications, electrical shock(s), insertion of a breathing tube, and hospitalization. Although CPR may restore my heart beat and breathing, it does not always work, and may cause painful bruising, broken ribs, and a difficult recovery. CPR does not work as well for people who are weak, frail, or have chronic disease. **La reanimación cardiopulmonar (RCP)** es un tratamiento que intenta reanudar los latidos del corazón o la respiración cuando éstos se han detenido. La RCP podría incluir compresiones en el pecho (presión con fuerza en el pecho para hacer circular la sangre), medicamentos, descargas eléctricas, inserción de un tubo de respiración y hospitalización. Aunque la RCP pueda restablecer los latidos del corazón y la respiración, no siempre funciona y de hacerlo, podría causar hematomas dolorosos, fracturas en las costillas y una recuperación difícil. La RCP no funciona tan bien en personas que están débiles, frágiles o sufren una enfermedad crónica.

Again, imagine this situation: **De nuevo, imagínese la siguiente situación:**

*A life threatening event has left you unable to communicate with those around you or to participate in your daily care, treatment planning, or decision making. Even though all care and available treatments are being provided, your doctors determine your illness or injury cannot be cured and death is likely, or your brain function will not return. Usted ha sufrido un evento que puso su vida en peligro y que lo ha dejado incapaz de comunicarse con las personas que le rodean o participan en sus cuidados diarios, tratamiento, planificación o toma de decisiones. Aun cuando se le están ofreciendo todos los cuidados y tratamientos disponibles, sus médicos han determinado que su enfermedad o lesión es incurable y es probable que muera o que su función cerebral no se recupere.*

In this situation would you want CPR attempted if your heart stops or you stop breathing? **En esa situación, ¿querría que se intentara la RCP si su corazón deja de latir o usted deja de respirar?**

Select the box next to the statement that fits your goals for the above situation. **Select ONLY one.** **Seleccione la casilla con la afirmación que se ajusta mejor a sus objetivos para la situación mencionada anteriormente. Elija SOLAMENTE una.**

I **want** CPR. **Quiero** la RCP

**OR O**

I do **not want** CPR<sup>†</sup>. **No quiero** la RCP

*†For people living with progressive, chronic illness it is recommended you discuss your preferences with your health care provider. A las personas que sufren una enfermedad crónica progresiva se les recomienda hablar con su médico acerca de sus preferencias.*

**This is the Advance Directive for (name):** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_ **Date Completed:** \_\_\_\_\_  
Estas son las instrucciones por anticipado de (nombre) Fecha de nacimiento Fecha en que se completaron



**Living Will for Health Care (Pages 4 to 9) Declaración de última voluntad para la salud (páginas 4 a 9)**

**Part D. Signature and Date Parte D. Firma y fecha**

**Please read and sign below: Por favor lea y firme a continuación:**

I understand this document replaces any Living Will for Health Care completed before today's date. I understand this document cannot be honored if I am pregnant. I understand the importance of this document and confirm that it reflects my values, preferences, and goals for future health care decisions. This document is validated by my signature and date below. Entiendo que este documento reemplaza cualquier otra declaración de última voluntad completada en una fecha anterior a la del día de hoy. Entiendo que no se puede cumplir si estoy embarazada. Entiendo la importancia del mismo y confirmo que refleja los que son mis valores, preferencias y objetivos sobre decisiones médicas en el futuro. Este documento queda validado con mi firma y fecha a continuación.

---

**Signature**  
**Firma**

**Date**  
**Fecha**

**END OF LIVING WILL FOR HEALTH CARE DOCUMENT FIN DEL DOCUMENTO DE DECLARACIÓN DE ÚLTIMA VOLUNTAD**

---

**This is the Advance Directive for (name):** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_ **Date Completed:** \_\_\_\_\_  
Estas son las instrucciones por anticipado de (nombre) Fecha de nacimiento Fecha en que se completaron

