

Paquete de Planificación de la Atención en Vida

Directivas por Avanzado para la Planificación del Cuidado de la Salud



Oficina del Procurador General de Arizona
Mark Brnovich

**Envíe las formas llenas por
correo a:
Arizona Secretary of State
Attn: Advance Directive Dept.
1700 W. Washington Street
Phoenix, AZ 85007**

**OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA
Mark Brnovich**

INFORMACIÓN SOBRE LA PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN VIDA Y DOCUMENTOS

Contenido:

| | |
|--|------------------|
| Información General e Instrucciones..... | Sección 1 |
| Preguntas Frecuentes | Sección 2 |
| Lista del Paquete de Planificación de la Atención en Vida..... | Sección 3 |
| Acuerdo de Registro..... | Sección 4 |
| Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud..... | Sección 5 |
| Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental | Sección 6 |
| Testamento en Vida (Atención en los Últimos Días de la Vida) | Sección 7 |
| Carta a mi/s Representante/s | Sección 8 |
| Directiva de Atención Médica Pre-hospitalización (No Resucitar) | Sección 9 |

REGISTRO DE DIRECTIVAS POR AVANZADO DE ARIZONA

El Registro de Directivas por Avanzado de Arizona fue creado en mayo de 2004 por la Legislatura del Estado de Arizona. El Registro es una base de datos para el almacenaje de directivas por avanzado (Testamento en Vida, Carta Poder para la Salud Médica, Carta Poder para la Salud Mental). La Secretaria de Estado de Arizona supervisa los archivos del Registro, su seguridad, y sus operaciones. Los proveedores de servicios para el cuidado de la salud pueden usar el Registro para buscar directivas registradas usando la información provista a ellos por el/la registrante o los seres queridos del/la registrante. Más información y acceso al Registro están disponibles en el sitio web de la Secretaria de Estado en www.azsos.gov ó llamando al 602.542.6187 ó al número de larga distancia gratuita 1.800.458.5842. Por favor solicite información en los siguientes:

**Oficina del Procurador General de Arizona
Mark Brnovich**

2005 N Central Avenue
Phoenix, Arizona 85004

Línea Directa: 602.542.2123
Llamada Gratuita: 1.800.352.8431
Fax: 602.364.1970
www.azag.gov

IMPORTANTE: En el evento de que exista cualquier duda relacionada con el lenguaje aquí usado, la versión en inglés gobernará.

NOTA: El lenguaje usado en este documento está escrito en términos masculinos, pero se refiere a ambos, términos masculinos y femeninos.

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES

INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES LA PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN VIDA?

Todos los estados tienen leyes que nos permiten **tomar ahora decisiones de tratamiento para el cuidado de la salud en el futuro** de manera que si llegamos a incapacitarnos o no podemos tomar estas decisiones más adelante, nuestra familia y los doctores sabrán qué atención médica deseamos o no deseamos. Las leyes del estado también nos permiten **nombrar a un representante que tome decisiones de tratamiento para el cuidado de la salud en el futuro** para nosotros si nos llegáramos a incapacitar, puesto que no podemos predecir qué decisiones futuras pueden ser necesarias. Estas leyes se llaman “directivas por avanzado” o “directivas para el cuidado de la salud”. Debido a que estas leyes son algo distintas de un estado a otro, la agencia federal Medicare/Medicaid sugiere que los ciudadanos se comuniquen con la Oficina del Procurador General del estado sobre las leyes de ese estado. El programa de Planificación de la Atención en Vida desarrollado por la Oficina del Procurador General sigue la ley de Arizona en cuanto a “directivas del cuidado de la salud”.

La mayoría de las personas comunican sus directivas del cuidado de la salud llenando formas, tales como las formas de Planificación de la Atención en Vida, las cuales son adaptadas para inducir a decisiones sobre opciones de tratamiento que puedan necesitarse. Antes de que usted llene éstas u otras formas para el cuidado de la salud, usted debería aprender y pensar sobre qué tratamientos médicos desea y/o no desea en el futuro. Hable sobre sus elecciones con su familia, sus seres queridos, su médico, clérigo, etc. También considere a quién desea usted designar para que tome decisiones de tratamiento por usted si llegase a quedar incapacitado/a. A pesar de que uno no puede anticipar todas las situaciones médicas que puedan surgir, usted puede orientar a la persona que tomará decisiones por usted, a su doctor, y a su familia en cuanto a sus valores y opciones, para que ellos puedan respetar sus deseos si llega un momento en el que usted no pueda tomar o expresar las decisiones por sí mismo/a.

Así que tómese unos cuantos momentos para leer y seguir estos sencillos pasos para completar las formas de Planificación de la Atención en Vida. Éste es un regalo que usted se puede dar a sí mismo/a y a su familia. ¡No se demore!

PASO UNO

ENTENDIENDO LA LEY -

NUESTRO DERECHO LEGAL DE TOMAR DECISIONES DEL CUIDADO DE LA SALUD

Nuestros derechos constitucionales a la privacidad y la libertad incluyen el derecho de tomar nuestras propias decisiones en cuanto al tratamiento médico. El gobierno también tiene interés en algunas de nuestras decisiones de tratamiento médico, lo cual incluye preservar la vida, salvaguardar la integridad de la profesión médica, prevención del suicidio, y proteger a terceros inocentes (Arizona, por ejemplo, no aprueba ni autoriza el suicidio o el suicidio asistido). Las elecciones dentro de los límites de la ley en cuanto a qué tratamientos médicos serán aplicados o denegados son normalmente tomadas por la persona recibiendo el tratamiento, a través del proceso del consentimiento informado.

Si alguien llegara al punto de no poder entender, razonar o formarse una opinión, sus derechos constitucionales de tomar decisiones para el tratamiento médico continúan. Un representante del cuidado de la salud nombrado por la persona por escrito o, si nadie ha sido nombrado, un representante nombrado conforme a la ley, tomará las decisiones de tratamiento como sigue:

1. **Siguiendo los Deseos Expresos:** El representante y los médicos deberán ser guiados o controlados por las decisiones de tratamiento médico que hayan sido tomadas por escrito por la persona antes de que ésta se incapacitara.
2. **Usando la Opinión de Un Sustituto:** El representante tomará decisiones sobre el tratamiento basándose en lo que él/ella cree que la persona incapacitada escogería; si dichas opciones son desconocidas, y entonces el/la representante decidirá basándose en lo que él/ella conoce sobre los valores y deseos de la persona incapacitada.

3. **Usando Buena Fe al Decidir el Mejor Interés:** Si el representante no conoce las decisiones, preferencias o valores de la persona incapacitada en cuanto a decisiones de tratamiento médico, entonces él/ella tiene que decidir de buena fe qué sería en el mejor interés de la persona, considerando (a) alivio para dejar de sufrir, (b) si el funcionamiento será preservado o restaurado, y (c) la calidad y el grado de vida sostenida.

PASO DOS

ENTENDIENDO ALGUNAS DE LAS OPCIONES MÉDICAS RELACIONADAS CON LA PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN VIDA

Usted querrá familiarizarse con algunos de los temas médicos que se refieren a la atención médica futura, especialmente las opciones de tratamiento médico específicamente mencionadas en la ley de Arizona. Hay muchos lugares en los que usted puede obtener información para ayudarlo -- de su médico, en su biblioteca local o librería, en la Internet, compartiendo experiencias de amigos y familia, etc. -- así que esto es sólo el inicio para que usted empiece a pensar sobre estos asuntos importantes. Al final de esta sección de Información General hay una lista de recursos en la cual usted puede encontrar más información sobre la de Planificación de la Atención en Vida.

• Atención Confortante

Bajo la ley de Arizona, la atención confortante es un esfuerzo para proteger o mejorar la calidad de la vida sin prolongar la vida artificialmente. La atención confortante frecuentemente significa medicamento para el dolor. Por ejemplo, la morfina y otros medicamentos que pueden ser administrados para aliviar el dolor, y la dosis puede aumentarse si aumenta el dolor. Los medicamentos pueden o no causar somnolencia, sedación, u otros efectos secundarios. Hable con su doctor sobre sus inquietudes con respecto al alivio del dolor, y qué será lo mejor en una circunstancia dada para una persona que esté sufriendo.

La atención confortante también puede incluir oxígeno y quizás el suspender ciertas intervenciones médicas. Puede envolver ofrecer pero no forzar alimentos o fluidos, mantener al paciente limpio, enfriar o calentar al paciente, humidificar la habitación, encender o apagar las luces, sostener la mano del paciente, y confortarlo con palabras agradables o con música.

• Resucitación Cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés) y Respiración Artificial

La resucitación cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés) fue desarrollada para ayudar a las víctimas que se enfrentan a la muerte repentina, como por un ataque al corazón o trauma, y aumenta las probabilidades de sobrevivir a largo plazo. A menos que un médico u otro proveedor de servicios para el cuidado de la salud con licencia autorice la directiva de No Resucitar "Do Not Resuscitate" (DNR por sus siglas en inglés), o que usted tenga una Directiva de Atención Médica Pre-hospitalización válida, la resucitación cardiopulmonar es administrada prácticamente cada vez que el corazón de una persona se detiene. Hable con su doctor para aprender más sobre por qué usted podría escoger aceptar o rechazar la resucitación cardiopulmonar y los métodos de resucitación cardiopulmonar que usted desea o no desea.

Los ventiladores impulsan el aire y por lo tanto oxígeno hacia los pulmones, y entonces pueden salvar vidas. El oxígeno es administrado durante un corto periodo de tiempo por medio de un tubo a través de la nariz o de la boca durante más tiempo por medio de una traqueotomía (un agujero en la garganta). Hable con su doctor sobre el uso de un ventilador.

• Alimentos y Fluidos Administrados Artificialmente

Los alimentos y fluidos pueden ser administrados artificialmente por medio de procedimientos médicos, incluyendo tratamiento intravenoso o por varios tipos de tubos insertados en el cuerpo (si los alimentos y el fluido pueden ser tomados por medio de una cuchara, bebida, u otro medio natural, no serán administrados artificialmente). Hable con su doctor sobre los alimentos y fluidos administrados artificialmente cuando una persona esté por fallecer, en comparación con el uso de dichos dispositivos cuando se espera que una persona se recupere. Además, hable sobre la comodidad o incomodidad de dichos procedimientos.

PASO TRES

HABLANDO CON OTROS SOBRE SU PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN VIDA

Ahora que usted se ha familiarizado con algunos cuantos asuntos sobre los cuales necesita pensar, debería considerar a las personas con las que desearía empezar a conversar sobre su Planificación de la Atención en Vida. Su atención médica se trata de usted – así que usted debería empezar a conversar con aquellos que le puedan ayudar a considerar qué tratamientos médicos podría usted querer o no querer si llega a estar incapacitado/a, o mientras usted se acerca al final de su vida. Quizás ellos están esperando que usted empiece dichas conversaciones – ¡así que empiece ahora!

- **Su Representante del Cuidado de la Salud**

Piense en quién quiere usted como su representante para que tome decisiones para usted si usted no lo puede hacer por sí mismo/a. Ésta debería ser una persona en la que usted confíe que tiene sus intereses en mente – alguien que pueda tomar decisiones para usted en forma consistente con sus preferencias, aun si él/ella no está de acuerdo.

Asegúrese de hablar con su representante sobre sus elecciones, para que él/ella pueda tomar decisiones médicas a su nombre en la forma en la que usted desearía hacerlo. Ésta es la única forma en la que usted recibirá el beneficio de que se use su “juicio sustituto” en lugar de que su representante o médico evalúen lo que sea en su “mejor interés”. Recuerde que se le puede pedir a su representante que tome muchas decisiones médicas por usted si usted ya no es competente o si no puede comunicar sus deseos. Éstas no sólo son “decisiones primordiales de vida y muerte, de apagar las máquinas”, sino que también son decisiones sobre la atención médica cotidiana, la colocación en una instalación de reposo u hospital, la administración de ciertos medicamentos, etc.

- **Su Cónyuge, Hijos, Otros Familiares, y Amigos Cercanos**

Considere compartir lo que usted piensa sobre algunos o todos los asuntos mencionados anteriormente con su cónyuge e hijos y con cualquier persona que esté más cerca de usted y que será más probable que se vea afectada emocionalmente o de otra forma por su condición médica y las decisiones que deben tomarse. En ocasiones surgen problemas porque los miembros de la familia no entienden lo que desea el paciente en una situación dada, o están en desacuerdo sobre qué tratamiento es mejor para el paciente. A pesar de que el representante designado está legalmente empoderado para tomar decisiones a nombre del paciente, las incertidumbres pueden hacer surgir inquietudes para los médicos tratantes y pueden resultar en problemas, retrasos, malentendidos, y hasta en procedimientos judiciales.

Es por eso que es importante que usted hable sobre sus creencias, valores y preferencias con respecto a la atención médica, no sólo con la persona que usted elija como su representante para el cuidado de la salud, sino también con la familia, los parientes y los amigos cercanos. Esto les dará una oportunidad para estar informados sobre la atención médica que usted desea, y facilitará la toma de decisiones de su representante y de sus médicos si llegase a suceder que usted no pueda tomar decisiones médicas por sí mismo/a.

- **Su Doctor, Clérigo, y Otros**

Usted puede obtener información médica sobre muchos temas relacionados con las formas de Planificación de la Atención en Vida, pero sólo su doctor puede darle la asesoría médica personal que usted necesita para tomar las mejores decisiones para sí mismo/a. No dude en hablar con su doctor sobre estas formas y pedirle a su doctor su opinión con respecto a lo que sea mejor para usted.

Usted puede tener creencias religiosas que influyen sus elecciones. Hable sobre sus opciones con su clérigo. Usted también puede aprender más sobre las posturas de distintos credos en revistas religiosas, periódicos, o páginas web publicadas por varios grupos de fe en la Internet.

Por último, un abogado, contador, banquero, u otros con quienes usted tenga una relación también pueden ofrecer consejos sobre la planificación de la atención en vida y las opciones que sean mejores para usted.

PASO CUATRO

ALGUNAS PREGUNTAS Y TEMAS A CONSIDERAR Y SOBRE LOS CUALES HABLAR

Ahora que usted tiene una idea general de algunos de los temas que son importantes en la Planificación de la Atención en Vida, y que usted ha identificado a algunas de las personas con quienes debe sostener estas conversaciones, hay algunas cuestiones que usted debe considerar. Usted no tiene qué hablar sobre todos los temas con todos, y usted puede escoger hablar sólo sobre ciertos temas, o ninguno de ellos. Todos somos diferentes y nos enfocamos a estas cuestiones sobre la discapacidad y la atención médica durante el final de la vida en forma distinta. No existe una manera correcta o incorrecta, así que haga lo que sea mejor para usted.

- **CALIDAD DE VIDA Y PROLONGANDO LA VIDA:** Considere sus valores, creencias, y preferencias en cuanto a su longevidad con relación a la calidad de su vida, y si usted desea o no prolongar su vida sin importar la calidad.
 - ¿Qué significa “calidad de vida” para usted?: ¿Cuáles de los siguientes u otros factores son importantes para usted al considerar la calidad de la vida?: ¿La habilidad de pensar por sí mismo/a? ¿Estar consiente? ¿La habilidad de comunicarse? ¿La habilidad de hacerse cargo de sus necesidades personales? ¿Su privacidad y dignidad? ¿Movilidad, independencia, y/o autosuficiencia? ¿La habilidad de reconocer a su familia y amigos?
 - Sus responsabilidades: ¿Hay ciertas personas o responsabilidades por las que usted siente que tiene la obligación de vivir?
 - ¿Quién/Qué? ¿Sus elecciones cambiarían si sus obligaciones hacia esas personas o responsabilidades fuesen resueltas? ¿Cómo? ¿Cuándo?
 - Su edad: ¿Su edad es un factor en cualquiera o todas sus decisiones? ¿Sus preferencias cambiarían dependiendo de cuantos años tendría si estas decisiones se debieran de tomar?
 - Sus creencias religiosas u otras creencias: ¿Cuánta importancia tienen sus creencias religiosas u otros valores al tomar estas determinaciones? ¿Con quién puede usted hablar al respecto?
 - Dónde se le puede tratar médicamente o “colocar”: ¿Su entorno de vivienda en el futuro es una consideración importante para usted? ¿Cómo se siente con respecto a vivir en una instalación de reposo u otra instalación de atención médica para el tratamiento continuo?
 - Finanzas: ¿El costo financiero es una consideración para usted cuando piensa sobre asuntos de discapacidad o del final de la vida? ¿Qué aspectos de las finanzas está usted considerando?

- **MANTENIMIENTO DE LA VIDA:** Considere las siguientes medidas comunes de mantenimiento de la vida: alimento y/o fluidos (nutrición/hidratación); resucitación cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés) por medio de equipo, dispositivos o medicamentos; y aparatos de respiración como un ventilador.
 - ¿Bajo qué circunstancias quiere usted que algún, todo, o ningún tipo de mantenimiento de la vida sea administrado? ¿Qué no se le provea? ¿Que sea removido o suspendido? ¿Por qué y cuáles?
 - ¿Qué tal sobre el no proveer o remover el tratamiento de mantenimiento de la vida si se sabe que usted está embarazada y existe la posibilidad de que con el tratamiento el embrión/feto se pueda desarrollar al punto de su nacimiento vivo?
 - ¿Qué tal sobre la atención médica necesaria para tratar su condición hasta que sus doctores razonablemente concluyan que su condición es mortal o que es irreversible e incurable o si usted está en un estado persistente vegetativo?

- **DONACIÓN DE ÓRGANOS:** Usted puede determinar si desea donar sus órganos o tejidos, y si lo hace, entonces qué órganos o tejidos desea donar, para qué propósitos, y a qué organizaciones. Usted también tiene la opción de donar su cuerpo entero para propósitos de investigación. O, puede dejarle la opción a su representante.
 - Quién decide: ¿Quiere usted decidir sobre la donación de órganos/tejidos, o quiere que lo haga su representante?

- Qué tejidos/órganos: ¿Tiene usted preferencias sobre qué tejidos u órganos quiere donar? ¿Corazón? ¿Hígado? ¿Pulmones? ¿Riñones? ¿Páncreas? ¿El cuerpo entero? ¿Algunos o todo lo anterior?
 - Para qué propósito: ¿Tiene usted preferencias con respecto a los usos que puedan tener sus tejidos u órganos bajo la ley de Arizona? -- ¿Trasplante? ¿Terapia? ¿Educación médica o dental? ¿Investigación o avance de la ciencia médica o dental? ¿Todos o algunos de estos usos?
 - Qué organización: ¿Tiene usted preferencias en cuanto a qué organización debería recibir sus órganos/tejidos?
- **AUTOPSIA:** Bajo la ley de Arizona se puede requerir una autopsia cuando muere una persona que no estaba bajo el cuidado actual de un médico, para determinar una enfermedad potencialmente fatal, y/o si el médico no está disponible o dispuesto a firmar un certificado de defunción. Esto puede ocurrir si una persona muere en casa. Sin embargo, si el doctor de la persona está dispuesto a firmar un certificado de defunción o si la persona estaba bajo el cuidado de un hospicio y su médico firmará el certificado de defunción, probablemente no se requerirá una autopsia.

Si no hay razón legal alguna para que se requiera una autopsia, usted puede decidir si ante su muerte desea que se le haga una autopsia o no, o si desea que su representante haga esta elección para usted. Generalmente hay una cuota para una autopsia voluntaria. Después de que se completa la autopsia, el cuerpo es transportado a la casa mortuoria para su entierro o cremación. Este puede ser un tema sensible en el momento de la muerte, y usted puede ayudar a su familia y seres queridos al clarificar sus preferencias.
 - Quién decide: ¿Quiere usted decidir sobre una autopsia si es opcional en el momento de su muerte, o desea que su representante lo decida?
 - Autopsia: Si por ley no se requiere una autopsia cuando usted muera, ¿quiere que se haga o no una autopsia?
- **ATENCIÓN CONFORTANTE Y OTROS APOYOS CUANDO USTED ESTÉ FALLECIENDO:**
 - ¿Cuáles son sus preferencias e instrucciones con respecto al dolor y medicamentos para el dolor?
 - ¿Quiere usted medicamentos o procedimientos para la atención confortante aún si pueden hacer que se sienta somnoliento/a, sedado/a, o tiene otros efectos?
 - ¿Quiere usted que ciertas personas estén con usted cuando esté falleciendo si pueden hacerlo? ¿Quién?
 - ¿Tiene usted alguna preferencia en cuanto a dónde desea morir? ¿En casa? ¿En un hospital? ¿En otro lugar?
 - ¿Quiere usted que se le avise a su iglesia, sinagoga, mezquita, o lugar de adoración que está muriendo?
 - ¿Quiere usted cierta música, poesía, o lecturas religiosas? ¿Quiere silencio? ¿Radio? ¿Televisión?
- **RECUERDOS A SERES QUERIDOS, Y FUNERAL U OTRAS DISPOSICIONES:**
 - ¿Hay algo por lo cual desea que se le recuerde, o algunas palabras especiales que quiere compartir con alguien que usted desearía escribir?
 - ¿Quiere que se le entierre o prefiere la cremación?
 - ¿Tiene usted preferencias con respecto a un servicio de memorial? ¿Qué? ¿Dónde?
 - ¿Hay ciertas personas que le gustaría que asistieran? ¿Hay canciones, lecturas, o ritos que desea que se lleven a cabo?

PASO CINCO

COMPLETANDO LAS FORMAS DE LA PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN VIDA

Ahora que ha pensado sobre la Planificación de la Atención en Vida y ha considerado ciertos temas con aquellos que pueden ayudarle a llenar las formas, decida qué formas desea firmar, y qué quiere decir usted en cada forma. Entonces, lea las instrucciones de cada forma y siga todas instrucciones al pie de la letra, especialmente en cuanto a la firma y los testigos. Cada forma tiene distintos requisitos para ser completada bajo la ley de Arizona, así que asegúrese de seguir todas las instrucciones individuales en cada forma.

PASO SEIS

MANTENIENDO LOS ORIGINALES, HACIENDO COPIAS, Y CAMBIANDO SUS FORMAS

Usted debería conservar los originales en un lugar seguro que también esté fácilmente accesible, para que pueda revisarlos de tiempo en tiempo. Entregue copias a su/s representante/s y a su/s doctor/es. Usted también deseará darles copias a miembros de su familia y a amigos cercanos. Conserve unas cuantas copias extra y asegúrese de llevar una consigo si va al hospital u otro establecimiento de cuidado de la salud.

La Secretaría de Estado de Arizona mantiene el Registro de Directivas por Avanzado de Arizona, la cual es una base de datos confidencial que almacenará una copia de sus Formas de Planificación de la Atención en Vida. El propósito de registrar las formas de Planificación de la Atención en Vida es el de crear una ubicación central en la cual sus parientes o el hospital u otra instalación del cuidado de la salud haciéndose cargo de usted pueda acceder la forma si ésta no está fácilmente disponible. El acceso a las Formas de Planificación de la Atención en Vida en el registro está protegido por contraseña.

Si usted desea registrar sus Formas, debe comunicarse con la Oficina de la Secretaria de Estado de Arizona:

Arizona Advance Directive Registry
(Registro de Directivas por Avanzado)
Arizona Secretary of State
1700 West Washington, 7th Floor
Phoenix, AZ 85007-2888
602-542-6187 ó 1-800-458-5842
www.azsos.gov/adv_dir/

Usted puede cambiar o cancelar cualquiera de estas formas cuando lo desee. Revise sus formas más o menos cada año, y considere si desea hacerles cambios basándose en las circunstancias de su vida. Recuerde hablar sobre los cambios con su/s representante/s, y/o su/s doctor/es, y quizás su familia, clérigo, etc.

- Si usted quiere cambiar lo que dijo en una forma, llene una forma nueva, siguiendo todas las instrucciones. Asegúrese de ponerle la fecha a la forma nueva, ya que la forma más reciente será la forma válida. Trate de recolectar y destruir el original y las copias de su forma previa. Dele copias de la forma nueva a sus representantes, doctores, y a cualquier otro/a que usted desee que conozca sus deseos.
- Si usted quiere cancelar por completo una forma, trate de recolectar y destruir el original, así como todas las copias de la forma. En Arizona, usted también puede revocar la Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud y la Carta Poder Duradera para el cuidado de la Salud Mental oralmente, diciéndole/s a su/s representante/s y/o a su proveedor de servicios para el cuidado de la salud. La cancelación por escrito es siempre mejor si usted puede hacerlo, ya que por escrito hará más claros sus deseos.

CONCLUSIÓN

ALGUNA INFORMACIÓN FINAL

CITACIONES DE LEYES RELEVANTES DE ARIZONA: Usted puede encontrar los estatutos relevantes de Arizona que consideran estos asuntos como sigue:

- **Sobre Testamentos en Vida y Directivas para el Cuidado de la Salud:** Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3201 *et seq.*
- **Sobre Representantes o Tomadores Sustitutos de Decisiones:** Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3231 *et seq.*
- **Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud:** Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3221 *et seq.*
- **Testamento en Vida:** Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3261 *et seq.*
- **Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental:** Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3281 *et seq.*
- **Directivas de Atención Médica de Pre-hospitalización (No Resucitar):** Estatutos de Arizona Modificados § 36-3251.
- **Carta Poder Duradera General:** Estatutos de Arizona Modificados §§ 14-5501 *et seq.*

- **Autopsia:** Estatutos de Arizona Modificados §§ 11-591 *et seq.*
- **Regalos Anatómicos (“Donación de Órganos”)** Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-841 *et seq.*

DISTINTOS ESTADOS:

A pesar de que todos los estados tienen leyes para las “directivas por avanzado” o la Planificación de la Atención en Vida, las leyes pueden ser algo distintas. Normalmente la ley del estado en el cual ocurre el tratamiento controla, no la ley del estado en el que se firmaron las formas médicas. Si usted pasa tiempo en más de un estado y concluye razonablemente que puede necesitar tratamiento médico en más de un estado, quizás usted desee que sus formas cumplan con las leyes de los estados en los que usted podría recibir tratamiento, al grado que esto sea posible. Considere pedir la ayuda de un abogado para esto.

RECURSOS QUE PUEDEN SER DE AYUDA:

- **Línea de ayuda para personas mayores 24-hour Senior HELP LINE** (dentro del Condado Maricopa) **(602) 264-HELP ((602) 264-4357)**, (llamada de larga distancia gratuita fuera del Condado Maricopa) **1-888-264-2258**. Un proyecto de la Región 1 de la organización Area Agency on Aging del Condado Maricopa. También hay oficinas regionales ubicadas en o designadas para servir cada condado de Arizona a nivel local. Vea su libro telefónico para encontrar la oficina regional más cercana.
- **Línea de ayuda legal para personas mayores Elder Law Hotline 1-800-231-5441:** Asesoría legal gratuita, información, y referencias para los residentes de Arizona de 60 años de edad ó mayores; los miembros de la familia pueden llamar a favor de la persona mayor. Los abogados no proveen servicios en asuntos criminales, ni representan a los clientes en procedimientos judiciales. Ellos dan asesoría, información, y referencias sobre una amplia variedad de asuntos legales importantes para las personas mayores. Financiada por la Suprema Corte de Arizona y operada por Southern Arizona Legal Aid, Inc.
- **Servicios de Protección para Adultos:** Línea de larga distancia gratuita abierta las 24 horas, **1-877-SOS-ADULT (1-877-767-2385)**, TDD: 1-877-815-8390 (Departamento de Seguridad Económica, Administración de Envejecimiento y Adultos)
- **Hospicio:** Hospicio es para aquellos pacientes desahuciados con una enfermedad mortal y que hayan decidido cambiar el enfoque de atención, de sanar al confort. (“Hospicio” se deriva de una palabra medieval que significa un lugar de refugio para los viajeros en jornadas difíciles). Para información y referencias llame a Arizona Hospice and Palliative Care Organization al (480) 967-9424, ó visite www.Arizonahospice.org.

NOTIFICACIÓN TAMAÑO CARTERA:

Llene el aviso para casos de accidente u otra emergencia “Notice In Case of Accident or Other Emergency” de tamaño para la cartera, recórtelo, y consérvelo en su cartera con su licencia de manejo y tarjetas de seguro para que el personal del cumplimiento de la ley y médico sepan que usted ha llenado las formas para el cuidado de la salud.

NOTICE IN CASE OF ACCIDENT OR
OTHER EMERGENCY:
Name:
Date:

I have signed the following forms: (check)

- Durable Health Care Power of Attorney
- Living Will
- Prehospital Medical Directive (Do Not Resuscitate)
- Durable Mental Health Care Power of Attorney
- Durable General Power of Attorney (Financial)

Please contact the following for a
copy:

Name:
Telephone:

TRADUCCIÓN DEL CONTENIDO DE LA NOTIFICACIÓN:

Ésta es la información contenida en el aviso:
Aviso en Caso de Accidente u Otra Emergencia
Nombre:
Fecha:

Yo he firmado las siguientes formas: (marque)

- Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud
- Testamento en Vida
- Directiva de Atención Médica Pre-hospitalización (No Resucitar)
- Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental
- Carta Poder General Duradera (Finanzas)

Por favor llame a la siguiente persona para una copia:

Nombre:
Teléfono:

PREGUNTAS FRECUENTES

CONTENIDO

1. ¿Qué puedo hacer para asegurar que la situación de Schiavo no me pase a mí y a mi familia?
2. ¿Dónde puedo encontrar estos documentos?
3. ¿Cuáles son los distintos documentos?
4. ¿Qué es un Testamento en Vida?
5. ¿Puedo firmar tanto el Testamento en Vida como una Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud?
6. ¿Qué pasa si no firmo cosa alguna? ¿Quién tomará las decisiones por mí si yo no me puedo comunicar?
7. ¿Yo debería llenar la forma para no resucitar “Do Not Resuscitate” (DNR por sus siglas en inglés)?
8. ¿A qué edad debería yo pensar en llenar estos documentos?
9. ¿Qué debería hacer yo una vez que llene estos documentos?
10. ¿Necesito usar a un abogado para llenar estas formas?
11. ¿Necesito usar a un notario para llenar estas formas?
12. ¿Cómo se aplica el Decreto de Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) a mis formas de Planificación de la Atención en Vida?
13. ¿Qué más debería saber yo?

PREGUNTAS FRECUENTES

1. ¿Qué puedo hacer para asegurar que la situación de Schiavo no me pase a mí y a mi familia?

Terri Schiavo tenía 20 años de edad cuando tuvo su colapso catastrófico. Desafortunadamente, ella no dejó instrucciones por escrito (una “directiva por avanzado”) expresando cómo le gustaría que la cuidaran si algo le llegase a suceder. Como ella no dejó instrucciones, los tribunales tuvieron que intervenir para determinar lo que ella querría. Para complicar aún más el asunto, su familia no estaba de acuerdo con respecto a lo que serían sus deseos, causando una situación increíblemente dolorosa para todos los involucrados. Al tomar los pasos adecuados ahora, usted puede asegurar que se conozcan sus deseos. Esos pasos incluyen llenar directivas por avanzado, como un Testamento en Vida y/o una Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud, y entonces hablar sobre sus elecciones con sus seres queridos para que ellos puedan entender y apoyar sus deseos si usted no puede comunicarse por sí mismo/a.

2. ¿Dónde puedo encontrar estos documentos?

La Oficina del Procurador General es sólo una de las varias fuentes de las cuales puede obtener formas e información sobre la planificación de la atención en vida y directivas por avanzado. Las formas que se ponen a la disposición en la Oficina del Procurador General son gratuitas y cumplen con la ley de Arizona. Estas formas e información pueden encontrarse en el sitio web del Procurador General www.azag.gov. Sin embargo, por favor tenga en cuenta que las directivas por avanzado no requieren cualquier formato en particular, y la información y las formas también están disponibles en organizaciones médicas, religiosas, de asistencia para el envejecimiento, y legales.

3. ¿Cuáles son los distintos documentos?

Por ejemplo, veamos la Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud. La Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud es que un documento que le permite elegir a otra persona, llamada un “agente”, para que tome decisiones sobre el cuidado de la salud si usted ya no puede tomar dichas decisiones por sí mismo/a. A menos que el documento incluya límites específicos, el agente tendrá amplia autoridad para tomar cualquier decisión de salud que normalmente usted podría tomar por sí mismo/a. Esto podría incluir una decisión con respecto a que si debe o no continuar con la alimentación por sonda. En este paquete también encontrará una Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental, un Testamento en Vida, Una Carta a Mi Agente, y una Directiva Médica de Pre-hospitalización.

4. ¿Qué es un Testamento en Vida?

Un Testamento en Vida es una declaración por escrito que expresa sus deseos sobre el tratamiento médico que retrasaría la muerte debido a una enfermedad mortal. También se aplica a situaciones de estado vegetativo

persistente o estado de coma irreversible. Un Testamento en Vida hablaría por usted en caso de que usted no pudiese comunicarse. Da dirección y guía a otros, pero no es tan ampliamente aplicable como una Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud. Por ejemplo, un Testamento en Vida no permite a los proveedores de servicios para el cuidado de la salud suspender la alimentación por sonda - solamente un agente nombrado por una Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud o un custodio nombrado por la corte pueden tomar esa decisión.

5. ¿Puedo firmar tanto el Testamento en Vida como una Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud?

Sí, pero si usted firma ambos documentos, debe adjuntar una copia de su Testamento en Vida a su Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud.

6. ¿Qué pasa si no firmo cosa alguna? ¿Quién tomará las decisiones por mí si yo no me puedo comunicar?

Los proveedores de servicios para el cuidado de la salud (por ejemplo, doctores y enfermeras) tratarán primero de averiguar si usted nombró a un agente en conformidad con una Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud. También es posible que la corte nombre a un custodio para que actúe como su sustituto. Si usted no deja una Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud y no hay custodio alguno nombrado por la corte, los proveedores de servicios para el cuidado de la salud se pondrán en contacto con las siguientes personas, en este orden, quienes tendrán la autoridad de tomar decisiones del cuidado de la salud para usted (siguiendo sus deseos, si son conocidos). Estas personas son llamadas "sustitutos".

1. Su cónyuge, a menos que usted y su cónyuge se hayan separado legalmente.
2. Su hijo/a adulto/a. Si tiene más de un/a hijo/a adulto/a, los proveedores de servicios para el cuidado de la salud buscarán el consentimiento de la mayoría de los/las hijos/as que estén disponibles para ser consultados.
3. Su padre/madre.
4. Su compañero/a doméstico/a si ninguna otra persona ha asumido cualquier responsabilidad financiera por usted.
5. Su hermano o hermana.
6. Su amigo/a cercano/a.

Si no se puede encontrar a cualquiera de las personas arriba mencionadas, los proveedores de servicios para el cuidado de la salud pueden tomar decisiones a su nombre con la aportación de un comité de ética o un segundo médico. Otra vez, sólo los agentes y custodios pueden tomar la decisión de retirarle la administración artificial de alimentos o fluidos una vez que ésta haya comenzado. Una persona sustituta que tome decisiones no puede tomar dicha decisión bajo la ley de Arizona.

7. ¿Yo debería llenar la forma para no resucitar "Do Not Resuscitate" (DNR por sus siglas en inglés)?

Si está sano/a y fuerte, quizás usted no deseará llenar la forma DNR. Usted puede expresar sus deseos con respecto a cómo desea que se le provea el cuidado si usted se llega a enfermar gravemente sin haber llenado una forma DNR. Las formas DNR son más apropiadas para las personas que probablemente no estarían bien con la resucitación cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés) debido a que están muy enfermas, desahuciadas o de otras formas extremadamente débiles. En cualquier caso, usted tendrá que hablar sobre la forma DNR con su doctor, quien también necesitará firmar la forma.

8. ¿A qué edad debería yo pensar en llenar estos documentos?

Ahora, siempre y cuando usted tenga por lo menos 18 años de edad. Nunca es demasiado temprano para pensar sobre estas cosas o hacer preparativos.

9. ¿Qué debería hacer yo una vez que llene estos documentos?

En primer lugar, es importante que hable sobre los documentos y sus deseos con su familia, su agente y su médico. Un agente necesita saber cómo se siente usted para poder actuar a su nombre. Usted también necesita asegurarse de que las personas apropiadas tengan copias de los documentos. Para registrar una copia de sus documentos, por favor envíelos a la Secretaría de Estado. Puede encontrar información sobre cómo registrar su Directiva por Avanzado y otros materiales de Planificación de la Atención en Vida en el sitio web de la Secretaría de Estado en <http://www.azsos.gov/>

10. ¿Necesito usar a un abogado para llenar estas formas?

No. Usted no tiene que recibir la ayuda de un abogado para llenar estos documentos, pero es probable que desee consultar a un abogado si tiene preguntas. Si no conoce a un abogado en su área, la barra de abogados Arizona State Bar provee información sobre servicios de referencias a abogados para personas de varios niveles de ingresos. Además, la organización Community LegalServices puede ayudar a proveer servicios legales gratuitos a aquellos que los necesitan:

Arizona State Bar
602.252.4804
www.azbar.org

Community LegalServices
602.258.3434
www.vlparizona.org

11. ¿Necesito usar a un notario para llenar estas formas?

Sí. La Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud, la Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental, y el Testamento en Vida deben ser firmados YA SEA por un testigo O por un notario. Por favor tenga en mente que el testigo debe tener por lo menos 18 años de edad, no puede ser un familiar (emparentado por sangre, por adopción o por matrimonio), no puede estar en su testamento para recibir parte de su patrimonio, no puede ser nombrado como su representante, y no puede ser la persona proporcionándole el cuidado para la salud. Un testigo PUEDE ser un vecino, un amigo, o un conocido que sea un adulto, pero un testigo no puede estar en su testamento y no puede estar cuidando de usted o representándole a usted.

12. ¿Cómo se aplica el Decreto de Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) a mis formas de Planificación de la Atención en Vida?

Hay una diferencia de opinión con respecto a si el Decreto de Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés) aplica a los documentos de Planificación de la Atención en Vida, como aquellos que son provistos por la Oficina del Procurador General.

En abundancia de precaución, nosotros hemos incluido una liberación de responsabilidad del decreto HIPAA bajo la sección de "Firma y Verificación" en ambas formas, la Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud y la Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental, justo arriba del espacio para su firma. Esta liberación debería tranquilizar a cualquier persona inquieta sobre asuntos sobre el decreto HIPAA, especialmente el personal médico, con respecto a que ellos pueden proveer información sobre su atención a su/s representante/s.

13. ¿Qué más debería saber yo?

Estos documentos son para que usted pueda expresar sus deseos, cualesquiera que éstos sean, para que usted reciba el tratamiento que usted quiere si no se puede comunicar. La Oficina del Procurador General no está recomendando cualquier elección en particular pero le insta para que piense sobre estas opciones, para que hable sobre ellas con sus seres queridos, y para que llene los documentos apropiados para su situación. Esperamos que al expresar claramente sus deseos a sus seres queridos y en estos documentos ayudarán a evitar la angustia que sufrió la familia Schiavo en aquellos que están cerca de usted.

El papel principal de la Oficina del Procurador General es proporcionar representación legal para el Estado de Arizona, sus agencias y funcionarios estatales actuando en sus capacidades oficiales. La Oficina no está autorizada para asesorar o representar a ciudadanos privados en asuntos legales personales. Si usted necesita ayuda con un asunto legal personal—como registrando una demanda, creando un testamento, o defendiéndose contra un cargo criminal—quizás usted desee contactar a un abogado privado.

Lista de Formas del Paquete Para La Planificación de la Atención en Vida



Lista :

- Acuerdo de registro* (Acuerdo de Registro disponible sólo en inglés por el momento)
- Carta poder duradera para la salud*
- Carta poder duradera para el cuidado de la salud mental*
- Testamento en vida*
- Carta a mi representante
- Directiva de atención medica pre-hospitalizacion (no resucitar)* (Lea la información general y las instrucciones en la forma color naranja para obtener información detallada para determinar si necesita este formulario)

**Indica formas que pueden ser registradas en la oficina del secretario de Estado*

Para registrar sus documentos completos, haga fotocopias y envíe los a:

Arizona Secretary of State
Attn: Advance Directive Dept.
1700 W. Washington Street
Phoenix, AZ 85007



Arizona Health Care Directives Registry
ARIZONA SECRETARY OF STATE

1700 W. Washington Street, 7th Floor, Phoenix, AZ 85007-2888
(602) 542-6187
(800) 458-5842 (within Arizona)
Website: www.azsos.gov

FOR OFFICE USE ONLY - REV. 06/22/16

REGISTRATION AGREEMENT

About this agreement:

This agreement shall be used for the registration of a Health Care Directive in the State of Arizona under the authority of A.R.S. § 36-3291 - 3297

This form/agreement must be written legibly or computer generated. For your convenience, this form has been designed to be filled out and printed online at the website referenced above.

Fees: None

Processing time-frame: three weeks

How to complete this form:

- Read this agreement carefully, and fill in all blank spaces
- Attach a copy of your witnessed or notarized Health Care Directive to this Agreement
- DO NOT send your original Health Care Directive Form
- Sign and date this Agreement
- Return by mail to:
Arizona Secretary of State
1700 W. Washington Street, 7th Fl., Phoenix, AZ 85007
Return in person: Tucson: 400 W. Congress, Ste. 141
Phoenix: 1700 W. Washington, Ste. 220

| | | | | | |
|--|--|-----------------------------|--|---|--|
| Last Name | | First Name | | Middle Name | |
| Address | | | | | |
| City | | State | | Zip | |
| Phone | | Birth Date (month/day/year) | | Last 4 digits of Social Security Number | |
| Printed name as you want it listed on your membership card | | | | | |
| Address to return documents and wallet card (IF DIFFERENT FROM ADDRESS ABOVE) | | | | | |
| Name | | | | | |
| Address | | | | | |
| City | | State | | Zip | |
| I want to: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Store a health care directive(s) in the Registry | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Replace a health care directive(s) now in the Registry with a new one | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Add an additional document to my currently stored directive(s) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Remove my health care directive(s) from the Registry | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Request a replacement wallet card (no change to health care directive(s) in Registry) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Change Registration Agreement information (such as new a address) | | | | | |

You must complete and sign the Agreement on Page 2 of this form.



Arizona Health Care Directives Registry
ARIZONA SECRETARY OF STATE
1700 W. Washington Street, 7th Floor, Phoenix, AZ 85007-2888
(602) 542-6187
(800) 458-5842 (within Arizona)
Website: www.azsos.gov

FOR OFFICE USE ONLY - REV. 09/28/09

REGISTRATION AGREEMENT

I am providing this personal information, along with a copy of my advance directive, with the understanding that this information will be stored in the Arizona Health Care Directive Registry. I certify that the advance directive that accompanies this Agreement is my currently effective advance directive, and was duly executed, witnessed and acknowledged in accordance with the laws of the State of Arizona.

I understand this authorization is voluntary. This authorization to store my advance directive in the Arizona Health Care Directives Registry will remain in force until revoked by me. I understand that I may revoke this authorization at any time by giving written notice of my revocation to the Contact Office listed below. I understand that revocation of this authorization will NOT affect any action you took in reliance on this authorization before you received my written notice of revocation.

Contact Office: Office of the Arizona Secretary of State
Telephone: 602-542-6187 E-mail: AD@azsos.gov
Address: 1700 W. Washington Street, 7th Floor, Phoenix, AZ, 85007

Your registration form will be processed within three (3) weeks. You will receive further information in the mail. In order to complete the registration of your health care directive(s) you are required to reply to the letter that you will receive.

For further assistance please contact the Arizona Secretary of State at (602) 542-6187 or visit us online at: www.azsos.gov

| | |
|---|------|
| Signature of person completing this agreement | Date |
| Printed Name | |

OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL
Mark Brnovich



ESTADO DE ARIZONA
CARTA PODER DURADERA PARA LA SALUD
Instrucciones y Forma

INSTRUCCIONES GENERALES: Use esta forma de Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud si usted quiere seleccionar a una persona para que tome decisiones futuras para el cuidado de la salud para usted si usted está demasiado enfermo/a o no puede tomar esas decisiones por sí mismo/a, la persona que usted escoja y en la cual confíe podrá tomar decisiones médicas para usted. Hable con su familia, amigos, y otros en quien usted confíe sobre sus opciones. También es una buena idea hablar con profesionales como su doctor, clérigo, y un abogado antes de firmar esta forma.

Asegúrese de que usted entiende la importancia de este documento. Si usted decide que ésta es la forma que usted quiere usar, llene la forma. **No firme esta forma sino hasta** que esté presente su testigo o un Notario Público para que testifiquen su firma. En la página tres hay más instrucciones para usted con respecto a firmar esta forma.

1. Información sobre mí (el/la Principal):

Mi Nombre: _____ Mi Edad: _____
Mi Domicilio: _____ Mi Fecha de Nacimiento: _____
_____ Mi Número de Teléfono: _____

2. Selección de mi representante para el cuidado de la salud o alternativo (“agente” o “sustituto”)

Yo escojo a la siguiente persona para que actúe como mi representante en la toma de decisiones para el cuidado de mi salud:

Mi Nombre: _____ Teléfono del Hogar: _____
Domicilio: _____ Teléfono del Trabajo: _____
_____ Teléfono Celular: _____

Yo escojo a la siguiente persona para que actúe como representante alternativo en la toma de decisiones para el cuidado de mi salud si el primer representante no está disponible, no está dispuesto, o no puede tomar decisiones por mí:

Mi Nombre: _____ Teléfono del Hogar: _____
Domicilio: _____ Teléfono del Trabajo: _____
_____ Teléfono Celular: _____

3. Si yo no puedo tomar decisiones por mí mismo/a para mi atención médica, yo AUTORIZO:

Yo autorizo a mi representante para el cuidado de la salud para que tome decisiones para el cuidado de mi salud cuando yo no pueda hacerlo o cuando no pueda comunicar mis propias decisiones sobre el cuidado de mi salud debido a enfermedad mental o física, lesión, discapacidad, o incapacidad. Yo quiero que mi representante tome todas dichas decisiones por mí a excepción de aquellas decisiones que yo he declarado expresamente abajo en la Parte 4, las cuales no autorizo que él/ella tome. Si yo me puedo comunicar en cualquier forma, mi representante debería hablar conmigo con respecto a las opciones del cuidado de mi salud. Si yo puedo entender, mi representante me debería explicar cualquier elección que él/ella haya tomado. Yo además autorizo a mi representante para que tenga acceso completo y copias de mis "registros de información personal protegida del cuidado de la salud y registros médicos". Este nombramiento estará vigente a menos que y hasta que sea revocado por mí o por una orden de la corte.

Los tipos de decisiones para el cuidado de la salud que yo autorizo que se hagan por mí incluyen pero no están limitados a lo siguiente:

- Consentir o rehusar atención médica, incluyendo procedimientos de diagnóstico, quirúrgicos, o terapéuticos;
- Autorizar a médicos, enfermeras, terapeutas, y a otros proveedores de servicios para el cuidado de la salud su opción de proveerme atención a mí, y obligar a mis recursos o a mi patrimonio para que pague la compensación razonable por dichos servicios;
- Aprobar o denegar mi admisión a instituciones para el cuidado de la salud, hogares de reposo, instalaciones para la vida con asistencia, u otros programas o instalaciones. Al firmar esta forma yo entiendo que permito que mi representante tome decisiones sobre mi cuidado para la salud mental a excepción de que él/ella no puede hacer que se me admita a un entorno de tratamiento estructurado con supervisión las 24 horas del día y un programa de tratamiento intensivo – llamado instalación para la salud del comportamiento del "nivel uno" – usando sólo el presente otorgamiento de autoridad;
- Tener acceso a y controlar mis registros médicos y tener la autoridad de hablar sobre dichos registros con proveedores de servicios para el cuidado de la salud.

4. DECISIONES QUE YO EXPRESAMENTE NO AUTORIZO a mi representante para que las tome por mí:

Yo no quiero que mi representante tome las siguientes decisiones para el cuidado de mi salud (describa o escriba "no es aplicable"):

5. Mis deseos específicos en cuanto a una autopsia:

NOTA: Bajo la ley de Arizona, no se requiere una autopsia a menos que el examinador médico del condado, el procurador del condado, o un juez del tribunal superior ordene que se realice. Vea el documento de Información General para más información sobre este tema. Anote sus iniciales o coloque una marca en una de las siguientes opciones.

___ En el caso de mi muerte YO NO consiento a una autopsia voluntaria.

___ En el caso de mi muerte YO SÍ consiento a una autopsia voluntaria.

___ Mi representante puede dar o rehusar dar su consentimiento para una autopsia.

6. Mis deseos específicos sobre la donación de órganos (“regalo anatómico”):

NOTA: Bajo la ley de Arizona, usted puede donar todo o parte de su cuerpo. Si usted no toma una decisión, su representante o su familia pueden tomar la decisión cuando usted fallezca. Usted puede indicar qué órganos o tejidos quiere donar y a dónde desea que se donen. Anote sus iniciales o coloque una marca junto a las opciones A o B listadas abajo. Si usted selecciona la opción B, continúe con sus selecciones.

_____ **A. YO NO QUIERO** hacer una donación de órganos o tejidos, y yo no quiero que esta donación sea autorizada a mi nombre por mi representante o mi familia.

_____ **B. YO SÍ QUIERO** hacer una donación de órganos o tejidos cuando muera. Aquí están mis instrucciones:

1. Qué órganos/tejidos deseo donar: (Seleccione a, b o c abajo)

- _____ **a.** Todo el cuerpo
- _____ **b.** Cualquier parte u órgano que se necesiten:
- _____ **c.** Sólo estas partes u órganos:
 - 1) _____
 - 2) _____
 - 3) _____

2. Para qué propósitos dono mis órganos/tejidos: (Seleccione a, b, c o d abajo)

- _____ **a.** **Cualquier** propósito legalmente autorizado (trasplante, terapia, evaluación médica/dental o investigación, y/o adelanto de las ciencias médica o dental).
- _____ **b.** Solamente para propósitos de trasplante o terapéuticos.
- _____ **c.** Solamente para investigación.
- _____ **d.** Otro: _____

3. A qué organización o persona quiero que vayan mis partes o mis órganos:

- _____ **a.** Ya firmé un acuerdo por escrito o una tarjeta de donación con respecto a mi donación de órganos y tejidos con el siguiente individuo o institución: (nombre) _____
- _____ **b.** Me gustaría que mis tejidos u órganos vayan a la siguiente persona o institución: _____
- _____ **c.** Yo autorizo a mi representante para que tome esta decisión.

7. Disposición para el Funeral y el Entierro (Opcional):

Mi agente tiene la autoridad de llevar a cabo todos los asuntos relacionados con mis deseos con respecto a mi disposición para el funeral y el entierro en conformidad con esta carta poder, la cual entrará en vigor en la fecha de mi muerte. Mis deseos se reflejan abajo:

NOTA: Si usted desea donar su cuerpo entero, la cremación es la única disposición disponible para el entierro.

Anote sus iniciales junto a las opciones que usted desee seleccionar.

- _____ Cuando yo muera, deseo que mi cuerpo sea enterrado. (En lugar de cremado)
- _____ Cuando yo muera, deseo que mi cuerpo se entierre en _____
_____. (Directiva opcional)
- _____ Cuando yo muera, deseo que mi cuerpo sea cremado.
- _____ Cuando yo muera, deseo que mi cuerpo sea cremado y que mis cenizas sean _____
_____. (Directiva opcional)
- _____ Mi agente tomará todas las decisiones relacionadas con la disposición para el funeral y el entierro. (Directiva Opcional)

8. Sobre un Testamento en Vida

NOTA: Si usted tiene un Testamento en Vida y una Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud, **usted debe adjuntar** el Testamento en Vida a esta forma. Una forma del Testamento en Vida está disponible en el sitio web del Procurador General (AG por sus siglas en inglés). Anote sus iniciales o haga una marca junto a la casilla A o B.

- _____ **A.** Yo he FIRMADO Y ADJUNTADO un Testamento en Vida completo así como una Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud para declarar las decisiones que yo he tomado con respecto al cuidado de mi salud al finalizar mi vida si yo no puedo comunicarme o tomar mis propias decisiones en dicho momento.
- _____ **B.** Yo NO HE FIRMADO un Testamento en Vida.

9. En cuanto a la Directiva de Atención Médica Pre-hospitalización o a la Directiva de No Resucitar:

NOTA: Una forma de la Directiva de Atención Médica Pre-hospitalización o de la Directiva de No Resucitar están disponibles en el sitio web del Procurador General. Anote sus iniciales o haga una marca junto a la casilla A o B.

- _____ **A.** Mi doctor o proveedor de servicios para el cuidado de la salud y yo **HEMOS FIRMADO una Directiva de Atención Médica Pre-hospitalización o de la Directiva de No Resucitar en Papel color NARANJA en caso de que los técnicos de Emergencia Médica o el personal de emergencia en el hospital sean llamados y mi corazón o respiración se hayan detenido.**
- _____ **B.** Yo NO HE FIRMADO una Directiva de Atención Médica Pre-hospitalización o una Directiva de No Resucitar.

10. RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA MI AGENTE/REPRESENTANTE BAJO EL DECRETO HIPAA

- _____ **(Anote sus iniciales)** Yo deseo que mi agente sea tratado/a como se me trataría a mí con respecto a mis derechos en cuanto al uso y la liberación de mi información de salud individualmente identificable o registros médicos. Esta autoridad de renuncia aplica a la información gobernada por el Decreto de Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) de 1996, 42 USC 1320d, 45 CFR 160-164.

FIRMA O VERIFICACIÓN

- A.** Yo estoy firmando esta Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud como sigue:

Mi Firma: _____ Fecha: _____

- B.** Yo no puedo firmar físicamente este documento, por lo que un apoderado está verificando mis deseos como sigue:

Verificación del apoderado: Yo creo que esta Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud expresa con precisión los deseos comunicados a mí por el/la principal de este documento. Él/ella tiene la intención de adoptar esta Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud por el momento. Él/ella no puede firmar o marcar físicamente este documento por el momento, y yo verifico que él/ella me indicó directamente que la Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud expresa sus deseos y que él/ella tiene la intención de adoptar la Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud por el momento.

Nombre del apoderado (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL TESTIGO:

NOTA: Por lo menos un testigo adulto, no incluir el apoderado arriba, O un Notario Público deben presenciar la firma de este documento y entonces firmarlo. El testigo o Notario Público NO DEBE ser cualquier persona que: (a) sea menor de 18 años de edad; (b) esté relacionada con usted por sangre, adopción, o matrimonio; (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio; (d) sea designada como su representante; o (e) esté envuelta en el suministro del cuidado de su salud en el momento en el que esta forma es firmada. Si elige la firma de un notario público en lugar de un testigo, escriba "N/A" en cada línea de abajo y vaya a la página siguiente.

A. Testigo: Yo certifico que presencié la firma de este documento por el Principal. La persona que firmó esta Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud pareció ser de mente sana y bajo ninguna presión para tomar decisiones específicas o firmar el documento. Yo entiendo los requisitos para ser un testigo y confirmo lo siguiente:

- Actualmente no estoy designado/a para tomar decisiones médicas para esta persona.
- Yo no estoy directamente envuelto/a en la administración del cuidado de la salud de esta persona.
- Yo no tengo derecho a porción alguna del patrimonio de esta persona ante su fallecimiento bajo un testamento o por la operación de la ley.
- Yo no estoy emparentado/a con esta persona por sangre, matrimonio o adopción.

Nombre del/la Testigo (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

JURADO NOTARIAL:

NOTA: El siguiente jurado se refiere a las cuatro páginas anteriores del estado de Arizona poder de la salud duradera del abogado de fecha _____, 20____.

Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su formulario, usted no debería hacer un notario firmar.):

ESTADO DE ARIZONA) ss
CONDADO DE _____)

NOMBRE DEL PRINCIPAL/APODERADO

ATESTIGUO CON MI MANO Y SELLO este _____ día de ____, 20 ____

Notario Público: _____ Mi Comisión Expira: _____

**OPCIONAL: DECLARACIÓN DE QUE USTED HA CONSIDERADO SUS OPCIONES
DEL CUIDADO PARA SALUD EN EL FUTURO CON SU MÉDICO**

NOTA: Antes de decidir qué atención médica desea usted para sí mismo/a, quizás desee hacerle a su médico preguntas sobre alternativas de tratamiento. Esta declaración de su médico no se requiere por la ley de Arizona. Si usted habla con su médico, es una buena idea que él o ella llene esta sección. Pídale a su doctor que conserve una copia de esta forma con sus registros médicos.

En esta fecha yo revisé este documento con el Principal y consideramos cualquier pregunta en cuanto a las probables consecuencias médicas de las opciones de tratamiento establecidas arriba. Yo estoy de acuerdo en cumplir con las disposiciones de esta directiva, y yo cumpliré con las decisiones para el cuidado de la salud hechas por el representante, a menos que una decisión viole mi conciencia. En dicho caso yo rápidamente revelaré que no estoy dispuesto/a a cumplir y transferiré o intentaré transferir la atención del paciente a otro proveedor que esté dispuesto a actuar en conformidad con la dirección del representante.

Nombre del/la Doctor/a (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA
Mark Brnovich



ESTADO DE ARIZONA
CARTA PODER DURADERA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL
Instrucciones y Forma

INSTRUCCIONES GENERALES: Use esta forma de Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental si usted quiere asignar a una persona para que tome decisiones futuras para el cuidado de la salud mental para usted si usted ya no puede tomar esas decisiones por sí mismo/a. La decisión con respecto a si usted no tiene la capacidad solamente la puede tomar un especialista en neurología o un psiquiatra o psicólogo con licencia de Arizona, quien evaluará si usted puede dar un consentimiento informado. Asegúrese de que usted entiende la importancia de este documento. Hable con su familia, amigos, y otros en quien usted confíe sobre sus opciones. También es una buena idea hablar con profesionales como su doctor, clérigo, y un abogado antes de firmar esta forma. Si usted decide que ésta es la forma que usted quiere usar, llene la forma. No firme esta forma sino hasta que esté presente su testigo o un Notario Público para que testifiquen su firma. En la página tres hay más instrucciones con respecto a firmar esta forma.

1. Información sobre mí (el/la Principal):

Mi Nombre: _____ Mi Edad: _____
Mi Domicilio: _____ Mi Fecha de Nacimiento: _____
_____ Mi Número de Teléfono: _____

2. Selección de mi representante para el cuidado de la salud o alterno: (También llamado “agente” o “sustituto”)

Yo escojo a la siguiente persona para que actúe como mi representante en la toma de decisiones para el cuidado de mi salud mental:

Mi Nombre: _____ Teléfono del Hogar: _____
Domicilio: _____ Teléfono del Trabajo: _____
_____ Teléfono Celular: _____

Yo escojo a la siguiente persona para que actúe como representante alterno en la toma de decisiones para el cuidado de mi salud mental para mí si el primer representante no está disponible, no está dispuesto, o no puede tomar decisiones por mí:

Mi Nombre: _____ Teléfono del Hogar: _____
Domicilio: _____ Teléfono del Trabajo: _____
_____ Teléfono Celular: _____

CARTA PODER DURADERA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL (Continúa)

3. Si yo no puedo tomar decisiones por mí mismo/a, los tratamientos para la salud mental que yo AUTORIZO:

Aquí están los tratamientos para la salud mental que yo autorizo que mi representante del cuidado de la salud mental autorice por mí si yo llegase a no poder tomar mis propias decisiones para el cuidado de la salud mental debido a enfermedad física o mental, lesión, discapacidad, o incapacidad. Si mis deseos no están claros en esta Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental o de otra forma no son conocidos por mi representante, mi representante, de buena fe, deberá de actuar en conformidad con mis mejores intereses. Este nombramiento estará vigente a menos que y hasta que sea revocado por mí o por una orden de la corte. Mi representante está autorizado para hacer lo siguiente que yo he marcado o aceptado con mis iniciales:

- A. Con respecto a mis registros:** Recibir información con respecto al tratamiento para la salud mental que se propone para mí y para recibir, revisar y consentir la revelación de cualquiera de mis registros médicos relacionados con dicho tratamiento.
- B. Con respecto a medicamentos:** Consentir a la administración de algún medicamento recomendado por el médico tratándome.
- C. Con respecto a un entorno de tratamiento estructurado:** Admitirme a un entorno de tratamiento estructurado con supervisión las 24 horas del día y con un programa intensivo de tratamiento con licencia del Departamento de Servicios de Salud, lo cual se llama una instalación psiquiátrica para pacientes internos.
- D. Otro:** _____

4. Tratamientos Duraderos para la Salud Mental que yo expresamente NO AUTORIZO si no puedo tomar decisiones por mí mismo: (Explique o anote "Ninguno") _____

5. Revocación de esta Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental: Esta carta poder para el cuidado de la salud mental o cualquier parte de la misma no puede ser revocada y yo no podré descalificar a cualquier agente designado durante los momentos en los que yo no pueda dar un consentimiento informado. Sin embargo, en todo otro momento yo conservo el derecho de revocar toda o cualquier parte de esta carta poder duradera para el cuidado de la salud mental o de descalificar a cualquier agente designado por mí en este documento.

6. Información Adicional sobre mis necesidades de tratamiento para el cuidado de la salud mental (considere incluir un historial de su salud mental o física, requisitos dietéticos, inquietudes religiosas, personas a quienes notificar y cualquier otro asunto que usted crea que es importante):

RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA MI AGENTE/REPRESENTANTE BAJO EL DECRETO HIPAA

_____(**Anote sus iniciales**) Yo deseo que mi agente sea tratado/a como se me trataría a mí con respecto a mis derechos en cuanto al uso y la liberación de mi información de salud individualmente identificable o registros médicos. Esta autoridad de renuncia aplica a la información gobernada por el Decreto de Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) de 1996, 42 USC 1320d, 45 CFR 160-164.

FIRMA O VERIFICACIÓN

A. Yo estoy firmando esta Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental como sigue:

Mi Firma: _____ Fecha: _____

CARTA PODER DURADERA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL (Última Página)

B. Yo no puedo firmar físicamente este documento, por lo que un apoderado está verificando mis deseos como sigue:

Verificación del apoderado: Yo creo que esta Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental expresa con precisión los deseos comunicados a mí por el/la Principal de este documento. Él/ella tiene la intención de adoptar esta Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental por el momento. Él/ella no puede firmar o marcar físicamente este documento por el momento, y yo verifico que él/ella me indicó directamente que la Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental expresa sus deseos y que él/ella tiene la intención de adoptar la Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental por el momento.

Nombre del apoderado (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL TESTIGO

NOTA: Por lo menos un testigo adulto, no incluir el apoderado arriba, O un Notario Público deben presenciar la firma de este documento y entonces firmarlo. El testigo o Notario Público NO DEBE ser cualquier persona que: (a) sea menor de 18 años de edad; (b) esté relacionada con usted por sangre, adopción, o matrimonio; (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio; (d) sea designada como su representante; o (e) esté envuelta en el suministro del cuidado de su salud en el momento en el que esta forma es firmada. Si elige la firma de un notario público en lugar de un testigo, escriba "N/A" en cada línea de abajo y vaya a la página siguiente.

A. Testigo: Yo afirmo que conozco personalmente a la persona firmando esta Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental y que presencié a esta persona firmar o reconocer su firma en este documento ante mi presencia. Yo además afirmo que él/ella parece ser de mente sana y bajo ninguna coerción, fraude, o influencia indebida. Él/ella no está relacionado/a conmigo por sangre, matrimonio, o adopción y no es una persona a la cual yo le provea atención o cuidado en una capacidad profesional. A mí no se me ha nombrado para que tome decisiones médicas a su favor.

Nombre del/la testigo (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

JURADO NOTARIAL:

NOTA: El siguiente jurado se refiere a las dos páginas anteriores del estado de Arizona poder de la salud duradera del abogado de fecha _____, 20____.

Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su formulario, usted no debería hacer un notario firmar.):

ESTADO DE ARIZONA) ss
CONDADO DE _____)

NOMBRE DEL PRINCIPAL/APODERADO

ATESTIGUO CON MI MANO Y SELLO este _____ día de ____, 20 ____

Notario Público: _____ Mi Comisión Expira: _____

OPCIONAL: ACEPTACIÓN DE NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE

Yo acepto este nombramiento y estoy de acuerdo en servir como agente para tomar las decisiones sobre el tratamiento para la salud mental del/la Principal. Yo entiendo que debo actuar consistentemente con los deseos de la persona que represento tal como se expresa en esta Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental, o si no se expresan, como de otra forma yo los conozca. Si yo no conozco los deseos del/la Principal, tengo el deber de actuar como yo, de buena fe, crea que sea en el mejor interés de esa persona. Yo entiendo que este documento me da la autoridad para tomar decisiones sobre el tratamiento para la salud mental solamente o mientras se haya determinado que esta persona esté incapacitada lo cual significa bajo la ley de Arizona que un especialista en neurología o un psicólogo o psiquiatra con licencia tiene la opinión de que el/la Principal es incapaz de dar su consentimiento informado.

Nombre del/la Representante (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA
Mark Brnovich



TESTAMENTO EN VIDA (Atención al Final de la Vida)
Instrucciones y Forma

INSTRUCCIONES GENERALES: Use esta forma de Testamento en Vida para tomar decisiones ahora sobre su atención médica si alguna vez usted llegase a estar en una condición mortal, un estado vegetativo persistente, o en un estado de coma irreversible. Usted debería hablar con su doctor con respecto a lo que significan estos términos. El Testamento en Vida indica qué elecciones hubiese usted tomado por sí mismo/a si pudiera comunicarse. Son sus instrucciones por escrito para su representante del cuidado de la salud, si usted tiene uno, para su familia, su médico, y cualquier otra persona que pudiese estar en la posición de tomar decisiones sobre su atención médica por usted. Hable con su familia, amigos, y otros en quien usted confíe sobre sus opciones. También es una buena idea hablar con profesionales como su doctor, clérigo, y un abogado antes de firmar este Testamento en Vida.

Si usted decide que ésta es la forma que usted quiere usar, llene la forma. **No firme el Testamento en Vida sino hasta** que esté presente su testigo o un Notario Público para que testifiquen su firma. En la página 2 hay más instrucciones para usted con respecto a firmar esta forma.

IMPORTANTE: Si usted tiene un Testamento en Vida y una Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud, debe adjuntar el Testamento en Vida a la Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud.

1. **Información sobre mí (el/la Principal)**

Nombre: _____
Domicilio: _____

Edad: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono: _____

2. **Mis decisiones en cuanto al cuidado al final de vida:**

NOTA: Aquí hay algunas declaraciones generales con respecto a las opciones que usted tiene para el cuidado de la salud que usted desea durante el final de su vida. Están listados en el orden provisto por la ley de Arizona. Usted puede anotar sus iniciales en cualquier combinación de los párrafos A, B, C, y D. **Si usted anota sus iniciales junto al Párrafo E, no anote sus iniciales en cualquier otro párrafo.** Lea todas las declaraciones cuidadosamente antes de anotar sus iniciales para indicar su opción. Usted también puede escribir su propia declaración en cuanto a los tratamientos para sostener la vida y otros asuntos relacionados con el cuidado de su salud en el Título 3 de esta forma.

_____ **A. Solamente Atención Confortante:** Si tengo una condición mortal (estoy desahuciado/a) yo no quiero que se prolongue mi vida, y no quiero tratamiento para sostener la vida, más allá de la atención confortante, el cual serviría para retrasar artificialmente el momento de mi muerte (NOTA: "Atención Confortante" significa tratamiento en un intento de proteger y mejorar la calidad de vida sin artificialmente prolongar la vida.)

_____ **B. Limitaciones Específicas en los Tratamientos Médicos que Yo Deseo:** (NOTA: Anote sus iniciales o marque una o más opciones, hable con su doctor sobre sus opciones.) Si yo tengo una condición mortal (estoy desahuciado/a), o estoy en una coma irreversible o en un estado vegetativo persistente que mis doctores razonablemente crean que es irreversible o incurable, yo quiero el tratamiento médico necesario para proveer el cuidado que me mantendría confortable, pero **no quiero lo siguiente:**

TESTAMENTO EN VIDA DEL ESTADO DE ARIZONA (Atención al Final de la Vida) (Continúa)

- 1.) Resucitación cardiopulmonar, por ejemplo, el uso de drogas, choques eléctricos, y respiración artificial.
- 2.) Alimento y fluidos administrados artificialmente.
- 3.) Ser llevado/a al hospital si es evitable.

C. Embarazo: Sin importar cualquier otra instrucción que yo haya dado en este Testamento en Vida, si se sabe que estoy embarazada no deseo que se retenga o que se retire el tratamiento para sostener la vida si es posible que el embrión/feto se desarrolle al punto de un nacimiento con vida con la aplicación continua del tratamiento para sostener la vida.

D. Tratamiento Hasta que Mi Condición Sea Razonablemente Conocida: Sin importar las instrucciones que yo haya dado en este Testamento en Vida, yo quiero usar toda la atención médica necesaria para tratar mi condición hasta que los doctores concluyan razonablemente que mi condición es mortal o es irreversible e incurable, o que yo esté en un estado vegetativo persistente.

E. Instrucción para Prolongar Mi Vida: Yo deseo que mi vida sea prolongada tanto como sea posible.

3. Otras Declaraciones o Deseos que Yo Quiero que Se Lleven a Cabo para el Cuidado al Final de la Vida:

NOTA: Usted puede adjuntar disposiciones o limitaciones adicionales en la atención médica que no hayan sido incluidas en esta forma de Testamento en Vida. Anote sus iniciales o ponga una marca junto a la casilla A o B abajo. Asegúrese de incluir el adjunto si selecciona la opción B.

A. Yo no he adjuntado disposiciones o limitaciones adicionales sobre el Cuidado al Final de la Vida que yo quiero.

B. Yo sí he adjuntado disposiciones o limitaciones adicionales sobre el Cuidado al Final de la Vida que yo quiero.

FIRMA O VERIFICACIÓN

A. Yo estoy firmando este Testamento en Vida como sigue:

Mi Firma: _____ Fecha: _____

B. Yo no puedo firmar físicamente este Testamento en Vida, por lo que el apoderado está verificando mis deseos como sigue:

Verificación del apoderado: Yo creo que este Testamento en Vida expresa con precisión los deseos que me comunicó a mí el/la principal de este documento. Él/ella tiene la intención de adoptar este Testamento en Vida por el momento. Él/ella no puede firmar o marcar físicamente este documento por el momento. Yo verifico que él/ella me indicó directamente que el Testamento en Vida expresa sus deseos y que él/ella tiene la intención de adoptar el Testamento en Vida por el momento.

Nombre del apoderado (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL TESTIGO

NOTA: Por lo menos un testigo adulto, no incluir el apoderado arriba, O un Notario Público deben presenciar la firma de este documento y entonces firmarlo. El testigo o Notario Público NO DEBE ser cualquier persona que: (a) sea menor de 18 años de edad; (b) esté relacionada con usted por sangre, adopción, o matrimonio; (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio; (d) sea designada como su representante; o (e) esté envuelta en el suministro del cuidado de su salud en el momento en el que esta forma es firmada. Si elige la firma de un notario público en lugar de un testigo, escriba "N/A" en cada línea de abajo y vaya a la página siguiente.

TESTAMENTO EN VIDA DEL ESTADO DE ARIZONA (Atención al Final de la Vida) (Última Página)

A. Testigo: Yo certifico que presencié la firma de este documento por el/la Principal. La persona que firmó este Testamento en Vida pareció ser de mente sana y bajo ninguna presión para tomar decisiones específicas o firmar el documento. Yo entiendo los requisitos para ser un testigo y confirmo lo siguiente:

- Actualmente no estoy designado/a para tomar decisiones médicas para esta persona.
- Yo no estoy directamente envuelto/a en la administración del cuidado de la salud de esta persona.
- Yo no tengo derecho a porción alguna del patrimonio de esta persona ante su fallecimiento bajo un testamento o por la operación de la ley.
- Yo no estoy emparentado/a con esta persona por sangre, matrimonio o adopción.

Nombre del/la Testigo (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

JURADO NOTARIAL:

NOTA: El siguiente jurado se refiere a las dos páginas anteriores del estado de Arizona poder de la salud duradera del abogado de fecha _____, 20____.

Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su formulario, usted no debería hacer un notario firmar.):

ESTADO DE ARIZONA) ss
CONDADO DE _____)

NOMBRE DEL PRINCIPAL/APODERADO

ATESTIGUO CON MI MANO Y SELLO este _____ día de ____, 20 ____

Notario Público: _____ Mi Comisión Expira: _____

OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA
Mark Brnovich



CARTA A MI/S REPRESENTANTE/S
Sobre las formas de las Carta Poder y Responsabilidades

A Mi Representante:

Nombre: _____
Domicilio: _____

A Mi Representante Alterno:

Nombre: _____
Domicilio: _____

A. Lo que Yo le Pido que Haga por Mí: Las leyes de Arizona me permiten tomar ciertas decisiones médicas y financieras con respecto a lo que yo deseo en el futuro si llego a no poder tomar ciertas decisiones por mí mismo/a. Yo he llenado el/los siguiente/s documento/s, y quiero que usted sea mi representante o representante alterno para los siguientes propósitos. (Anote sus iniciales o marque uno o más de lo siguiente):

- ____1. Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud
- ____2. Carta Poder Duradera para el Cuidado de la Salud Mental

B. Porqué Nombré a un Representante Alterno: Yo escogí a dos representantes en caso de que uno de ustedes no pueda representarme cuando llegue el momento. Le pido que acepte el que yo le haya seleccionado como mi representante alterno. Si usted no me regresa a mí esta/estas forma/s de Carta Poder o si me informa lo contrario, yo asumiré que usted está de acuerdo en ser mi representante.

C. Sus responsabilidades como Mi Representante: Al seleccionarle a usted, yo quiero que usted tome algunas decisiones muy importantes para mí sobre mis necesidades futuras del cuidado de la salud si no llego a no poder tomar dichas decisiones por mí mismo/a. Es posible que usted necesite llevar a cabo mis elecciones médicas como se indica en las Cartas Poder adjuntas, aún si usted no está de acuerdo con ellas. Por favor lea las copias de las Cartas Poder que le estoy proporcionando. Usted será mi voz y tomará decisiones médicas para mí. En adición a lo que yo he indicado en las Cartas Poder con respecto a mis instrucciones específicas sobre algunas cuestiones, yo confío en su juicio para que tome decisiones que crea que serán en mi mejor interés. Si en cualquier momento usted no siente que puede asumir esta responsabilidad por cualquier razón, por favor hágamelo saber. Si no está seguro con respecto a cualquiera de mis instrucciones, por favor hable conmigo. Si usted no está dispuesto a servir como mi representante, por favor déjemelo saber para que yo pueda elegir a otra persona para que me ayude.

En cuanto al Cuidado de la Salud: Usted no es financieramente responsable por pagar los costos del cuidado de mi salud simplemente por haber aceptado esta responsabilidad. Bajo la ley de Arizona, usted no es responsable legalmente por cumplir con mis decisiones como lo estipulan las Cartas Poder o por tomar otras decisiones para el cuidado de mi salud si usted actúa de buena fe.

D. Qué Más Debería Usted Hacer: Por favor conserve una copia de mis Cartas Poder y otros documentos en un lugar seguro. Por favor lea estos documentos cuidadosamente y hable sobre mis elecciones conmigo en cualquier momento. Yo les daré copias de las Cartas Poder para el cuidado de mi salud a mi médico, y les daré copias de cualquiera o de todas las Cartas Poder a mi familia y a cualquier otro representante que yo pueda escoger. Yo le autorizo para que hable con ellos con respecto a las Cartas Poder, incluyendo, como sea aplicable, mi situación médica, o cualquier inquietud médica sobre mí. Por favor trabaje con ellos y ayúdelos a actuar en conformidad con mis deseos y mis mejores intereses. Aprecio su apoyo, y le agradezco su disposición para ayudarme de esta manera.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde: _____

DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA PRE-HOSPITALIZACIÓN (NO RESUCITAR)

(IMPORTANTE- ESTE DOCUMENTO DEBE IMPRIMIRSE EN PAPEL COLOR NARANJA)

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES: Una Directiva de Atención Médica Pre-hospitalización es un documento firmado por usted y su doctor que le informa a los técnicos de emergencias médicas (EMT por sus siglas en inglés) o al personal de la sala de emergencia que no le resuciten. A este documento en ocasiones se le llama No Resucitar (DNR por sus siglas en inglés). Si usted tiene esta forma, el personal EMT y otro personal de emergencia no usará equipo, drogas, o aparatos para reiniciar el corazón o la respiración, pero no suspenderán las intervenciones médicas que sean necesarias para proveer atención confortable o para aliviar el dolor. **IMPORTANTE:** Bajo la ley de Arizona una Directiva de Atención Médica Pre-hospitalización o DNR debe imprimirse en papel color naranja tamaño carta o tamaño cartera para que sea válido.

Usted puede ya sea adjuntar una imagen a esta forma, o llenar la información personal. También debe llenar la forma y firmarla ante un testigo. Su proveedor de servicios para el cuidado de la salud y su testigo deben firmar esta forma.

1. Mi Directiva y Mi Firma:

En el evento de un paro cardiaco o respiratorio, yo me rehusó a cualquier medida de resucitación incluyendo compresiones cardiacas, intubación endotraqueal, y otra administración avanzada de las vías respiratorias, ventilación artificial, desfibrilación, administración de medicamentos cardiacos avanzados para apoyar la vida y procedimientos relacionados con una emergencia médica.

Firma del/la Paciente: _____ Fecha: _____

PROVEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Ó

ADJUNTE UNA FOTOGRAFIA RECIENTE AQUÍ:

- Mi Fecha de Nacimiento
- Mi Género/Sexo
- Mi Raza
- El Color de mis Ojos
- El Color de mi Cabello



2. Información Sobre Mi Doctor y el programa de Hospicio (si estoy en el programa de Hospicio):

Médico: _____ Teléfono: _____

Programa de Hospicio, si es aplicable (nombre): _____

DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA PRE-HOSPITALIZACIÓN (NO RESUCITAR) (Última Página)

3. Firma del Médico o de Otro Proveedor de Servicios para el Cuidado de la Salud:

He explicado esta forma y sus consecuencias al/la firmante y el/la firmante me aseguró que entiende que el resultado de cualquier atención rechazada arriba mencionada puede resultar en la muerte.

Firma del Proveedor de Servicios para el Cuidado de la Salud con Licencia: _____ Fecha: _____

4. Firma del/la Testigo de Mi Directiva:

NOTA: Por lo menos un testigo adulto O un Notario Público deben presenciar la firma de este documento. El testigo o Notario Público NO DEBE ser cualquier persona que: (a) sea menor de 18 años de edad; (b) esté relacionada con usted por sangre, adopción, o matrimonio; (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio; (d) sea designada como su representante; o (e) esté envuelta en el suministro del cuidado de su salud en el momento en el que esta forma sea firmada.

Yo estuve presente cuando esta forma fue firmada (o marcada). El/la paciente pareció ser de mente sana y bajo ninguna coerción.

Firma: _____ Fecha: _____