

# Instrucción anticipada de atención de salud de Indiana

Indiana Advance Health Care Directive

**Este formulario le permite indicar cómo desea ser atendido si usted no puede hablar por sí mismo.**

This form lets you have a say about how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

**Este formulario consta de 3 partes:** This form has 3 parts:

## Parte 1 **Escoja a su representante de atención médica, página 3**

Part 1: Choose your health care representatives, Page 3

Un representante de atención médica es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo.

A health care representative is a person who can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

Usted puede escoger a uno o más representantes de atención médica para representarle. You can choose one or more health care representatives to be your advocate.

A veces, también se les llama persona decisora, sustituto, agente, o delegado.

Sometimes, they are also called a medical decision maker, surrogate, agent, or proxy.

## Parte 2 **Tomar sus propias decisiones de atención de salud, página 7**

Part 2: Make your own health care choices, page 7

Este formulario le permite escoger el tipo de atención de salud que desea. De esta manera, las personas encargadas de su cuidado no tendrán que adivinar lo que desea si no puede decirlo por usted mismo.

This form lets you choose the kind of health care you want. This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are not able to tell them yourself.

## Parte 3 **Firmar el formulario, página 13**

Part 3: Sign the form, page 13

El formulario se debe firmar antes de que se pueda usar.

The form must be signed before it can be used.

**Usted puede llenar la Parte 1, la Parte 2, o ambas.** You can fill out Part 1, Part 2, or both.

**Llene solamente las partes que desee. Siempre firme el formulario en la Parte 3.**

Fill out only the parts you want. Always sign the form in Part 3.

**2 testigos deben firmar en la página 14, o un oficial notarial en la página 15.**

2 witnesses need to sign on Page 14, or a notarial officer on Page 15.

## Este es un formulario legal que le permite ser partícipe en su atención médica.

This is a legal form that lets you have a voice in your health care.

Le permitirá a su familia, amigos y proveedores médicos saber cómo desea ser atendido si usted no puede hablar por sí mismo.

It will let your family, friends, and medical providers know how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

### ¿Qué debo hacer con este formulario? What should I do with this form?

- Por favor comparta este formulario con sus representantes de atención médica, familia, amigos, y proveedores médicos. Please share this form with your health care representatives, family, friends, and medical providers.
- Por favor comparta este formulario con sus representantes de atención médica, familia, amigos, y proveedores médicos. Please share this form with your health care representatives, family, friends, and medical providers.

### ¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el formulario? What if I have questions about the form?

- Está bien omitir cualquier parte de este formulario si tiene preguntas o no desea responder. It is OK to skip any part of this form if you have questions or do not want to answer.
- Pídale a sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, familiares o amigos que respondan sus preguntas. Ask your doctors, nurses, social workers, family, or friends to help.
- También los abogados pueden ayudar. Este formulario no da consejos legales. Lawyers can help too. This form does not give legal advice.

### ¿Qué sucede si tengo decisiones de atención de salud que no aparecen en este formulario?

What if I want to make health care choices that are not on this form?

- En la página 12, puede anotar cualquier otra cosa que sea importante para usted. On page 12, you can write down anything else that is important to you.



### ¿Cuándo debiera de llenar este formulario de nuevo? When should I fill out this form again?

- Si cambia de opinión sobre sus opciones de atención médica If you change your mind about your health care choices
- Si tiene cambios en su salud If your health changes
- Si quiere cambiar a sus representantes de atención médica If you want to change your health care representatives
- Si su cónyuge es su representante de atención médica, y se divorcian, esa persona ya no será su representante de atención médica. If your spouse is your health care representative, and you divorce, that person will no longer be your health care representative.

Entregue el nuevo formulario a sus representantes de atención médica y a sus proveedores médicos. Give the new form to your health care representatives and medical providers.

Destruya los formularios anteriores para demostrar que estos ya no son sus deseos. Destroy old forms to show they are no longer your wishes.

**Comparta este formulario y sus deseos médicos con sus familiares, amigos y proveedores médicos.** Share this form and your choices with your family, friends, and medical providers.

# Parte 1

## Escoja a sus representantes de atención médica

Part 1: Choose your health care representative

**Escoja a uno o más representantes de atención médica. Ellos pueden tomar decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo.**

Choose one or more health care representatives. They can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

**Un buen representante de atención médica es un familiar o amigo que:**

A good health care representative is a family member or friend who:

- tiene 18 años de edad o más is 18 years of age or older
- puede hablar con usted sobre sus deseos can talk to you about your wishes
- puede estar con usted cuando usted lo necesite can be there for you when you need them
- es de confianza para seguir sus deseos y hacer lo que es mejor para usted you trust to follow your wishes and do what is best for you
- es de confianza para tener conocimiento sobre su información médica you trust to know your medical information
- no tiene miedo de hacerles preguntas a los doctores y expresar los deseos de usted is not afraid to ask doctors questions and speak up about your wishes

**¿Qué sucede si no elijo a un representante de atención médica?** What will happen if I do not choose a health care representative?

Si usted no es capaz de tomar sus propias decisiones, sus médicos le pedirán a sus familiares y amigos mayores de edad (enumerados en orden según la ley de Indiana) o a un juez que tomen decisiones por usted. **Es posible que esta persona no sepa sobre sus deseos médicos.** If you are not able to make your own decisions, your doctors will turn to adult family or friends (listed in order in Indiana law) or a judge to make decisions for you. This person may not know what you want.

**Si usted no es capaz, su representante de atención médica podrá elegir lo siguiente por usted:** If you are not able, your health care representatives can choose these things for you:

- médicos, enfermeras, trabajadores sociales, cuidadores doctors, nurses, social workers, caregivers
- hospitales, clínicas, o casa de reposo hospitals, clinics, nursing homes
- medicamentos, exámenes, o tratamientos medications, tests, or treatments
- quien puede ver su expediente médico who can look at your medical information
- lo que sucederá con su cuerpo y órganos después de su muerte what happens to your body and organs after you die
- quién puede ver su información financiera para postular a beneficios que cubran su cuidado médico who can look at your financial information to apply for benefits that would pay for your health care

**Decisiones sobre el final de la vida que sus representantes de atención médica pueden tomar:** End of life decisions your health care representatives can make:

- llamar a un guía espiritual call in a religious or spiritual leader
- decidir si muere en su casa o en el hospital decide if you die at home or in the hospital
- decidir acerca de una autopsia y donación de órganos decide about autopsy or organ donation
- decidir si será sepultado o cremado decide about burial or cremation

**Estas son otras decisiones que sus representantes de atención médica pueden tomar:** Here are more decisions your health care representatives can make:

**Iniciar o suspender tratamientos de soporte vital, tales como:**

Start or stop life support or medical treatments, such as:

- **RCP o reanimación cardiopulmonar** CPR or cardiopulmonary resuscitation

cardio = corazón • pulmonar = pulmones • reanimación = intento de resucitación  
 cardio = heart • pulmonary = lungs • resuscitation = try to bring back



**Estos tratamientos pueden implicar:** This may involve:

- presionar con fuerza el pecho para intentar mantener la circulación de la sangre pressing hard on your chest to try to keep your blood pumping
- descargas eléctricas para intentar que el corazón vuelva a palpar electrical shocks to try to jump start your heart
- medicamentos a través de las venas medicines in your veins

- **Respirador artificial** Breathing machine or ventilator

El respirador bombea aire a los pulmones e intenta respirar por usted. Usted no puede hablar cuando se encuentra conectado al respirador.  
 The machine pumps air into your lungs and tries to breathe for you. You are not able to talk when you are on the machine.



- **Diálisis** Dialysis

Una máquina que intenta limpiar la sangre si los riñones dejan de funcionar.  
 A machine that tries to clean your blood if your kidneys stop working.

- **Sonda de alimentación** Feeding Tube

Un tubo que se usa para intentar alimentarle si no puede beber o comer. Este tubo se inserta por su nariz hacia su garganta y estómago. También se puede colocar mediante una cirugía directamente al estómago.  
 A tube used to try to feed you if you cannot swallow. The tube can be placed through your nose down into your throat and stomach. It can also be placed by surgery into your stomach.



- **Transfusión intravenosa de sangre y agua** Blood and water transfusions (IV)

Poner sangre y agua dentro su cuerpo. To put blood and water into your body.

- **Cirugía** Surgery

- **Medicamentos** Medicines

- **Tratamientos de salud mental** Mental health treatment

**Al firmar este formulario, usted le da permiso a sus representantes de atención médica a:** By signing this form, you allow your health care representatives to:

- aceptar, rechazar o retirar cualquier soporte vital o tratamiento médico si usted no puede hablar por sí mismo agree to, refuse, or withdraw any life support or medical treatment if you are not able to speak for yourself
- decidir qué le sucede a su cuerpo después de morir, como donación de órganos, autopsia, y planes para su funeral decide what happens to your body after you die, such as organ donation, autopsy, and funeral plans

Si hay decisiones que no desea que se hagan, escríbalas aquí: If there are decisions you do not want them to make, write them here:



## ¿Por qué eligió a sus representantes de atención médica?

Why did you choose your health care representatives?

**Si quiere, puede escribir por qué eligió a sus representantes de atención médica #1 y #2.** If you want, you can write why you chose your #1 and #2 health care representatives.

**Escriba el nombre de cualquier persona que NO quiere que ayude a tomar decisiones médicas por usted.** Write down anyone you would NOT want to help make medical decisions for you.

## ¿Qué tan estrictamente quiere que sus representantes de atención médica sigan los deseos en este formulario si usted no es capaz de hablar por sí mismo?

How strictly do you want your health care representatives to follow the wishes on this form if you are not able to speak for yourself?

La flexibilidad le da a sus representantes de atención médica la libertad de trabajar con sus doctores y cambiar las decisiones médicas que usted tomó antes, si los doctores piensan que hay una mejor opción en el momento. Flexibility allows your health care representatives to change your prior decisions if doctors think something else is better for you at that time..

Las decisiones previas pueden ser los deseos que usted escribió o discutió con sus representantes de atención médica. Puede escribir sus deseos en la Parte 2 del formulario.

Prior decisions may be wishes you wrote down or talked about with your health care representatives. You can write your wishes in Part 2 of the form.

**Marque una opción con la cual esté más de acuerdo.** Check the one choice you most agree with.

- Flexibilidad Total:** Está bien que mis representante de atención médica cambien cualquiera de mis decisiones médicas si los doctores piensan que es lo mejor para mí en ese momento. Total Flexibility: It is OK for my health care representatives to change any of my medical decisions if my doctors think it is best for me at that time.
- Flexibilidad Limitada:** Está bien que mis representantes de atención médica cambien algunas de mis decisiones médicas si los doctores piensan que es lo mejor. Pero, algunos de mis deseos jamás quiero que se cambien. Estos son: Some Flexibility: It is OK for my health care representatives to change some of my decisions if the doctors think it is best. But, these wishes I NEVER want changed:
- Ninguna Flexibilidad:** Quiero que mis representantes de atención médica sigan mis deseos médicos exactos en todo momento. NO ESTÁ BIEN cambiar mis decisiones aunque los doctores lo recomienden. No Flexibility: I want my health care representatives to follow my medical wishes exactly. It is NOT OK to change my decisions, even if the doctors recommend it.

**Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera.** If you want, you can write why you feel this way.

**Para tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página 7. Si ha terminado, debe firmar este formulario en la página 13. Por favor comparta sus deseos con sus familiares, amigos y proveedores médicos.**

To make your own health care choices, go to Part 2 on page 7. If you are done, you must sign this form on page 13. Please share your wishes with your family, friends, and medical providers.



# Parte 2

## Tomar sus propias decisiones de atención de salud

Sólo llene las preguntas que quiera.

Make your own health care choices  
Fill out only the questions you want.

### ¿Cómo prefiere tomar decisiones médicas? How do you prefer to make medical decisions?

Algunas personas prefieren tomar sus propias decisiones médicas. Algunas personas prefieren las opiniones de otros (familiares, amigos y proveedores médicos) antes de tomar una decisión. Y, algunas personas prefieren que otras personas tomen decisiones por ellos. Some people prefer to make their own medical decisions. Some people prefer input from others (family, friends, and medical providers) before they make a decision. And, some people prefer other people make decisions for them.

**Tome nota:** Los proveedores médicos no pueden tomar decisiones por usted. Ellos solo pueden hacerlo si se trata de una emergencia y sus representantes de atención médica no logran ponerse de acuerdo. Please note: Medical providers cannot make decisions for you. The only time they can is if it is an emergency and your health care representatives cannot agree.

### ¿Cómo prefiere tomar decisiones médicas? How do you prefer to make medical decisions?

I prefer to make medical decisions on my own without input from others.

- Prefiero tomar decisiones médicas sin las opiniones de otras personas.
- Prefiero tomar decisiones médicas solo después de recibir las opiniones de otras personas. I prefer to make medical decisions only after input from others.
- Prefiero que otras personas tomen decisiones médicas por mí. I prefer to have other people make medical decisions for me.

**Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera, y quién desea que dé sus opiniones.** If you want, you can write why you feel this way, and who you want input from.

### ¿Qué es lo que más importa en la vida? La calidad de vida es diferente para cada persona. What matters most in life? Quality of life differs for each person.

#### ¿Qué es lo más importante en su vida? What is most important in your life?

Escoja todas las que quiera  
Check as many as you want.

- Su familia o amigos Your family or friends \_\_\_\_\_
- Sus mascotas Your pets \_\_\_\_\_
- Pasatiempos, como la jardinería, caminatas, y cocinar Hobbies, such as gardening, hiking, and cooking  
Sus pasatiempos Your hobbies \_\_\_\_\_
- Trabajo o trabajar como voluntario. Working or volunteering \_\_\_\_\_
- Cuidarse a sí mismo y ser independiente Caring for yourself and being independent
- No ser una carga para su familia Not being a burden on your family
- Religión y espiritualidad: Su religión Religion or spirituality: Your religion \_\_\_\_\_
- Alguna otra cosa Something else \_\_\_\_\_

¿Qué trae felicidad a su vida? ¿Qué es lo que más espera que ocurra en su vida?  
What brings your life joy? What are you most looking forward to in life?

**¿Qué es lo que más importa para su cuidado médico? Esto es diferente para cada persona.** *What matters most for your medical care? This differs for each person.*

Para algunas personas, lo más importante es mantenerse con vida el mayor tiempo posible incluso si: *For some people, the main goal is to be kept alive as long as possible even if:*

- Tienen que estar conectados a máquinas y están sufriendo *They have to be kept alive on machines and are suffering*
- Están demasiado enfermos para hablar con sus familiares y amistades *They are too sick to talk to their family and friends*

Para otras personas, lo más importante es enfocarse en su calidad de vida y comodidad.

*For other people, the main goal is to focus on quality of the life and being comfortable.*

- Estas personas prefieren una muerte natural, y no ser conectadas a máquinas para seguir con vida *These people would prefer a natural death, and not be kept alive on machines*

Otras personas están en un punto intermedio. **¿Qué es importante para usted?**

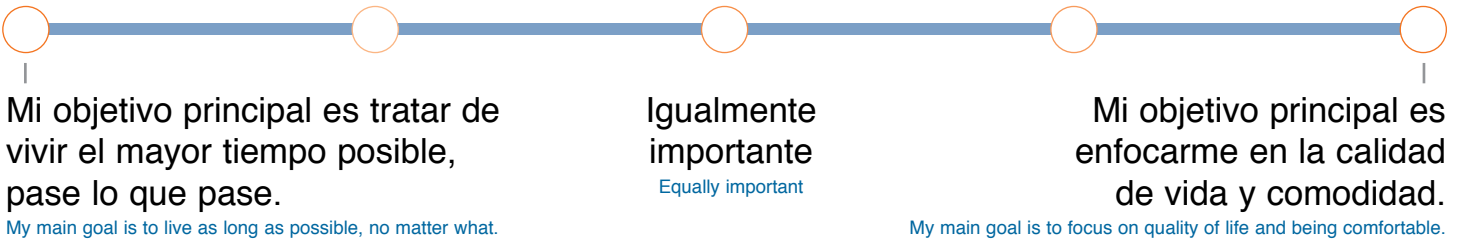
*Other people are somewhere in between. What is important to you?*

Sus objetivos pueden cambiar entre hoy con su salud actual, y al final de la vida.

*Your goals may differ today in your current health than at the end of life.*

**HOY, EN SU ESTADO ACTUAL DE SALUD** *TODAY, IN YOUR CURRENT HEALTH*

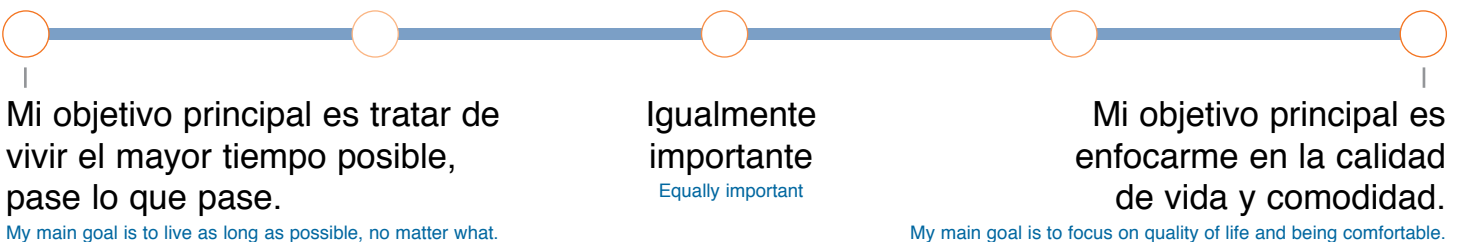
**Marque una opción sobre la balanza para mostrar como se siente hoy en su estado actual de salud.** *Check one choice along this line to show how you feel today, in your current health.*



**Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera.** *If you want, you can write why you feel this way.*

**AL FINAL DE LA VIDA** *AT THE END OF LIFE*

**Marque una opción sobre la balanza para mostrar como se sentiría si estuviera tan enfermo que pudiera morir pronto.** *Check one choice along this line to show how you would feel if you were so sick that you may die soon.*



**Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera.** *If you want, you can write why you feel this way.*



**La calidad de vida es diferente para cada persona al final de la vida.**

**¿Qué sería lo más importante para usted?**

Quality of life differs for each person at the end of life. What would be most important to you?

**AL FINAL DE LA VIDA** AT THE END OF LIFE

**Algunas personas están dispuestas a pasar por mucho para tener la oportunidad de vivir más tiempo.** Some people are willing to live through a lot for a chance of living longer.

**Otras personas ya saben que ciertas cosas afectarían negativamente su calidad de vida.** Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

- Estas cosas pudieran hacerles preferir enfocarse en su comodidad en lugar de intentar vivir el mayor tiempo posible. Those things may make them want to focus on comfort rather than trying to live as long as possible.

**Al final de la vida, ¿cuáles de las siguientes cosas afectarían negativamente su calidad de vida?**

**Escoja todas las que quiera.** At the end of life, which of these things would be very hard on your quality of life? Check as many as you want.

- No poder despertar nunca de un coma ni poder hablar con familiares y amigos Being in a coma and not able to wake up or talk to my family and friends
- No poder vivir sin estar conectado a máquinas Not being able to live without being hooked up to machines
- No poder pensar por mí mismo, como en caso de demencia severa Not being able to think for myself, such as severe dementia
- No poder alimentarme, bañarme, o cuidarme a mí mismo Not being able to feed, bathe, or take care of myself
- No poder vivir por mi cuenta, como vivir en una casa de reposo Not being able to live on my own, such as in a nursing home
- Tener dolor o malestar constante y severo Having constant, severe pain or discomfort
- Alguna otra cosa \_\_\_\_\_ Something else
- O, estoy dispuesto a enfrentar todas estas cosas para tener la oportunidad de vivir más tiempo.** OR, I am willing to live through all of these things for a chance of living longer.

**Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera.** If you want, you can write why you feel this way.

**¿Qué experiencias ha tenido con enfermedades serias o con alguien cercano a usted que estaba muy enfermo o muriendo?** What experiences have you had with serious illness or with someone close to you who was very sick or dying?

- Si quiere, puede escribir qué salió bien o qué no salió bien, y por qué. If you want, you can write down what went well or did not go well, and why.

**Si estuviera muriendo, ¿en donde quisiera estar?** If you were dying, where would you want to be?

- en casa at home
- en el hospital in the hospital
- cualquiera de las dos opciones either
- No estoy seguro I am not sure

**¿Qué otra cosa sería importante, como comida, música, mascotas, o gente que quisiera a su alrededor?** What else would be important, such as food, music, pets, or people you want around you?

## ¿Cómo equilibra su calidad de vida y su atención médica?

**A veces las enfermedades y los tratamientos que son utilizados para ayudar a las personas a vivir más tiempo pueden causar dolor, efectos secundarios e incapacidad para cuidarse a sí mismo.**

*How do you balance quality of life with medical care? Sometimes illness and the treatments used to try to help people live longer can cause pain, side effects, and the inability to care for yourself.*

**Por favor, lea esta página completamente antes de tomar sus decisiones.**

*Please read this whole page before making a choice.*

**AL FINAL DE LA VIDA algunas personas están dispuestas a pasar por mucho para tener la oportunidad de vivir más tiempo. Otras personas ya saben que ciertas cosas afectarían negativamente su calidad de vida.**

*AT THE END OF LIFE, some people are willing to live through a lot for a chance of living longer. Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.*

Los tratamientos de soporte vital pueden ser RCP, respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis o transfusiones de sangre.

*Life support treatment can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, or transfusions.*



**Marque una opción con la cual esté más de acuerdo.**

*Check the one choice you most agree with.*

**Si estuviera tan enfermo que pudiera morir pronto, ¿cuál sería su preferencia?**

*If you were so sick that you may die soon, what would you prefer?*

- Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital** que mis médicos crean que pueden ayudar. **Quiero permanecer en tratamientos de soporte vital**, incluso si hay pocas esperanzas de mejorarme o vivir una vida que valoro. *Try all life support treatments that my doctors think might help. I want to stay on life support treatments even if there is little hope of getting better or living a life I value.*
- Deseo probar tratamientos de soporte vital** que mis médicos crean que pueden ayudar. Pero, **NO DESEO permanecer en tratamientos de soporte vital** si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de mejorarme o vivir una vida que valoro. *Do a trial of life support treatments that my doctors think might help. But, I DO NOT want to stay on life support treatments if the treatments do not work and there is little hope of getting better or living a life I value.*
- No deseo tratamientos de soporte vital**, y quisiera enfocarme en sentirme cómodo. Prefiero tener **una muerte natural**. *I do not want life support treatments, and I want to focus on being comfortable. I prefer to have a natural death.*

**¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y sus representantes de atención médica acerca de su decisión? O, ¿por qué eligió esta opción?**

*What else should your medical providers and health care representatives know about this choice? Or, why did you choose this option?*

---



---



---



---

## Comida y agua artificiales: Artificial food and water:

Marque **una** opción con la cual esté más de acuerdo.

Check the one choice you most agree with.

Si estuviera tan enfermo que pudiera morir pronto, ¿cuál sería su preferencia?

If you were so sick that you may die soon, what would you prefer?

- Quiero** comida y agua por medio de tubos de alimentación y transfusiones (IV) incluso si hay pocas esperanzas de mejorarme o vivir una vida que valoro. I want food and water by feeding tubes and transfusions (IV) even if there is little hope of getting better or living a life I value.
- Hacer una **prueba** de comida y agua mediante tubos (IV) si mis doctores piensan que esto pudiera ayudar. Pero, **quiero detenerlos** si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de mejorarme o vivir una vida que valoro. Do a trial of food and water by feeding tubes and transfusions (IV) if my doctors think they might help. But, I want to stop them if the treatments do not work and there is little hope of getting better or living a life I value.
- No quiero** comida ni agua por medio de tubos de alimentación y transfusiones (IV) si hay pocas esperanzas de mejorarme o vivir una vida que valoro. I do not want food and water by feeding tubes and transfusions (IV) if there is little hope of getting better or living a life I value.
- Quiero que mis **representantes de atención médica decidan** sobre comida y agua mediante tubos y transfusiones (IV) por mí. I want my health care representatives to decide about food and water by feeding tubes and transfusions (IV) for me.



Si no soy capaz de compartir mis deseos, quiero que los deseos que están en este formulario se cumplan. If I am not able to share my wishes, I want the wishes on this form to be honored.

Entiendo completamente lo que estas opciones significan. I fully understand what these options mean.

¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y sus representantes de atención médica acerca de su decisión? O, ¿por qué eligió esta opción? What else should your medical providers and health care representatives know about this choice? Or, why did you choose this option?

---



---



---



---



---

**Se le puede preguntar a sus representantes de atención médica sobre la donación de sus órganos y autopsia después de morir. Usted puede decirles a sus representantes de atención médica lo que quiere abajo.** Your health care representatives may be asked about organ donation and autopsy after you die. You can tell your health care representatives what you want below.

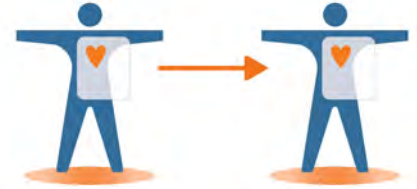
**DONACIÓN DE ORGANOS** ORGAN DONATION

**Algunas personas deciden donar sus órganos o partes del cuerpo a otras personas. ¿Cuál sería su preferencia?** Some people decide to donate their organs or body parts. What do you prefer?

**Deseo donar mis órganos o partes del cuerpo.** I want to donate my organs or body parts.

¿Qué órgano o parte del cuerpo desea donar? Which organ or body part do you want to donate?

- Cualquier órgano o parte del cuerpo Any organ or body part
- Sólo Only \_\_\_\_\_



**No deseo donar mis órganos o partes del cuerpo.** I do not want to donate my organs or body parts.

¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y representantes de atención médica sobre la donación de sus órganos o partes del cuerpo? What else should your medical providers and health care representatives know about donating your organs or body parts?

**AUTOPSIA** AUTOPSY

**Se puede realizar una autopsia después de la muerte para saber por qué murió una persona. Se realiza mediante una cirugía. Puede tomar algunos días.**

An autopsy can be done after death to find out why someone died. It is done by surgery. It can take a few days.

- Deseo una autopsia.** I want an autopsy.
- No deseo una autopsia.** I do not want an autopsy.
- Deseo una autopsia sólo si existe alguna duda sobre mi muerte.** I only want an autopsy if there are questions about my death.



**DESEOS FÚNEBRES O DE SEPULTURA** FUNERAL OR BURIAL WISHES

**¿Qué debieran saber sus proveedores médicos y sus representantes de atención médica sobre la forma en que desea que se trate su cuerpo después de morir, y sus deseos fúnebres o de sepultura?** What should your medical providers and health care representatives know about how you want your body to be treated after you die, and your funeral or burial wishes?

- ¿Tiene usted deseos religiosos o espirituales? Do you have religious or spiritual wishes?
- ¿Tiene usted deseos fúnebres o de sepultura? Do you have funeral or burial wishes?



# Parte 3

## Firmar el formulario Part 3: Sign the form



**Antes de que se pueda usar este formulario, usted debe:** Before this form can be used, you must:

**1. Firme este formulario** Sign this form

**2. Haga que 2 personas o un oficial notarial atestigüen que usted firmó este formulario. Usted y sus testigos deben tener al menos 18 años de edad.**

Have 2 people or a notarial officer witness that you signed this form. You and your witnesses must be 18 years of age or older

Sus testigos: Your witnesses:

- no pueden ser su representantes de atención médica cannot be your health care representatives
- no pueden ayudarle a usted a firmar este formulario con su nombre cannot help you sign your name on this form
- no pueden ambos tener parentesco con usted pero uno de ellos sí puede tener parentesco con usted cannot both be related to you, but one witness can be related to you

Usted y sus testigos u oficial notarial deben firmar al mismo tiempo. You and your witnesses or notarial officer must sign at the same time.

**Usted tiene 3 opciones para firmar este formulario con sus testigos.**

You have 3 options to sign this form with your witnesses.

Un oficial notarial puede realizar las primeras 2 opciones, pero no la tercera.

A notarial officer can do the first 2 options, but not the 3<sup>rd</sup> option.

**Opción 1 En persona** In person

**Opción 2 Por video en vivo con una computadora, teléfono, u otro dispositivo.** Usted puede ver y oír a todos, y ellos pueden oírle y verle firmar el formulario. By live video on a computer, phone, or other device. You can see and hear everyone, and they can see and hear you sign the form.

**Opción 3 Solo por audio con un teléfono, tableta, o computadora (testigos solamente).** Usted puede oír a todos y ellos pueden oírle a usted, pero no pueden verse. **Un oficial notarial no puede realizar esta opción.** By audio only on a phone, tablet or computer (witnesses only). You can hear everyone, and they can hear you, but you cannot see each other. A notarial officer cannot do this option.

**Cuando todos estén listos para verle firmar el formulario, escriba su nombre y ponga la fecha abajo.** When everyone is ready to witness you signing this form, write your name and write the date below.

- Usted puede pedirle a otra persona que firme por usted si usted no puede firmar por sí mismo. You can tell someone to sign for you if you cannot sign yourself.
- La persona ayudándole a firmar no puede ser un testigo u oficial notarial. The person helping you sign the form cannot be a witness or notarial officer
- Usted y sus testigos, o el oficial notarial, también pueden firmar este formulario electrónicamente. You, your witnesses, and a notarial officer can also sign this form electronically.

firma sign your name

fecha today's date

primer nombre en letra de molde first name

apellido en letra de molde last name

fecha de nacimiento DOB

dirección address

ciudad city

estado state

código postal zip code

**Si no tiene testigos, un oficial notarial debe firmar en la página 15.**

If you do not have witnesses, a notary must sign on Page 15.



**Testigos** Witnesses

Por medio de nuestra firma, damos fe que \_\_\_\_\_ (la persona nombrada en la página 13) firmó este formulario, esta persona tenía pleno uso de sus capacidades mentales y no fue forzada a firmar. También damos fe que:

By signing, we promise that the person named on Page 13 signed this form, they were thinking clearly, and were not forced to sign. We also promise that:

- Conocemos a esta persona o la persona puede demostrar quién es We know this person, or they proved who they were
- Tenemos 18 años de edad o más We are 18 years of age or older
- No somos sus representantes de atención médica We are not their health care representative
- No le ayudamos a firmar este formulario We did not help them sign their name to this form
- Al menos uno de nosotros no tiene parentesco con esta persona ya sea por sangre, matrimonio, o adopción. At least one of us is not related to them by blood, marriage, or adoption

También damos fe que la persona firmó este formulario mientras nosotros (marque solo una opción): We also promise that they signed this form while we (mark only one):

- Nos reunimos en persona Met in person
- Le vimos y escuchamos firmar a través de una videollamada en vivo usando una computadora, teléfono, u otro dispositivo. La persona también nos podía ver y escuchar. Saw and heard them sign on a live video call using a computer, phone, or other device. They could also see and hear us.
- Le escuchamos firmar mientras oíamos a través de un teléfono, computadora, u otro dispositivo. Heard them sign while we listened on a phone, computer, or other device

**Podíamos escucharle pero no verle**, también damos fe que seguimos la ley de Indiana ya que le hicimos preguntas para asegurarnos que sí era la persona. Estas son las preguntas que le hicimos y sus respuestas: If we could hear but not see them, we also promise we followed Indiana law because we asked them questions to make sure it was really them. Here are the questions we asked and their answers:

- ¿Cuándo es su cumpleaños? What is your birthday? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es su dirección? What is your address? \_\_\_\_\_
- Otra pregunta: Other question: \_\_\_\_\_  
 Respuesta: Answer: \_\_\_\_\_

**Si no estábamos juntos personalmente**, firmamos copias diferentes del formulario y enviaremos nuestras copias para que la persona las junte If we were not in person, we signed different copies of the form and will send our copies to them to put them together

**Testigo 1** Witness #1

\_\_\_\_\_

firma signature fecha date

---

\_\_\_\_\_

primer nombre en letra de molde print first name apellido en letra de molde print last name

---

\_\_\_\_\_

dirección address ciudad city estado state código postal zip code

**Testigo 2** Witness #2

\_\_\_\_\_

firma signature fecha date

---

\_\_\_\_\_

primer nombre en letra de molde print first name apellido en letra de molde print last name

---

\_\_\_\_\_

dirección address ciudad city estado state código postal zip code

**Oficial notarial** Notarial Officer

Usted solo puede recurrir a un oficial notarial si este puede verle y escucharle al firmar en persona o en video en vivo. Usted debe además: You can only use a notarial officer if they can see and hear you when you sign in person or on live video. You must also be able to:

- probar quién es usted con una identificación con fotografía (licencia de conducir o pasaporte) prove who you are with a photo ID (driver’s license or passport)
- **o**, responder a las preguntas del oficial notarial para confirmar quién es usted or, answer the notarial officer’s questions to confirm who you are

**State of Indiana**

SS: \_\_\_\_\_

County of \_\_\_\_\_

Before me, a Notary Public, personally appeared \_\_\_\_\_ (name of signing Declarant), who acknowledged the execution of the foregoing Advance Directive as his or her voluntary act, and who, having been duly sworn, stated that any representations therein are true.

Witness my hand and Notarial Seal on this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature of Notary Public

\_\_\_\_\_  
Notary’s Printed Name (if not on seal)

\_\_\_\_\_  
Commission Number (if not on seal)

\_\_\_\_\_  
Commission Expires (if not on seal)

\_\_\_\_\_  
Notary’s County of Residence

**Ha terminado de llenar este formulario.** You are now done with this form.

**Comparta este formulario con sus familiares, amigos y proveedores médicos. Hable con ellos sobre sus deseos médicos. Para obtener más información, vaya a [www.prepareforyourcare.org](http://www.prepareforyourcare.org)** Share this form with your family, friends, and medical providers. Talk with them about your medical wishes. To learn more go to [www.prepareforyourcare.org](http://www.prepareforyourcare.org)

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, 2016. Todos los derechos reservados. Revisado en 2021. Nadie puede reproducir este formulario por ningún medio con fines comerciales o agregar o modificar este formulario de ninguna manera sin un acuerdo de licencia y permiso por escrito de los Regentes. Los Regentes no ofrecen garantías sobre este formulario. Para obtener más información sobre esto y los términos de uso, vaya a [www.prepareforyourcare.org](http://www.prepareforyourcare.org)  
Copyright © The Regents of the University of California, 2016. All rights reserved. Revised 2021. No one may reproduce this form by any means for commercial purposes or add to or modify this form in anyway without a licensing agreement and written permission from the Regents. The Regents makes no warranties about this form. To learn more about this and the terms of use, go to [www.prepareforyourcare.org](http://www.prepareforyourcare.org)

