

Instrucción anticipada de atención de salud de Ohio

Ohio 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 Escoger una persona decisora, página 3

Part 1: Choose a medical decision maker, page 3

Una persona decisora es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo.

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

Esta persona será su representante. This person will be your advocate.

También se les llama un agente de salud, un apoderado, o un sustituto.

They are also called a health care agent, attorney in fact, or surrogate.



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.

Es necesario que 2 testigos firmen en la página 14, o que un notario firme en la página 15. 2 witnesses need to sign on page 14, or a notary 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 familiares, amigos y proveedores médicos.
Please share this form with your family, friends, and medical providers.
- Por favor, asegurese de que existan copias de este formulario en su expediente médico en todos los lugares donde recibe atención médica.
Please make sure copies of this form are placed in your medical record at all the places you get care.

¿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 cambia de opinión sobre su persona decisora If your medical decision maker changes

Entregue el nuevo formulario a su persona decisora y proveedores médicos.

Give the new form to your medical decision maker and medical providers.

Destruya los formularios anteriores. Destroy old forms.

Nos hemos asegurado de que este formulario legal sea de fácil lectura. Pero, la ley de Ohio requiere que usemos términos y palabras legales también. Esos términos legales se encuentran al final de este formulario. La ley de Ohio requiere que usted los lea antes de firmar este formulario.

We made sure this legal form is easy to read. But, Ohio law requires us to use legal terms and words too. Those legal terms are at the end of this form. Ohio law requires that you read them before signing this form.

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

Escoger su persona decisora

Part 1: Choose your medical decision maker

Su persona decisora puede tomar decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo.

Your medical decision maker can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

Una buena persona decisora es un familiar o amigo que:

A good medical decision maker 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



A menos que sea un familiar, o miembro comprometido con su orden religiosa, legalmente su persona decisora **no puede** ser:

- su médico
- alguien que trabaje en su hospital, clínica o en el lugar donde vive o recibe atención médica
- alguien que esté a cargo de su asilo de ancianos (administrador de asilo de ancianos)

Unless they are a family member, or part of your religious order; legally your decision maker cannot be: your doctor; someone who works at your hospital, clinic, or place where you live or get care; someone who is in charge of your nursing home (nursing home administrator).

¿Qué sucede si no elijo una persona decisora? What will happen if I do not choose a medical decision maker?

Si usted no es capaz de tomar sus propias decisiones, los médicos pueden pedirle a sus familiares y amigos 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 may turn to family and friends or a judge to make decisions for you. This person may not know what you want.

Si usted no es capaz, su persona decisora podrá elegir lo siguiente por usted:

If you are not able, your medical decision maker 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



Decisiones adicionales que su persona decisora podrá tomar:

Here are more decisions your medical decision maker 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

Le pueden preguntar sobre sus deseos si estuviera en estos estados:

- **Estado de inconsistencia permanente:** significa estar en un coma (no estar consciente ni ser capaz de sentir dolor) que los médicos deciden que no mejorará.
- **Condición terminal:** significa una enfermedad sin cura y la muerte ocurrirá pronto sin soporte vital.

You may be asked about your wishes if you were in these states:

- Permanently unconscious state: means being in a coma (not aware and not able to feel pain) that doctors decide will not get better.
- Terminal condition: means a disease with no cure and death will occur soon without life-support.

Decisiones sobre el final de la vida que su persona decisora puede tomar:

End of life decisions your medical decision maker 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

Al firmar este formulario, usted le da permiso a su persona decisora a:

By signing this form, you allow your medical decision maker 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

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:



Escriba el nombre de su persona decisora. Write the name of your medical decision maker.

#1: Deseo que esta persona tome mis decisiones médicas en caso que yo no pueda tomarlas por mi cuenta: #1: I want this person to make my medical decisions if I am not able to make my own:

_____ primer nombre first name

_____ apellido last name

_____ número de teléfono 1 phone #1

_____ número de teléfono 2 phone #2

_____ relación relationship

_____ dirección address

_____ ciudad city

_____ estado state

_____ código postal zip code

#2: Si la primera persona no puede hacerlo, deseo que esta otra persona tome por mí las decisiones relacionadas con mi atención médica:

#2: If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions:

_____ primer nombre first name

_____ apellido last name

_____ número de teléfono 1 phone #1

_____ número de teléfono 2 phone #2

_____ relación relationship

_____ dirección address

_____ ciudad city

_____ estado state

_____ código postal zip code

¿Por qué eligió a su persona decisora? Why did you choose your medical decision maker?

Si quiere, puede escribir por qué eligió su persona decisora #1 y #2.

If you want, you can write why you chose your #1 and #2 decision makers.

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 su persona decisora siga sus deseos si usted no es capaz de hablar por sí mismo? How strictly do you want your medical decision maker to follow your wishes if you are not able to speak for yourself?

La flexibilidad le da a la persona decisora 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 decision maker 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 su persona decisora. Puede escribir sus deseos en la Parte 2 del formulario. Prior decisions may be wishes you wrote down or talked about with your medical decision maker. 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 mi persona decisora cambie 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 decision maker to change any of my medical decisions if my doctors think it is best for me at that time.
- Flexibilidad Limitada:** Está bien que mi persona decisora cambie 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 decision maker to change some of my decisions if the doctors think it is best. But, these wishes I NEVER want changed:
- Ninguna Flexibilidad:** Quiero que mi persona decisora siga mis deseos médicos exactos en todo momento. NO ESTÁ BIEN cambiar mis decisiones aunque los doctores lo recomienden. No Flexibility: I want my decision maker 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 dar información para ayudar en la toma de decisiones. Please note: Medical providers cannot make decisions for you. They can only give information to help with decision making.

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

- Prefiero tomar decisiones médicas sin las opiniones de otras personas. I prefer to make medical decisions on my own without input from others.
- 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 su persona decisora acerca de su decisión? O, ¿por qué eligió esta opción?

What else should your medical providers and decision maker know about this choice? Or, why did you choose this option?

Comida y agua artificiales: Artificial food and water:

Ponga sus iniciales en todas las que quiera. Initial as many as you want.

Si estoy permanentemente inconsciente (un coma que los médicos deciden que no mejorará) o si tengo una condición terminal (una enfermedad sin cura y moriré pronto sin

soporte vital): If I am permanently unconscious (a coma that doctors decide will not get better) or have a terminal condition (a disease with no cure and I will die soon without life-support):

___ Ponga sus iniciales aquí si está bien que su persona decisora y sus médicos **detengan o digan no a comida y agua por medio de tubos de alimentación y transfusiones (IV).**

Initial here to say it is OK for my medical decision maker and doctors to stop or say no to food and water by feeding tubes and transfusions (IV).



___ Ponga sus iniciales aquí si está bien que su persona decisora y sus médicos **detengan o digan no a tratamientos de soporte vital, como RCP, respirador artificial, o diálisis.**

Initial here to say it is OK for my medical decision maker and doctors to stop or say no to other life support treatments, such as CPR, breathing machines, or dialysis.



¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y su persona decisora acerca de su decisión? O, ¿por qué eligió esta opción? What else should your medical providers and decision maker know about this choice? Or, why did you choose this option?

Se le puede preguntar a su persona decisora sobre la donación de sus órganos y autopsia después de morir. Por favor, infórmenos acerca de sus deseos.

Your decision maker may be asked about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

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?

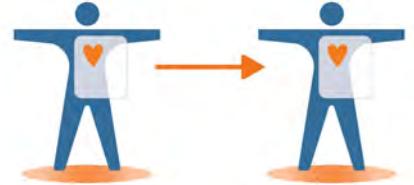
Cualquier órgano o parte del cuerpo Any organ or body part

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 su persona decisora sobre la donación de sus órganos o partes del cuerpo?

What else should your medical providers and medical decision maker 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 RELIGIOSOS O ESPIRITUALES RELIGIOUS OR SPIRITUAL WISHES

Si quiere, puede escribir cualquier deseo religioso o espiritual.

If you want, you can write down any religious or spiritual 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:

- **firmar este formulario si tiene 18 años de edad o más** sign this form if you are 18 years of age or older
- **tener dos testigos o un notario que puedan verle firmar este formulario** have two witnesses or a notary who can watch you sign this form

Firme su nombre y escriba la fecha. Sign your name and write the date.

firma signature

fecha de hoy 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

Testigos o un Notario Witnesses or Notary

Antes de que se pueda usar este formulario, usted debe pedirle a 2 testigos o a un notario que lo firmen. El trabajo de un notario es verificar que usted es quien está firmando el formulario. Before this form can be used, you must have 2 witnesses or a notary sign the form. The job of a notary is to make sure it is you signing the form.

Sus testigos deben: Your witnesses must:

- **tener 18 años de edad o más** be 18 years of age or older
- **verle firmar este formulario** see you sign the form

Sus testigos no pueden: Your witnesses cannot:

- **ser su persona decisora** be your medical decision maker
- **ser su médico** be your doctor
- **estar a cargo de su asilo de ancianos (administrador de asilo de ancianos)** be in charge of your nursing home (nursing home administrator)
- **tener parentesco con usted** be related to you in any way



Los testigos deben de firmar la página 14. Si no tiene testigos, un notario tiene que firmar la página 15.

Witnesses need to sign their names on page 14. If you do not have witnesses, a notary must sign on page 15.

Pídale a sus testigos que firmen con sus nombres y anoten la fecha.

Have your witnesses sign their names and write the date.

Por medio de mi firma, doy fe que _____ firmó este formulario mientras yo miraba. (la persona nombrada en la página 13)

By signing, I promise that [the person named on page 13] signed this form while I watched.



Esta persona tenía pleno uso de sus capacidades mentales y no fue forzada a firmar. They were thinking clearly and were not forced to sign it.

También doy fe de que: I also promise that:

- Tengo 18 años de edad o más I am 18 years of age or older
- No soy su persona decisora I am not their medical decision maker
- No soy su médico I am not their doctor
- No soy el administrador de su asilo de ancianos I am not their nursing home administrator
- No tengo un parentesco de sangre, por matrimonio ni adopción I am not related to them by blood, marriage, or adoption

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 _____

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 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



Notario Público: Lleve este formulario a un notario público SOLAMENTE si no lo han firmado dos testigos. Lleve una identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.).

Notary Public: Take this form to a notary public ONLY if two witnesses have not signed this form. Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.).

State of Ohio

County of _____

The foregoing instrument was acknowledged before me this _____ (date)
by _____ (name of person acknowledged.)

Signature of person taking acknowledgment

(Title or rank): _____

(Serial number, if any): _____



Términos legales de Ohio que debemos darle. Ohio legal terms we must give you:

Nos hemos asegurado de que este formulario legal sea de fácil lectura. We made sure this legal form is easy to read.

Pero, la ley de Ohio requiere que usemos términos y palabras legales también. But, Ohio law requires us to use legal terms and words too.

Las siguientes 3 páginas tienen el lenguaje legal que debemos darle. The next 3 pages have the legal language we must give you.

Aquí están los 4 puntos principales: Here are the 4 main points:

1. Puede escribir lo que prefiere en este formulario. You can write down what you prefer on this form.
2. Su persona decisora debe hacer su mejor esfuerzo para cumplir sus deseos. Your medical decision maker must do their best to follow your wishes.
3. Si se encuentra en un estado de inconsciencia permanente o tiene una enfermedad terminal: Para que su persona decisora pueda detener o decir no a comida y agua por medio de tubos de alimentación y transfusiones (IV) o tratamientos de soporte vital, debe poner sus iniciales en esas opciones en la página 10a. If you are in a permanently unconscious state or have a terminal illness: For your medical decision maker to be able to stop or say no to food and water by feeding tubes and transfusions (IV) or life support, you must initial those choices on page 10a.
4. Si está embarazada, el estado de Ohio pone límites sobre el tipo de decisiones que su persona decisora puede tomar por usted. If you are pregnant, the state of Ohio limits the kinds of decisions your medical decision maker can make for you.

Aviso Al Adulto Que Ejecuta Este Documento

Este es un documento legal importante. Antes de ejecutar este documento, debe conocer estos hechos:

Este es un documento legal importante. Antes de ejecutar este documento, debe conocer estos hechos:

Este documento le otorga a la persona que usted designe (su persona decisora, también conocida como un apoderado) el poder de tomar la **mayoría*** de las decisiones de atención médica por usted si pierde la capacidad de tomar decisiones informadas sobre atención médica por usted mismo. Este poder solo es efectivo cuando su médico tratante determina que ha perdido la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su atención médica y, a pesar de este documento, siempre que tenga la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su atención médica, usted conserva el derecho para tomar todas las decisiones médicas y otras decisiones de atención médica por usted mismo.

Puede incluir limitaciones específicas en este documento sobre la autoridad del apoderado, para tomar decisiones de atención médica por usted.

Sujeto a las limitaciones específicas que incluya en este documento, si su médico tratante determina que ha perdido la capacidad de tomar una decisión informada sobre un asunto de atención médica, el apoderado en **general*** estará autorizado por este documento para tomar decisiones de atención médica para usted en la misma medida en que podría tomar esas decisiones usted mismo, si tuviera la capacidad para hacerlo. De hecho, la autoridad del apoderado para tomar decisiones de atención médica en **general*** incluirá la autoridad para dar su consentimiento informado, negarse a dar su consentimiento informado o retirar su consentimiento informado a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una condición física o mental.

Sin embargo*, incluso si el apoderado tiene la autoridad general para tomar decisiones de atención médica para usted en virtud de este documento, el apoderado nunca* estará autorizado a tomar cualquiera de las siguientes acciones:

(1) Rechazar o retirar el consentimiento informado para el tratamiento de soporte vital (a menos que su médico tratante y otro médico que lo examine determinen, en un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con estándares médicos razonables, que cualquiera de lo siguiente aplica:

(a) Usted padece una afección irreversible, incurable e intratable causada por una dolencia, enfermedad o lesión de la cual (i) no puede recuperarse y (ii) es probable que su muerte ocurra en un tiempo relativamente corto si soporte vital no se administra, y su médico tratante determina adicionalmente, en un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con estándares médicos razonables, que no existe una posibilidad razonable de que recupere la capacidad de tomar decisiones informadas de atención médica por usted mismo.

(b) Usted se encuentra en un estado de inconsciencia permanente que se caracteriza por estar usted irreversiblemente inconsciente de usted mismo y su entorno y por una pérdida total del funcionamiento cortical cerebral, lo que resulta en que no tiene la capacidad de experimentar dolor o sufrimiento, y su médico tratante adicionalmente determina, en un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con estándares médicos razonables, que no existe una posibilidad razonable de que recupere la capacidad para tomar decisiones informadas sobre atención médica por usted mismo);

(2) Rechazar o retirar el consentimiento informado para el cuidado de la salud necesario para brindarle atención de confort (excepto que, si el apoderado no tiene prohibido hacerlo de acuerdo a (4) a continuación, el apoderado podría rechazar o retirar el consentimiento informado a la provisión de nutrición o hidratación para usted según se describe en (4) a continuación). **(Debe comprender que la atención de confort se define en la ley de Ohio como el sustento (nutrición) o líquidos (hidratación) administrados artificial o tecnológicamente cuando se administra para disminuir su dolor o incomodidad, no posponer su muerte y cualquier otro procedimiento médico o de enfermería, tratamiento, intervención u otra medida que se tomara para disminuir su dolor o incomodidad, no posponer su muerte. En consecuencia, si su médico tratante determinara que un procedimiento médico o de enfermería previamente descrito, tratamiento, intervención u otra medida no servirá o dejará de servir para proporcionarle comodidad o para aliviar su dolor, entonces, sujeto a (4) a continuación, su apoderado estaría autorizado a rechazar o retirar el consentimiento informado para el procedimiento, tratamiento, intervención u otra medida.*);**

(3) Rechazar o retirar el consentimiento informado para la atención médica para usted si está embarazada y si el rechazo o abstinencia interrumpiera el embarazo (a menos que el embarazo o la atención médica representen un riesgo sustancial para su vida o a menos que su médico tratante y al menos otro médico que la examine determine, en un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con estándares médicos razonables, que el feto no nacerá vivo);

(4) Rechazar o retirar el consentimiento informado a la provisión de sustento (nutrición) o líquidos (hidratación) administrados artificial o tecnológicamente, a menos que:

(a) Está en una condición terminal o en un estado permanentemente inconsciente.

(b) Su médico tratante y al menos otro médico que lo haya examinado determinan, en un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con estándares médicos razonables, que la nutrición o la hidratación no servirán o dejarán de servir para brindarle comodidad o aliviar su dolor

(c) Si, pero solo si, se encuentra en un estado de inconsciencia permanente, autoriza al apoderado a negarse o a retirar el consentimiento informado para la provisión de nutrición o hidratación haciendo ambas de las siguientes cosas en este documento:

(i) Incluyendo una declaración en mayúsculas u otra tipografía conspicua, que incluya, pero no se limite a, otra fuente, letra grande o tipografía negrita, que el apoderado puede rechazar o retirar el consentimiento informado para la provisión de nutrición o hidratación a usted si se encuentra en un estado de inconsciencia permanente y si se ha hecho la determinación de que la nutrición o la hidratación no servirán o dejarán de servir para brindarle comodidad o aliviar su dolor, o señalando o de otro modo marcando una casilla o línea (si corresponde) que esté adyacente a una declaración similar en este documento;

(ii) Colocando sus iniciales o firma debajo o junto a la declaración, casilla u otra marca de verificación previamente descrita.

(d) Su médico tratante determina, de buena fe, que usted autorizó al apoderado a rechazar o retirar el consentimiento informado para la provisión de nutrición o hidratación si usted está en un estado permanentemente inconsciente cumpliendo con los requisitos de (4) (c) (i) y (ii) anteriores.

(5) Retirar el consentimiento informado a cualquier atención médica a la que haya consentido previamente, a menos que un cambio en su condición física haya disminuido significativamente el beneficio de dicha atención médica, o a menos que la atención médica no sea, o deje de ser, significativamente efectiva en la consecución de los fines por los cuales usted accedió a su uso;

(6) Proporcionar, rechazar o retirar el consentimiento informado para el tratamiento de soporte vital, o la provisión de sustento (nutrición) o líquidos (hidratación) administrados artificial o tecnológicamente, si el apoderado está sujeto a una orden de protección temporal, orden de protección civil, o cualquier otra orden de protección en este estado u otro en el que usted sea la presunta víctima.

Además, al ejercer autoridad para tomar decisiones de atención médica para usted, el apoderado tendrá que actuar de manera consistente con sus deseos o, si sus deseos son desconocidos, actuar en su máximo beneficio. De hecho, puede expresar sus deseos al apoderado incluyéndolos en este documento o haciéndoselos conocer al apoderado de otra manera.

Al actuar en conformidad con este documento, el apoderado, en **general*** tendrá los mismos derechos que usted para recibir información sobre la atención médica propuesta, revisar los registros de atención médica y autorizar la divulgación de los registros de atención médica. Puede limitar ese derecho en este documento si así lo desea.

En general, puede designar a un adulto competente como apoderado bajo este documento. Sin embargo, **no puede*** designar a su médico tratante o al administrador de ningún hogar de ancianos en el que esté recibiendo cuidado como el apoderado bajo este documento. Además, **no puede*** designar a un empleado o agente de su médico tratante, o un empleado o agente de un centro de atención médica en el que está siendo tratado, como el apoderado bajo este documento, a menos que cualquiera de estos tipos de empleados o agentes sean un adulto competente y relacionado con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción, o a menos que cualquier tipo de empleado o agente sea un adulto competente y usted y el empleado o agente sean miembros de la misma orden religiosa.

Este documento no tiene fecha de vencimiento según la ley de Ohio, pero puede optar por especificar una fecha en la que, por lo general, vencerá su poder notarial duradero para la atención médica. Sin embargo, si especifica una fecha de vencimiento y luego no tiene la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su atención médica en esa fecha, el documento y el poder que concede a su apoderado continuarán vigentes hasta que recupere la capacidad de tomar decisiones informadas por sí mismo.

Usted tiene el derecho de revocar la designación del apoderado y el derecho de revocar este documento completo en cualquier momento y de cualquier manera. Dicha revocación generalmente entrará en vigencia cuando exprese su intención de revocarla. Sin embargo, si avisó a su médico tratante acerca de este documento, dicha revocación entrará en vigencia solo cuando se la comunique a su médico tratante, o cuando un testigo de la revocación u otro personal de atención médica a quien la revocación sea comunicada por tal testigo se la comunique a su médico tratante.

Si ejecuta este documento y crea un poder notarial duradero para el cuidado de la salud válido con él, revocará cualquier poder notarial duradero para el cuidado de la salud válido que haya creado, a menos que indique lo contrario en este documento.

Este documento no es válido como un poder notarial duradero para el cuidado de la salud a menos que sea reconocido ante un notario público o esté firmado por al menos dos testigos adultos que estén presentes cuando firme o confirme su firma. Ninguna persona que esté relacionada con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción puede ser un testigo. De hecho, el apoderado, su médico tratante y el administrador de cualquier hogar de ancianos en el que esté recibiendo atención tampoco son elegibles para ser testigos.

Si hay algo en este documento que no comprende, debe pedirle a su abogado que se lo explique.