

Instrucción anticipada de atención de salud de Carolina del Sur

South Carolina 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.

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

They are also called a health care agent, proxy, or surrogate.



Parte 2 Tomar sus propias decisiones de atención de salud, Página 6

Part 2: Make your own health care choices, Page 6

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 11

Part 3: Sign the form, Page 11

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 12 y que un notario firme en la página 13. 2 witnesses need to sign on Page 12 and a notary on Page 13.

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 10, puede anotar cualquier otra cosa que sea importante para usted. On page 10, 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.

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 una 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 miembro de la familia, su persona decisora **no puede** ser:

- su médico o cónyuge de su médico
- alguien que trabaje en su hospital, clínica, asilo de ancianos o el/la cónyuge de esa persona Unless they are your family member, your decision maker cannot be: your doctor, or their spouse; someone who works at your hospital, clinic, or nursing home, or their spouse.

¿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 le pedirán 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 will 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, proveedores de salud doctors, nurses, social workers, caregivers
- hospitales, clínicas, o un asilo de ancianos 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



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



Cuidados para 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
- decidir si será sepultado o cremado decide about burial or cremation

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
• decidir qué le sucede a su cuerpo después de morir, como planes de su funeral o donación de sus órganos



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:

Three horizontal lines for writing decisions you do not want to be made.

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

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

Form fields for the first medical decision maker: primer nombre, apellido, número de teléfono 1, número de teléfono 2, relación, dirección, ciudad, estado, código postal.

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

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

Form fields for the second medical decision maker: primer nombre, apellido, número de teléfono 1, número de teléfono 2, relación, dirección, ciudad, estado, código postal.

Para tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página 6. Si ha terminado, debe firmar este formulario en la página 11.

Parte 2

Tomar sus propias decisiones de atención de salud

Part 2: Make your own health care choices

¿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.*

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.*

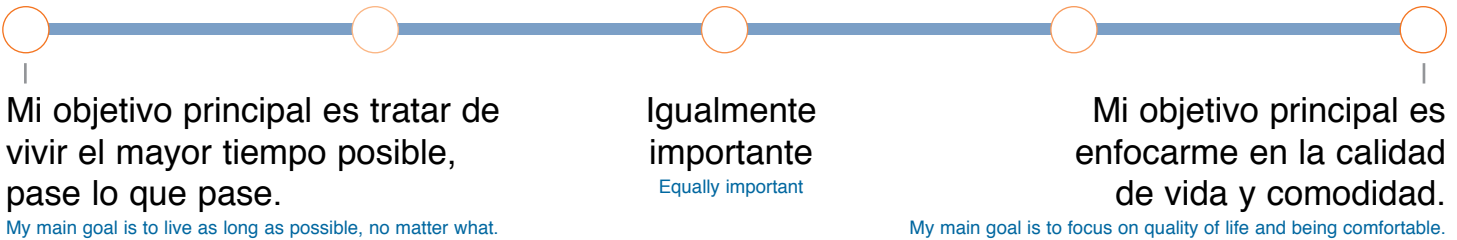
- Estas personas prefieren una muerte natural, y no ser conectadas a máquinas para seguir con vida *These people would prefer a natural death, and not be kept alive on machines*

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.*

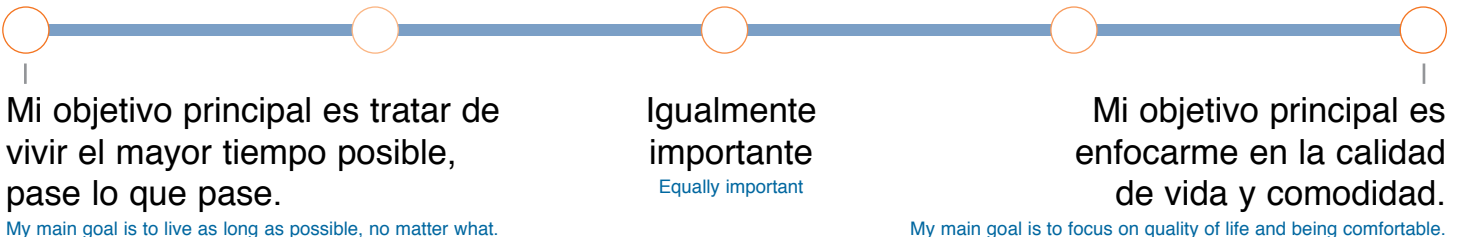
HOY, EN SU ESTADO ACTUAL DE SALUD TODAY, IN YOUR CURRENT HEALTH

Coloque una X sobre la balanza para mostrar como se siente hoy en su estado actual de salud. *Put an X along this line to show how you feel today, in your current health.*



AL FINAL DE LA VIDA AT THE END OF LIFE

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



Si quiere anotar las razones por las cuales se siente así, vaya a la página 10.

If you want to write down why you feel this way, go to page 10.

¿Qué es lo que más importa en la vida? La calidad de vida es diferente para cada persona. ¿Qué es lo más importante para usted?

What Matters Most in Life: Quality of life differs for each person. What is important to you?

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.

Al final de la vida, ¿cuáles de las siguientes cosas afectarían negativamente su calidad de vida? At the end of life, which of these things would be very hard on your quality of life?

Marque a continuación lo que le haría preferir enfocarse en su comodidad en vez de vivir el mayor tiempo posible. Check the things below that would make you want to focus on comfort rather than trying to live as long as possible.

- 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
Not being able to think for myself, such as 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 Not being able to live on my own
- 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.



¿Es importante para usted la religión o la espiritualidad?

Is religion or spirituality important to you?

Sí Yes

No No

Si pertenece a alguna religión...¿cuál es? _____

If you have one, what is your religion?

¿Qué deben saber los proveedores médicos y su persona decisora sobre sus creencias religiosas o espirituales? What should your medical providers and medical decision maker know about your religious or spiritual beliefs?

Si está muriendo, ¿en donde quisiera estar?

If you are dying, where do you want to be?

- en casa at home
- en el hospital in the hospital
- cualquiera de las dos opciones either

Si quiere escribir más acerca de por qué se siente así, vaya a la página 10.

If you want to write down more about why you feel this way, go to Page 10.

¿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.

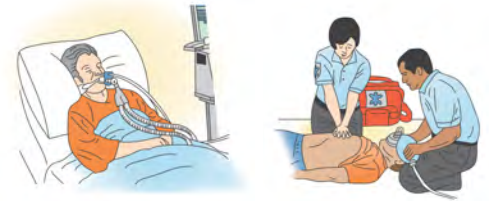
Please read this whole page before making a choice.

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 con una X la 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?

Si quiere escribir más acerca de por qué se siente así, vaya a la página 10.

If you want to write down more about why you feel this way, go to Page 10.

Comida y agua artificiales: Artificial Food and Water:

Ponga sus iniciales y marque con una X la opción con la cual esté más de acuerdo. Initial and 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.
- 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 mi persona decisora decida por mi acerca de comida y agua por medio de tubos de alimentación y transfusiones (IV). I want my decision maker to decide about food and water by feeding tubes and transfusions (IV) for me.



¿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?

Si quiere escribir más acerca de por qué se siente así, vaya a la página 10.

If you want to write down more about why you feel this way, go to Page 10.

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

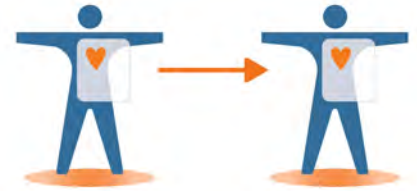
Algunas personas deciden donar sus órganos o partes del cuerpo a otras personas. ¿Cuál sería su preferencia?

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 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 FUNEBRES O DE SEPULTURA

FUNERAL OR BURIAL WISHES

¿Qué debieran saber sus proveedores médicos y su persona decisora sobre la forma en que desea que se trate su cuerpo después de morir, y sus deseos funebres o de sepultura?

What should your medical providers and decision maker know about how you want your body to be treated after you die, and your funeral or burial wishes?

Si quiere escribir más acerca de por qué se siente así, vaya a la página 10.

If you want to write down more about why you feel this way, go to Page 10.

¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y su persona decisora sobre usted y sus preferencias de atención médica?

What else should your medical providers and medical decision maker know about you and your choices for medical care?

Si usted nombró a una persona decisora en este formulario: ¿Qué tan estrictamente quiere que siga sus deseos si usted no es capaz de hablar por sí mismo?

If you named a medical decision maker on this form: How strictly do you want them 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.

Marque con una X la oración con la que esté más de acuerdo. Put an X next to the one sentence 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.

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 y un notario que puedan verle firmar este formulario** have two witnesses and 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 y un Notario Witnesses and Notary

Antes de que se pueda usar este formulario, usted debe pedirle a 2 testigos y 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 and 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 proveedor de atención de salud** be your health care provider
- **beneficiarse financieramente (recibir dinero o propiedades) después de su muerte** benefit financially (get any money or property) after you die
- **tener parentesco con usted** be related to you in any way
- **ser su acreedor** be your creditor
- **ser la persona que cubre sus costos médicos** be the person that pays your medical costs



Además, uno de los testigos no puede: Also, one witness cannot:

- **trabajar para su proveedor de atención de salud** work for your health care provider
- **trabajar en el lugar donde usted vive (si actualmente se encuentra en el hospital o vive en una casa de reposo, vaya a la página 13)** work at the place that you live (if you are currently in the hospital or live in a nursing home go to Page 13)

Los testigos y un notario deben estar juntos y verle firmar el formulario. También deben firmar las páginas 12 y 13.

Witnesses and a notary need to be together and see you sign the form. They also need to sign on Pages 12 and 13.

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 11)

By signing, I promise that (the person named on Page 11) 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 proveedor de atención de salud I am not their health care provider
- No voy a beneficiarme financieramente (obtener dinero o propiedad) después de que la persona muera I will not benefit financially (get any money or property) after they die
- No tengo un parentesco de sangre, por matrimonio ni adopción I am not related to them by blood, marriage, or adoption
- No soy su acreedor I am not their creditor
- No cubro sus costos médicos I do not pay their medical costs

Uno de los testigos también debe dar fe de lo siguiente: One witness must also promise that:

- No trabajo para su proveedor de atención de salud I do not work for their health care provider
- No trabajo en el lugar donde vive esta persona I do not work where they live

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



Notario Público: Lleve este formulario a un notario público. Lleve una identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.). Firme el formulario en presencia del notario y de sus testigos.

Notary Public: Take this form to a notary public. Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.). Sign the form in front of the notary and your witnesses.

State of South Carolina

County of _____

The foregoing instrument was acknowledged before me this _____, 20____ by _____ (name of person acknowledged).

Document Holder's Signature

Official Signature of Notary Public

(Official Seal)

_____, Notary Public (Notary's printed or typed name)
Title, rank: _____ Serial Number: _____ My commission expires: _____

SÓLO para residentes de hospitales y casas de reposo en el estado de Carolina del Sur

For South Carolina Hospital and Nursing Home Residents ONLY

Entréguele este formulario al mediador público (ombudsman) de su hospital o casa de reposo.

Carolina del Sur exige que los pacientes en los hospitales y las personas que viven en casas de reposo hagan que el mediador público (ombudsman) sea testigo de instrucciones anticipadas. Give this form to an ombudsman at your hospital or nursing home.

South Carolina requires patients in hospitals and people living in nursing homes to have the ombudsman witness advance directives.

Declaración del defensor del paciente o del mediador público (ombudsman)

Statement of the patient advocate or ombudsman

"*Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del estado de Carolina del Sur que soy el mediador público (ombudsman) designado por el Defensor del Pueblo del Estado, la Oficina del Gobernador, que no estoy sirviendo como agente del paciente, proveedor de atención de salud o acreedor, no soy un familiar y no me beneficiaré económicamente si el paciente muere y actuó como testigo según lo exige la ley.*" **I declare under penalty of perjury under the laws of South Carolina that I am an ombudsman as designated by the State Ombudsman, Office of the Governor, I am not serving as the patient's agent, healthcare provider, or creditor, am not a relative and will not benefit financially if the patient dies, and that I am serving as a witness as required by law.**"

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