

# Instrucción anticipada de atención de salud de Wisconsin

Wisconsin 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.** 2 witnesses need to sign on page 12.

## 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



Si usted y su cónyuge se divorcian, esa persona ya no será su persona decisora.

If you and your spouse divorce, that person will no longer be your decision maker.

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 Wisconsin requiere que usemos términos y palabras legales también. Esos términos legales se encuentran al final de este formulario.** We made sure this legal form is easy to read. But, Wisconsin law requires us to use legal terms and words too. Those legal terms are at the end of 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 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 familiar, su persona decisora **no puede** ser:

- su médico o cónyuge de su médico
- alguien que trabaje en su hospital, clínica o lugar donde usted vive o recibe atención médica o el/la cónyuge de esa persona

Unless they are a family member, your decision maker cannot be: your doctor or their spouse; someone who works at your hospital, clinic or place where you live or get care, 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, incluyendo comida y agua por tubos de alimentación y transfusiones (IV), si usted no puede hablar por sí mismo agree to, refuse, or withdraw any life support or medical treatment, including food and water by feeding tubes and transfusions (IV), if you are not able to speak for yourself
- decidir qué le sucede a su cuerpo después de morir, como planes de su funeral o donación de sus órganos decide what happens to your body after you die, such as funeral plans and organ donation

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:

---



---

**¿Cuándo puede mi persona decisora tomar decisiones por mí?**

When can my medical decision maker make decisions for me?

- SOLAMENTE cuando no pueda tomar mis propias decisiones ONLY after I am not able to make my own decisions
- AHORA MISMO, después de haber firmado este formulario NOW, right after I sign this form



**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:

\_\_\_\_\_ 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

**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:

\_\_\_\_\_ 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

**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.** To make your own health care choices, go to Part 2 on page 6. If you are done, you must sign this form on page 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.*

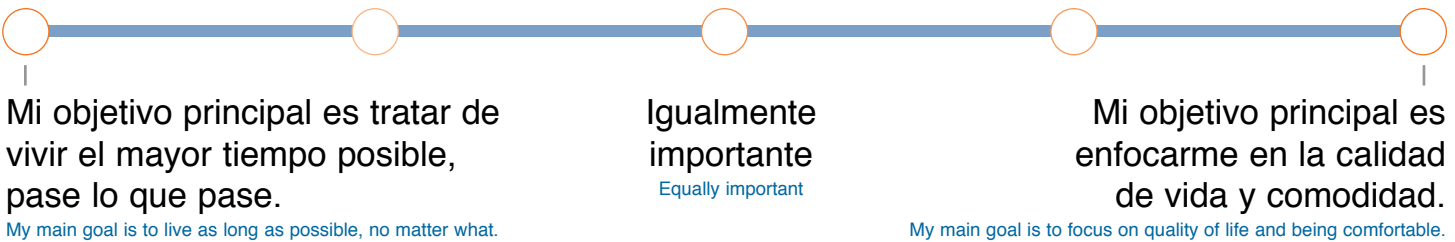
- Estas personas prefieren una muerte natural, y no ser conectadas a máquinas para seguir con vida *These people would prefer a natural death, and not be kept alive on machines*

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.*

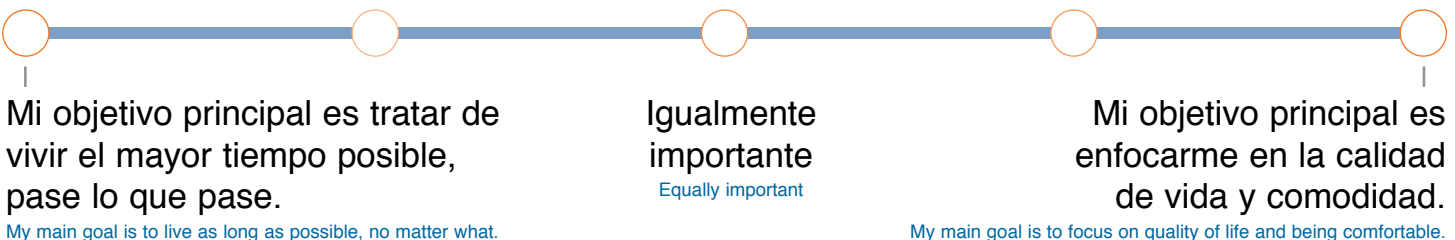
### HOY, EN SU ESTADO ACTUAL DE SALUD TODAY, IN YOUR CURRENT HEALTH

**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?**  Sí Yes  No No

Is religion or spirituality important to you?

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.

**¿Cambiarían estos deseos si estuviera embarazada?**

Would these wishes change if you were pregnant?

Sí Yes

No No

**¿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.

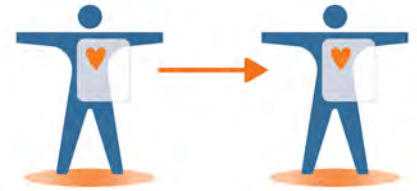
**DONACIÓN DE ORGANOS** ORGAN DONATION

**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.



# 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 que puedan verle firmar este formulario** have two witnesses 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 Witnesses

**Antes de que se pueda usar este formulario, usted debe pedirle a 2 testigos que firmen el formulario.** Before this form can be used, you must have 2 witnesses sign 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 decisor** be your medical decision maker
- **ser su proveedor de atención de salud** be your health care provider
- **trabajar para su proveedor de atención de salud (capellanes y trabajadores sociales están bien)** work for your health care provider (chaplains and social workers are ok)
- **trabajar en el lugar donde usted vive y recibe atención médica (capellanes y trabajadores sociales están bien)** work at the place that you live and get care (chaplains and social workers are ok)
- **ser la persona que cubre sus costos médicos** be the person that pays your medical costs
- **ser su pareja de hecho o tener parentesco con usted** be your domestic partner or related to you in any way
- **beneficiarse financieramente (recibir dinero o propiedades) después de su muerte** benefit financially (get any money or property) after you die



**Los testigos deben de firmar la página 12.**

Witnesses need to sign their names on Page 12.

**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 trabajo para su proveedor de atención de salud, excepto como trabajador social o capellán. I do not work for their health care provider, except as a social worker or chaplain.
- No trabajo en el lugar donde vive esta persona ni donde recibe atención médica, excepto como trabajador social o capellán I do not work where they live and get care, except as a social worker or chaplain
- No cubro sus costos médicos I do not pay their medical costs
- No tengo un parentesco de sangre, por matrimonio ni adopción con esta persona, ni soy su pareja de hecho I am not related to them by blood, marriage, adoption, or domestic partnership
- 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

**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](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)

**Términos legales de Wisconsin que debemos darle:** Wisconsin 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 Wisconsin requiere que usemos términos y palabras legales también. But, Wisconsin law requires us to use legal terms and words too.

Las siguientes 2 páginas tienen el lenguaje legal que debemos darle. The next 2 pages have the legal language we must give you.

**Aquí están los 5 puntos principales:** Here are the 5 main points:

1. Usted tiene derecho a decir no a un tratamiento que no desea. You have the right to say no to treatment you do not want.
2. Algunos de sus doctores pueden no conocer sus deseos y valores. Este formulario le permite escoger a alguien que le conozca bien y que pueda informar a sus doctores sobre sus deseos y valores. Some of your doctors may not know your wishes and values. This form allows you to pick someone who knows you well and can tell your doctors about your wishes and values.
3. Usted puede usar este formulario para poner un límite al poder que su persona decisora tenga, porque se requiere que la persona siga sus deseos. You can use this form to limit the power that your medical decision maker has, because they are required to follow your wishes.
4. Si sus deseos cambian, usted puede actualizar este formulario en cualquier momento. If your wishes change, you can update this form at any time.
5. Si se divorcia y su cónyuge es su persona decisora, tendrá que llenar un nuevo formulario y volver a nombrarle o elegir a otra persona. If you get a divorce and your spouse is your medical decision maker, you will need to fill out a new form and appoint them again or pick someone else.

AVISO A LA PERSONA  
QUE HACE ESTE DOCUMENTO

USTED TIENE DERECHO A TOMAR DECISIONES SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA. NINGUNA ATENCIÓN MÉDICA PUEDE SER DADA A USTED SI USTED LO OBJETA, Y LA ATENCIÓN MÉDICA NECESARIA NO PUEDE SER DETENIDA O RETENIDA SI USTED LO OBJETA.

DEBIDO A QUE SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN DE SALUD EN ALGUNOS CASOS PUEDEN NO HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE ESTABLECER UNA RELACIÓN A LARGO PLAZO CON USTED, A MENUDO DESCONOCEN LAS CREENCIAS Y VALORES DE USTED Y LOS DETALLES DE SUS RELACIONES FAMILIARES. ESTO CREA UN PROBLEMA SI USTED SE VUELVE INCAPAZ FÍSICA O MENTALMENTE PARA TOMAR DECISIONES SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA.

PARA EVITAR ESTE PROBLEMA, USTED PUEDE FIRMAR ESTE DOCUMENTO LEGAL PARA ESPECIFICAR QUIÉN ES LA PERSONA QUE DESEA QUE REALICE DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA POR USTED SI USTED NO PUEDE TOMAR ESAS DECISIONES PERSONALMENTE. ESA PERSONA SE CONOCE COMO SU PERSONA DECISORA (TAMBIÉN SE LE LLAMA SU AGENTE DE SALUD). USTED DEBIERA TOMARSE EL TIEMPO PARA DISCUTIR SUS PENSAMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE EL TRATAMIENTO MÉDICO CON LA PERSONA O PERSONAS QUE HA ESPECIFICADO. USTED PUEDE ESTABLECER EN ESTE DOCUMENTO CUALQUIER TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE DESEA O NO DESEA, Y PUEDE PONER LÍMITES A LA AUTORIDAD DE SU AGENTE DE SALUD. SI SU AGENTE DE SALUD DESCONOCE SUS DESEOS CON RESPECTO A UNA DETERMINADA DECISIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA, ÉL O ELLA TIENE LA OBLIGACIÓN DE DETERMINAR LO QUE SERÍA EN SU MÁXIMO BENEFICIO AL TOMAR LA DECISIÓN.

ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. LE DA A SU AGENTE AMPLIOS PODERES PARA TOMAR DECISIONES MÉDICAS PARA USTED. REVOCA CUALQUIER PREVIO PODER NOTARIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD QUE PUEDA HABER HECHO. SI DESEA CAMBIAR SU PODER NOTARIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD, PUEDE REVOCAR ESTE DOCUMENTO EN CUALQUIER MOMENTO DESTRUYÉNDOLO, MANDANDO A OTRA PERSONA A QUE LO DESTRUYA EN SU PRESENCIA, FIRMANDO UNA DECLARACIÓN ESCRITA Y FECHADA O DECLARANDO QUE SE REVOCA EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS. SI LO REVOCA, DEBE NOTIFICAR A SU AGENTE, A SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN DE SALUD Y A CUALQUIER OTRA PERSONA A QUIEN LE HAYA DADO UNA COPIA. SI SU AGENTE ES SU CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO Y SU MATRIMONIO ES ANULADO O USTED SE DIVORCIA O SE SEPARA DE SU PAREJA DE HECHO DESPUÉS DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, EL DOCUMENTO ES INVÁLIDO.

USTED TAMBIÉN PUEDE UTILIZAR ESTE DOCUMENTO PARA HACER O NEGARSE A HACER UN REGALO ANATÓMICO AL MOMENTO DE MORIR. SI UTILIZA ESTE DOCUMENTO PARA HACER O NEGARSE A HACER UN REGALO ANATÓMICO, ESTE DOCUMENTO REVOCA CUALQUIER REGISTRO PREVIO AL RESPECTO QUE PUEDA HABER HECHO. USTED PUEDE REVOCAR O CAMBIAR CUALQUIER REGALO ANATÓMICO QUE HAGA A TRAVÉS DE ESTE DOCUMENTO TACHANDO CON UNA LÍNEA LA CLÁUSULA DE REGALOS ANATÓMICOS EN ESTE DOCUMENTO.

NO FIRME ESTE DOCUMENTO A MENOS QUE LO ENTIENDA CLARAMENTE.

SE RECOMIENDA QUE MANTENGA LA COPIA ORIGINAL DE ESTE DOCUMENTO ARCHIVADA CON SU MÉDICO.