

Instrucciones Anticipadas Para Cuidados de la Salud

Una guía para describir sus preferencias de cuidados de la salud



SHARP®

Nombre (Name): _____

Fecha de Nacimiento (Date of Birth): _____

Tabla de Contenido

Cómo Comunicar Sus Deseos	2
Elección de un Representante Para Cuidados de la Salud	3
Elección de Sus Preferencias Para Cuidados de la Salud	4
Formulario de Instrucciones Anticipadas Para Cuidados de la Salud	6
Parte 1 — A: Mi Representante Para Cuidados de la Salud	6
Parte 1 — B: Autoridad de Mi Representante Para Cuidados de la Salud	7
Parte 1 — C: Mi Médico	8
Parte 2 — A: Mis Instrucciones Para Cuidados de la Salud	9
Parte 2 — B: Decisiones de Tratamiento Para el Final de la Vida	10
Parte 2 — C: Comodidad y Calidad de Vida	11
Parte 2 — D: Explicación de los Deseos	11
Parte 2 — E: Donación de Órganos y Tejidos	12
Finalizando el Formulario	13
Parte 3 — A: Declaración de Testigos	14
Parte 3 — B: Declaración Adicional de Testigos	15
Parte 3 — C: Notario Público (Opcional)	15
Parte 3 — D: Requisitos de Testigo Especial	16
Guía Adicional	17
Compartiendo Este Documento	17
Tarjeta Para la Billetera	17

Cómo Comunicar Sus Deseos

En Sharp HealthCare, hemos estado cuidando a los residentes de San Diego durante más de 50 años. Y aunque a nadie le gusta pensar en “qué pasaría si” cuando se trata de la salud personal, la elaboración de un plan con sus deseos para el cuidado de la salud hoy, puede ser una herramienta importante para usted y sus seres queridos en el futuro.

¿Por qué crear un plan ahora?

Tener listo un plan, conocido como instrucciones anticipadas para el cuidado de la salud (o instrucciones anticipadas para abreviar) ayuda a garantizar que usted reciba la atención que desea si alguna vez está incapacitado para hablar por sí mismo. Piense en esto como una especie de seguro — algo que usted puede hacer ahora para proteger su calidad de vida en el futuro, y para proteger a las personas cercanas a usted de la carga emocional de tener que tomar decisiones difíciles sobre la atención médica para usted sin conocer sus deseos.

¿Quién debe tener instrucciones anticipadas?

Se recomienda que todos los adultos de cualquier edad o estado de salud elaboren un documento de instrucciones anticipadas. Puede ser parte de la planificación al final de la vida o ser una medida de precaución en caso de que usted se lesione o se enferme repentinamente y no pueda tomar decisiones, incluso durante un período breve.

¿Es necesario un abogado?

No necesita un abogado para hacer un documento válido de instrucciones anticipadas. Simplemente siga las instrucciones de este folleto y firme en presencia de dos testigos o de un notario público. Sin embargo, usted es libre de consultar con un abogado acerca de su documento si lo desea.

¿Pueden realizarse cambios después?

Es una buena idea volver a evaluar sus instrucciones cada vez que haya un cambio en los valores personales, representante para cuidados de la salud, o etapa de la vida como por ejemplo el ingreso a la universidad, matrimonio, divorcio, muerte de un familiar o amigo, diagnóstico nuevo o disminución importante de la salud. Usted tiene derecho a modificar o revocar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.

Cómo utilizar este folleto

Este folleto está diseñado para ayudarle a poner sus deseos de cuidados de la salud por escrito. Se recomienda compartir copias de sus instrucciones anticipadas con sus seres queridos, su médico o representante para cuidados de la salud. Siéntase libre de tachar palabras y añadir explicaciones en las dos primeras partes. Luego firme la 3ª parte en presencia de dos testigos o de un notario público para completar y legalizar este documento.

Elección de un Representante Para Cuidados de la Salud

Un representante para cuidados de la salud es una persona de confianza que pueda tomar decisiones de cuidados de la salud por usted en caso de que usted no pueda tomar sus propias decisiones. Si no elige un representante para decisiones sobre cuidados de la salud y no tiene la capacidad para tomar decisiones, sus médicos pedirán a las personas más cercanas a usted que tomen las decisiones de cuidados de la salud por usted.

¿Quién Puede Actuar Como su Representante Para Cuidados de la Salud?

Un miembro de la familia o amigo que:

- sea mayor de 18 años de edad
- lo conozca bien
- esté dispuesto a aceptar esta responsabilidad
- pueda confiar en que respetará sus deseos
- sea capaz de mantener la calma al momento de tomar decisiones difíciles
- pueda comunicarse en forma eficaz con los profesionales de atención médica y miembros de la familia

¿Quién No Puede Ser su Representante Para Cuidados de la Salud?

- su médico
- alguien que trabaje en el hospital, clínica o institución donde usted esté siendo atendido, a menos que él o ella sea un miembro de la familia

¿Qué Tipo de Decisiones Puede Tomar su Representante Para Cuidados de la Salud?

A menos que usted limite la autoridad de su representante en las instrucciones anticipadas, él puede:

- decidir dónde va a recibir atención
- seleccionar o despedir a los profesionales de atención médica
- aceptar o rechazar medicamentos, pruebas y tratamientos
- decir qué se debe hacer con su cuerpo y sus órganos luego de que usted muera
- iniciar una acción legal para llevar a cabo sus deseos

Cómo Ayuda a su Representante Para Cuidados de la Salud a Hablar por Usted

Pregúntele a la persona que elija si está dispuesta a hablar en su nombre para asegurarse de que sus deseos sean respetados en la mayor medida posible. Si esta persona acepta ser su representante, platique con él o ella acerca de sus preferencias de cuidados de la salud y los motivos de sus elecciones. No olvide hablar sobre qué calidad de vida (si la hubiera) sería inaceptable para usted y qué medidas activas toleraría (si las hubiera).

No olvide dar una copia de sus instrucciones firmada a su representante para cuidados de la salud y a sus representantes alternativos.

Elección de Sus Preferencias Para Cuidados de la Salud

Utilice la parte 2 del formulario incluido como su “testamento en vida” para proporcionar instrucciones acerca de sus deseos específicos de cuidados de la salud, incluyendo tratamientos de soporte vital para la atención al final de su vida, y cualquier otro aspecto que sea importante para usted. Antes de elegir, piense acerca de cuáles decisiones más probablemente le ayuden a alcanzar sus objetivos de calidad de vida.

A veces se necesitan tratamientos de soporte vital solo por un período breve. Por ejemplo, se podría utilizar una sonda de alimentación para proporcionarle soporte nutricional durante un tratamiento que impida temporalmente que usted coma o beba. Y equipos tales como respirador o máquina de diálisis para ayudar a tratar un problema crónico de salud.

Las elecciones en la parte 2 del formulario se refieren a las situaciones al final de la vida en la cual usted no podría sobrevivir sin un soporte mecánico vital.

El platicar con su médico acerca de los beneficios y contras de estas medidas puede ayudarle a tomar elecciones informadas.

Ejemplos de Tratamientos de Soporte Vital

Resucitación Cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés) – si se detienen sus latidos cardiacos o su respiración, se le puede realizar CPR para intentar revivirlo. Esto podría involucrar respiración

artificial, presión fuerte sobre el pecho, descarga eléctrica al corazón o uso de fármacos. Existe un riesgo de fractura de costillas y perforación de los pulmones, y podría ser necesario permanecer con soporte mecánico vital para la supervivencia.

Hidratación y Nutrición Artificiales (Sonda de Alimentación) – si no puede comer ni beber, se puede suministrar nutrición y líquidos a través de una sonda colocada en su nariz o directamente en su estómago mediante una incisión pequeña. Como con cualquier tratamiento médico, existe un riesgo de complicaciones y molestias. Si prefiere no tener una sonda de alimentación, se le puede mantener cómodo.

Respirador o Ventilador – esta es una máquina que proporciona oxígeno a través de una sonda si sus pulmones no están funcionando adecuadamente. Un respirador o ventilador podría mantenerle con vida, pero si usted está gravemente enfermo y su condición es irreversible, podría prolongar el proceso de morir.

Diálisis – cuando los riñones dejan de funcionar de manera apropiada, se puede utilizar este proceso mecánico para eliminar los desechos, sales y el exceso de agua del cuerpo. Se colocan dos sondas pequeñas, una en una vena y la otra en una arteria, para llevar la sangre a la máquina de diálisis. La máquina filtra la sangre y la devuelve nuevamente a su cuerpo. Al igual que con un respirador o ventilador, la diálisis no trata la mayoría de las enfermedades subyacentes, y podría prolongar el proceso de morir.



Formulario de Instrucciones Anticipadas Para Cuidados de la Salud (Advanced Health Care Directive Form)

Nombre (Name): _____

Fecha de Nacimiento (Date of Birth): _____

Parte 1 - A: Mi Representante Para Cuidados de la Salud

Mi representante hablará por mí si yo no puedo comunicar mis propias decisiones de cuidados de la salud. Él o ella representarán mis intereses de la mejor forma posible, teniendo en cuenta lo que sabe acerca de mis objetivos y deseos, así como cualquier preferencia que yo haya expresado en este documento.

(Part 1 - A: My Health Care Agent)

My agent will speak for me if I am unable to communicate my own health care decisions. He or she will represent my interests to the best of his or her ability, considering what he or she knows about my goals and wishes as well as any preferences I have expressed in this document.

Representante Principal Para Cuidados de la Salud (Primary Health Care Agent)

Nombre (Name): _____
Nombre (First) Apellido (Last)

Domicilio (Address): _____
Calle (Street) Ciudad (City) Estado (State) Código postal (ZIP)

Teléfono (Phone Number): _____
Hogar (Home) Celular (Cell) Trabajo (Work)

Dirección de Correo Electrónico (Email Address): _____

Primer Representante Alterno Para Cuidados de la Salud (Opcional)

Si mi representante principal no está dispuesto, es capaz o está razonablemente disponible para tomar decisiones de cuidados de la salud por mí, nombro como mi primer representante alterno a:

[First Alternate Health Care Agent (Optional)]

If my primary agent is not willing, able or reasonably available to make health care decisions for me, I name as my first alternate agent:

Nombre (Name): _____
Nombre (First) Apellido (Last)

Domicilio (Address): _____
Calle (Street) Ciudad (City) Estado (State) Código postal (ZIP)

Teléfono (Phone Number): _____
Hogar (Home) Celular (Cell) Trabajo (Work)

Dirección de Correo Electrónico (Email Address): _____

Segundo Representante Alterno Para Cuidados de la Salud (Opcional)

Si mi representante principal y mi primer representante alterno no están dispuestos, son capaces o están razonablemente disponibles para tomar decisiones de cuidados de la salud por mí, nombro como mi segundo representante alterno a:

[Second Alternate Health Care Agent (Optional)]

If my primary and first alternate agents are not willing, able or reasonably available to make health care decisions for me, I name as my second alternate agent:

Nombre (Name): _____
Nombre (First) Apellido (Last)

Domicilio (Address): _____
Calle (Street) Ciudad (City) Estado (State) Código postal (ZIP)

Teléfono (Phone Number): _____
Hogar (Home) Celular (Cell) Trabajo (Work)

Dirección de Correo Electrónico (Email Address): _____

Parte 1 - B: Autoridad de Mi Representante Para Cuidados de la Salud

Mi representante puede comenzar a representarme cuando mi médico diga que no puedo tomar mis propias decisiones de cuidados de la salud, a menos que yo ponga mis iniciales en la línea siguiente:

(Part 1 - B: My Health Care Agent's Authority)

My agent may begin to represent me when my doctor says I am unable to make my own health care decisions unless I initial the following line:

Mi representante puede comenzar de inmediato a tomar decisiones de cuidados de la salud por mí.

(My agent may immediately begin to make health care decisions for me.)

Iniciales Aquí (Initial here)

Límites o Instrucciones Especiales Para mi Representante Para Cuidados de la Salud

Además de llevar a cabo los deseos expresados en las páginas siguientes de este documento, mi representante también debe respetar los límites o seguir las instrucciones especiales especificadas a continuación al tomar las decisiones de cuidados de la salud por mí.

(Limits or Special Instructions for My Health Care Agent)

In addition to carrying out the wishes expressed in the following pages of this document, my agent also must respect the limits and/or follow the special instructions specified below when making health care decisions for me.

Autoridad del Representante Luego de mi Muerte

Mi representante puede tomar decisiones por mí acerca de la donación de órganos, si se realizará o no una autopsia y lo que sucederá con mis restos, excepto según lo que enuncio aquí o en la página 12 de este formulario.

(Agent's Authority After My Death)

My agent may make decisions for me about organ donation, whether an autopsy is done and what happens to my remains, except as I state here or on page 12 of this form.

Parte 1 - C: Mi Médico (Part 1 - C: My Doctor)

Médico de Atención Primaria (Opcional) [Primary Care Doctor (Optional)]

Nombre (Name): _____
Nombre (First) Apellido (Last)

Domicilio (Address): _____
Calle (Street) Ciudad (City) Estado (State) Código postal (ZIP)

Teléfono (Phone Number): _____
Trabajo (Work)

Médico Alterno (Opcional) [Alternate Doctor (Optional)]

Nombre (Name): _____
Nombre (First) Apellido (Last)

Domicilio (Address): _____
Calle (Street) Ciudad (City) Estado (State) Código postal (ZIP)

Teléfono (Phone Number): _____
Trabajo (Work)

Por favor, proporcione una copia de sus instrucciones anticipadas a los médicos mencionados arriba y hable con ellos acerca de sus metas y deseos. (Please provide a copy of your advance directive to the doctor(s) named above and discuss your goals and wishes with them.)

Part 2 – A: Mis Instrucciones Para Cuidados de la Salud

Si llego a un punto en el que ya no pueda tomar decisiones por mí mismo, y es razonablemente seguro que tengo una enfermedad incurable e irreversible, o que no recuperaré la conciencia:

(Part 2 – A: My Health Care Instructions)

If I reach a point where I can no longer make decisions for myself, and it is reasonably certain that I have an incurable and irreversible condition or that I will not regain consciousness:

- Quiero **detener todos los tratamientos** que prolonguen mi vida. Esto incluye, pero no se limita a, alimentación por sonda, líquidos por vía intravenosa (IV), respirador/ventilador (máquina para respirar), resucitación cardiopulmonar (CPR)* y antibióticos. (I want to **withhold all treatments** that are prolonging my life. This includes, but is not limited to, tube feedings, IV (intravenous) fluids, respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitación (CPR)* and antibiotics.)

O (OR)

- Yo quiero** todos los tratamientos apropiados recomendados por mi médico, hasta que mi médico y el representante acuerden que dichos tratamientos son dañinos o ya no sean útiles. (I **do want** all appropriate treatments recommended by my doctor, until my doctor and agent agree that such treatments are harmful or no longer helpful.)

*Si usted tiene preferencias para cuando la Resucitación Cardiopulmonar deba intentarse, por favor hable con su médico acerca del formulario de Órdenes del médico de tratamiento para el mantenimiento de la vida (POLST por sus siglas en inglés). (If you have preferences for when CPR should be attempted, please talk to your doctor about the Physician's Order for Life-Sustaining Treatment (POLST) form.)



Parte 2 – B: Decisiones de Tratamiento Para el Final de la Vida

Usando la tabla a continuación, indique con sus iniciales sus preferencias para tratamientos de soporte vital en ciertas situaciones al final de su vida. Elija solo una casilla para cada situación.

(Part 2 – B: End-of-Life Treatment Decisions)

Using the chart below, indicate your preferences with your initials for life-sustaining treatments in certain end-of-life situations. Choose only one box for each situation.

Situación (Situation)	Si. Me gustaría recibir tratamientos de soporte vital. (Yes. I would want life-sustaining treatments.)	No estoy seguro. Depende de las circunstancias. (I'm not sure. It would depend on the circumstances.)	No. No me gustaría recibir tratamientos de soporte vital. (No. I would not want life-sustaining treatments.)
Si estoy inconsciente, en coma o en estado vegetativo y hay poca o ninguna posibilidad de recuperación. (If I am unconscious, in a coma, or in a vegetative state and there is little to no chance of recovery.)			
Si tengo daño cerebral grave permanente (como demencia grave) que me haga incapaz de reconocer a mis familiares o amigos. (If I have permanent, severe brain damage such as severe dementia that makes me unable to recognize my family or friends.)			
Si tengo una condición permanente que haga que otras personas me tengan que ayudar con mis necesidades diarias, como comer, bañarme o ir al baño. (If I have a permanent condition where other people must help me with my daily needs, such as eating, bathing or toileting.)			
Si tengo que usar una máquina para respirar y estar en la cama por el resto de mi vida. (If I need to use a breathing machine and be in bed for the rest of my life.)			
Si tengo una condición que me hará morir muy pronto, aun con tratamientos de soporte vital. (If I have a condition that will make me die very soon, even with life-sustaining treatments.)			
Otro (Other)			

Parte 2 – C: Comodidad y Calidad de Vida (Part 2 – C: Comfort and Quality of Life)

Si NO se espera que me recupere, quiero que se considere el proporcionarme hospicio a la mayor brevedad posible. (If I am NOT expected to recover, I want hospice care to be considered for me at the earliest appropriate time.)

Iniciales Aquí (Initial Here)

Por favor describa cualquier excepción a la declaración anterior, o a las declaraciones en las que puso sus iniciales en la Parte 2 – B. (Please describe any exceptions to the statement above, or to the statements you initialed in Part 2 – B.)

Parte 2 – D: Explicación de los Deseos

Utilice este espacio para explicar cualquiera de sus preferencias, o para añadir información y ayudar a otras personas a entender sus deseos. Este es un buen sitio para mencionar cualquier punto de vista cultural o religioso que influya en sus decisiones de cuidados de la salud o de planificación para el final de su vida. Siéntase libre de añadir páginas si necesita más espacio. Si añade páginas, firme y ponga fecha en cada hoja al momento de firmar en la página 13 en presencia de los testigos o de un notario público.

(Part 2 – D: Explanation of Wishes)

Use this space to explain any of your choices, or add information to help others understand your wishes. This is a good place to mention any cultural/religious views that influence your health care choices or end-of-life planning. Feel free to add pages if you need more space. If you add pages, sign and date each sheet at the time you sign on page 13 in the presence of witnesses or a notary public.

Parte 2 – E: Donación de Órganos y Tejidos

La donación de sus órganos y tejidos cuando muera puede salvar vidas y mejorar la calidad de vida de otras personas. Para informarse más acerca de cuáles órganos o tejidos se pueden donar, o para inscribirse como donante en el estado de California, visite www.donatelifecalifornia.org. A continuación, se presentan algunas opciones para que las considere.

(Part 2 – E: Organ and Tissue Donation)

Donating your organs and tissues when you die can save lives and improve quality of life for others. To learn more about which organs or tissues can be donated, or to register as a donor in the state of California, visit www.donatelifecalifornia.org. Below are some choices for you to consider.

Quiero donar cualquier órgano o tejido que sea necesario. (I want to donate any needed organs or tissues.) _____

Iniciales Aquí (Initial Here)

O (OR)

Quiero donar solo los siguientes órganos o tejidos. (I want to give only the following organs or tissues):

_____ Iniciales Aquí (Initial Here)

O (OR)

No quiero donar ninguno de mis órganos ni tejidos, y no quiero que nadie que me represente realice una donación en mi nombre. (I do not want to give any of my organs or tissues, and I do not want anyone who represents me to make a donation on my behalf.) _____

Iniciales Aquí (Initial Here)

Si usted ha elegido ser donante, por favor indique cómo se puede utilizar su donación. (If you have chosen to be a donor, please indicate how your gift can be used.)

Mi donación puede ser usada para (My donation can be used for):

Trasplante (Transplant)

Investigación (Research)/Educación (Education)

Finalizando el Formulario (Finalizing the Form)

Debe firmar este formulario en presencia de dos testigos O de un notario público para que sea legal y válido. (You must sign this form in the presence of two witnesses OR a notary public to make it legal and valid.)

Sus testigos deben (Your witnesses must):

- Ser mayores de 18 años de edad (Be over 18)
- Validar su identidad (Validate your identity)
- Estar presentes cuando usted firme este formulario (See you sign this form)

Sus testigos no pueden (Your witnesses cannot):

- Ser su representante para cuidados de la salud (Be your health care agent)
- Ser su proveedor de atención médica (Be your health care provider)
- Trabajar para su proveedor de atención médica (Work for your health care provider)
- Trabajar en el lugar donde usted vive (Work at the place where you live)

Uno de sus testigos debe ser alguien que no esté relacionado con usted de ninguna manera y que no se beneficie económicamente al heredar dinero o bienes después de su muerte. (One of your witnesses must be someone who is not related to you in any way and does not benefit financially by inheriting money or property after you die.)

Nombre (Name): _____
Nombre (First) Apellido (Last)

Firma (Signature): _____
Fecha (Date)

Domicilio (Address): _____
Calle (Street) Ciudad (City) Estado (State) Código postal (ZIP)

Teléfono (Phone Number): _____
Hogar (Home) Celular (Cell) Trabajo (Work)

Dirección de Correo Electrónico (Email Address): _____

Parte 3 – A: Declaración de Testigos

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de California 1) que conozco personalmente a la persona que firmó o certificó este documento de instrucciones anticipadas, o que la identidad de la persona me fue demostrada mediante prueba convincente; 2) que la persona firmó o reconoció este documento de instrucciones anticipadas en mi presencia; 3) que la persona parece estar en su sano juicio y bajo ninguna presión, fraude o influencia indebida; 4) que no soy una persona designada como representante por este documento de instrucciones anticipadas; y, 5) que no soy el proveedor de atención médica del paciente, un empleado de un operador de un centro de atención comunitaria, el operador de un centro de atención residencial para ancianos, ni un empleado de un operador de un centro de atención residencial para ancianos.

(Part 3 – A: Statement of Witnesses)

I declare under penalty of perjury under the laws of California 1) that the individual who signed or acknowledged this advance directive is personally known to me, or that the individual's identity was proven to me by convincing evidence; 2) that the individual signed or acknowledged this advance directive in my presence; 3) that the individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud or undue influence; 4) that I am not a person appointed as agent by this advance directive; and, 5) that I am not the individual's health care provider, an employee of an operator of a community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly, nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly.

**Un testigo debe firmar la Declaración Adicional de Testigos en la Parte 3 – B a continuación.
(One witness must sign the Additional Witness Statement below in Part 3 – B.)**

Primer Testigo (First Witness)

Nombre (Name): _____
Nombre (First) Apellido (Last)

Firma (Signature): _____
Fecha (Date)

Domicilio (Address): _____
Calle (Street) Ciudad (City) Estado (State) Código postal (ZIP)

Teléfono (Phone Number): _____
Hogar (Home) Celular (Cell) Trabajo (Work)

Segundo Testigo (Second Witness)

Nombre (Name): _____
Nombre (First) Apellido (Last)

Firma (Signature): _____
Fecha (Date)

Domicilio (Address): _____
Calle (Street) Ciudad (City) Estado (State) Código postal (ZIP)

Teléfono (Phone Number): _____
Hogar (Home) Celular (Cell) Trabajo (Work)

Parte 3 – B: Declaración Adicional de Testigos

Por lo menos uno de sus testigos debe firmar la siguiente declaración.

Declaro además bajo pena de perjurio bajo las leyes de California que no estoy relacionado con la persona que ejecuta este documento de instrucciones anticipadas para la atención médica por consanguinidad, matrimonio ni adopción, y a mi mejor saber y entender, no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio de la persona al momento de su muerte bajo un testamento existente ahora o conforme a derecho.

(Part 3 – B: Additional Witness Statement)

At least one of your witnesses must sign the following declaration.

I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance health care directive by blood, marriage or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.

Firma del Testigo (Witness Signature) : _____
Fecha (Date)

ALTERNATIVA A LA FIRMA CON TESTIGOS (ALTERNATIVE TO SIGNING WITH WITNESSES)

Parte 3 – C: Notario Público (Opcional)

Usted puede utilizar este certificado de reconocimiento ante un notario público en lugar de la declaración de los testigos.

[Part 3 – C: Notary Public (Optional)]:

You may use this certificate of acknowledgement before a Notary Public instead of the Statement of Witnesses.

Sección 1189 del Código Civil (Civil Code Section 1189)

Un notario público u otra oficina que complete este certificado verifica solo la identidad del individuo que firma el documento, el cual se adjunta a este certificado, y no la veracidad, exactitud o validez de ese documento. (A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document, to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy or validity of that document.)

Estado de California, Condado de (State of California, County of) _____

En (On) _____, ante mí (before me), _____
Fecha (Date) Nombre y cargo del notario público (Name and Title of Notary Public)

compareció personalmente (personally appeared) _____
Nombre del firmante (Name of Signer)

quien me demostró mediante prueba satisfactoria ser la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) está(n) suscrito(s) en este documento, y reconoció(reconocieron) ante mí que él/ella/ellos ejecutó (ejecutaron) el documento en su(s) capacidad(es) autorizada(s), y que por su(s) firma(s) en el documento de la(s) persona(s), o la entidad en nombre de la cual la(s) persona(s) actuó(actuaron), ejecutó(ejecutaron) el documento. (who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

Certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que el párrafo anterior es verdadero y correcto. (I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.)

EN TESTIMONIO de lo cual, asiento mi firma y sello. (WITNESS my hand and official seal).

Firma del Notario (Notary Signature): _____

Sello del Notario (Notary Seal):

LLENAR ÚNICAMENTE SI VIVE EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (COMPLETE ONLY IF YOU LIVE IN A SKILLED NURSING FACILITY)

Parte 3 - D: Requisitos de Testigo Especial

Si usted es un paciente en un centro de enfermería especializada, el defensor del paciente o defensor del pueblo **debe** firmar la siguiente declaración.

(Part 3 - D: Special Witness Requirement)

If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman **must** sign the following statement.

Declaración del Defensor del Paciente o Defensor del Pueblo

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de California que soy un defensor del paciente o defensor del pueblo designado por el Departamento Estatal para Atención del Envejecimiento y que estoy actuando como testigo conforme lo exige la Sección 4675 del Código de Sucesiones.

(Statement of Patient Advocate or Ombudsman)

I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code.

Nombre (Name): _____
Nombre (First) Apellido (Last)

Firma (Signature): _____
Fecha (Date)

Domicilio (Address): _____
Calle (Street) Ciudad (City) Estado (State) Código postal (ZIP)

Guía Adicional

Si tiene preguntas acerca de la generación de un documento de instrucciones anticipadas o desea tener una conversación confidencial con uno de nuestros facilitadores de planificación anticipada, comuníquese al **619-517-9798** o por correo electrónico a **ACP@sharp.com**.

(Additional Guidance)

If you have questions about creating an advance directive or would like to have a confidential conversation with one of our advance care planning facilitators, call **619-517-9798** or email **ACP@sharp.com**.

Compartiendo Este Documento

Entregue una copia de sus instrucciones anticipadas a su médico, representante(s) de cuidados de la salud y al hospital donde iría en caso de emergencia. Si lo desea, pueden compartirse copias adicionales con otras personas, como por ejemplo sus seres queridos, clero o abogado.

(Sharing This Document)

Give a copy of your advance directive to your doctor, health care agent(s) and the hospital where you would go in an emergency. If you wish, extra copies may be shared with others, such as your loved ones, clergy or attorney.

Las siguientes personas tienen una copia de mis instrucciones anticipadas:
(The following individuals have a copy of my advance directive):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Llene la tarjeta adjunta, despréndala y guárdela en su billetera para un caso de emergencia. (Fill out the card attached, tear off, and keep it in your wallet in case of an emergency.)

En una emergencia, por favor consulte a mi(s) representante(s) de cuidados de la salud (In an emergency, please consult my health care agent(s))

1. _____
Nombre (Name) Teléfono (Phone)
2. _____
Nombre (Name) Teléfono (Phone)
3. _____
Nombre (Name) Teléfono (Phone)

Se puede obtener una copia de mis instrucciones anticipadas para cuidados de la salud con: (A copy of my advance health care directive may be obtained from):

Tengo Instrucciones Anticipadas Para el Cuidado de la Salud. (I have an advance health care directive.)

Mi nombre (My name): _____

Firma (Signature): _____



~ Una organización para el cuidado de la salud diseñada sin fines de lucro ~