



Patient Name:

Last

First

MRN:

or Affix Label

Spanish

Directivas anticipadas incluyendo poder notarial para atención médica

Resumen

Este documento legal cumple los requisitos legales para Wisconsin, Minnesota y Iowa.* Le permite

- Nombrar a otra persona para que tome sus decisiones de atención médica si usted no puede tomarlas.
- Escribir sus objetivos y preferencias para atención médica futura en situaciones específicas.

La persona que nombra se llama su agente de atención médica. También puede nombrar agentes alternativos de atención médica que pueden tomar decisiones si la persona que nombró primero o segundo no puede o no quiere tomarlas. Este documento le da a su agente autoridad para tomar decisiones de atención médica en su nombre solo después de que los médicos o profesionales de atención médica, de acuerdo con la ley en vigor, determinan que usted no puede tomar decisiones de atención médica por usted mismo.

Este documento **no le** da autoridad a su agente para:

- Tomar decisiones financieras u otras decisiones comerciales.
- Tomar ciertas decisiones sobre su tratamiento de salud mental.

Lea atentamente esta directiva anticipada antes de completarla y firmarla. **Debe discutir sus objetivos y valores y esta directiva anticipada con sus agentes de atención médica. A menos que hable con sus agentes de atención médica, es posible que no conozcan sus objetivos y no puedan seguir sus instrucciones.**

Recomendación: haga una cita con un facilitador de Planificación de la atención médica con antelación para que lo ayude. Si esta directiva anticipada no cubre sus necesidades, pregunte a su organización de atención médica o a su abogado sobre otras opciones.

Para completar esta directiva anticipada

Esta directiva anticipada se divide en cuatro partes: Parte 1 - Mi agente de atención médica

- Parte 1 – Mi agente de atención médica
- Parte 2 – Autoridad general del agente de atención médica
- Parte 3 – Declaración de deseos, instrucciones o límites para la atención
- Parte 4 – Cómo hacer que el documento sea legal

Siga las instrucciones de cada una de las cuatro partes.

Después de completar su directiva anticipada

Siga estos pasos:

- Hable con las personas que nombró de sus agentes sobre sus objetivos y preferencias para atención médica futura, si aún no lo ha hecho. Asegúrese de que ellos se sientan capaces de hacer este importante trabajo por usted en el futuro.
- Deles a sus agentes una copia de esta directiva anticipada.
- Hable con el resto de su familia y amigos cercanos que podrían participar si usted tiene una enfermedad o lesión grave. Asegúrese de que ellos sepan quién es su agente y cuáles son sus preferencias.
- Entregue una copia a su médico o a su centro de atención médica. Asegúrese de que entiendan sus preferencias.

*A partir de mayo de 2023



Last Name: _____

First Name: _____

Spanish

MRN: _____

- Guarde una copia de esta directiva anticipada en un lugar en el que pueda encontrarla fácilmente.
- Si va a un hospital o a un centro de atención residencial, lleve una copia de esta directiva anticipada y pida que la incluyan en su expediente médico.
- Revise y actualice esta directiva anticipada siempre que ocurra una de las cinco “cinco D”:
Década – cuando comience una nueva década de su vida.
Defunción (o disputa) – cuando un ser querido o agente de atención médica fallece (o no está de acuerdo con sus preferencias).
Divorcio – cuando sucede un divorcio (o anulación). Si su cónyuge o pareja doméstica es su agente, su directiva anticipada ya no tiene validez. Debe completar una nueva directiva anticipada, incluso si quiere que su excónyuge o expareja siga siendo su agente.
Diagnóstico – cuando lo diagnostican con una enfermedad grave.
Deterioro – cuando su salud empeora, especialmente cuando no puede vivir solo.
- Si sus objetivos o preferencias cambian:
 - Hable con sus agentes, su familia, su médico y con todos los que tengan copias de esta directiva anticipada.
 - Luego, complete una directiva anticipada nueva.
- Recorte la tarjeta de abajo, complétela, dóblela y guárdela en su billetera.

TENGO UNA DIRECTIVA ANTICIPADA <i>(I HAVE AN ADVANCE DIRECTIVE)</i>	Mi directiva anticipada está archivada en este centro de atención médica <i>(My advance directive is filed at this health care facility)</i> _____ Ciudad/estado <i>(City/State)</i> _____ Teléfono <i>(Phone)</i> _____
Nombre <i>(Name)</i> _____ Fecha de nacimiento <i>(Date of birth)</i> _____	Mi agente de atención médica es <i>(My health care agent is)</i> Nombre <i>(Name)</i> _____ Teléfono <i>(Phone)</i> _____
 Wisconsin Medical Society Advance Care Planning & Advance Directive by the Wisconsin Medical Society	

¿Necesita ayuda?

Todos los adultos deben comenzar a planificar las decisiones de atención médica futuras y el mejor momento para hacerlo es antes de que ocurra una crisis médica. Comuníquese con la oficina de su médico, hospital o recurso local de Planificación de la atención médica con antelación para obtener más información y hablar con un facilitador o con alguien capacitado para ayudarlo en este proceso.



Last Name: _____

First Name: _____

Spanish

MRN: _____

Directivas anticipadas incluyendo poder notarial para atención médica

Para (For):

Nombre (Name) _____ Fecha de nacimiento (Date of Birth) _____

Teléfono (celular) (Telephone (Cell)) _____ (Trabajo) (Work) _____ (Casa) (Home) _____

Dirección (Address) _____

Ciudad (City) _____ Estado/Código postal (State/ZIP) _____

Tengo la intención de darle copias de este documento a (I intend to give copies of this document to):

Nombre _____

Profesional de atención médica/Centro de atención médica (Health care professional/health care facility):

Nombre _____

Nombre _____

Nombre _____





Last Name: _____

First Name: _____

Spanish

MRN: _____

Aviso para la persona que está haciendo este documento

Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. No se le puede dar atención médica si usted objeto y la atención médica necesaria no se puede detener ni retener si usted objeto.

Debido a que sus proveedores de atención médica podrían no haber tenido la oportunidad de establecer una relación a largo plazo con usted, con frecuencia no están familiarizados con sus creencias y valores ni con la información de sus relaciones familiares. Esto presenta un problema si se vuelve física o mentalmente incapacitado para tomar decisiones sobre su atención médica.

Para evitar este problema, usted puede firmar este documento legal para especificar a la persona que quiere que tome decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas personalmente. Esa persona se llama agente de atención médica. Usted debe tomar algún tiempo para discutir sus opiniones y creencias sobre su tratamiento médico con las personas que ha especificado. En este documento usted puede aclarar cualquier tipo de atención que quiere o no quiere recibir y puede limitar la autoridad de su agente de atención médica. Si su agente de atención médica no conoce sus deseos con respecto a una decisión de atención médica específica, él tendrá que determinar lo que sería en su mejor interés cuando tome esa decisión.

Este es un documento legal importante. Le da a su agente vasto poder para tomar decisiones de atención médica por usted. Revoca cualquier poder notarial para atención médica que usted podría haber hecho antes. Si quiere cambiar su poder notarial para atención médica, puede revocar este documento en cualquier momento destruyéndolo, instruyendo a otra persona que lo destruya en su presencia, firmando una declaración por escrito y fechada de que el documento se revocó en presencia de dos testigos. Si revoca, debe avisar a su agente, a sus proveedores de atención médica y a cualquier otra persona a la que le entregó una copia. Si su agente es su cónyuge o pareja doméstica y su matrimonio se anula o si se divorcia o si la relación doméstica se disuelve después de firmar este documento, el documento no es válido.

También puede usar este documento para hacer o rehusarse a hacer un regalo anatómico cuando usted muera. Si usa este documento para hacer o rehusarse a hacer un regalo anatómico, este documento revoca cualquier registro anterior de regalo que usted haya hecho. Puede revocar o cambiar cualquier regalo anatómico que hizo por medio de este documento tachando la disposición de esto en este documento.

No firme este documento a menos que lo entienda claramente. Se sugiere que guarde el original de este documento en el archivo de su médico.





Last Name: _____

First Name: _____

Spanish

MRN: _____

Parte 1: Mi agente para atención médica

Si usted ya no puede tomar sus propias decisiones de atención médica, esta directiva anticipada nombra a la persona que usted autoriza para tomar esas decisiones por usted. Esta persona será su agente de atención médica". La ley dice que su agente de atención médica tomará las decisiones de atención médica en su nombre solo después de que los médicos u otros profesionales de atención médica autorizados por la ley actual del estado hayan determinado que usted no puede tomar estas decisiones. Su agente tomará decisiones sobre su atención médica como usted lo haría si pudiera. Usted y su agente de atención médica deben hablar constantemente sobre su salud y opciones de atención médica.

Elija a alguien que lo conozca bien. Debe ser alguien en quien usted confía y que respete sus objetivos y valores. Esta persona también debe poder tomar decisiones difíciles bajo estrés. Con frecuencia los familiares son una buena opción, pero no siempre. Elija a alguien que siga al pie de la letra lo que usted quiere y que sea un buen defensor para usted. Discuta este documento y sus opiniones con las personas que eligió de agentes de atención médica.

Un agente de atención médica debe ser mayor de 18 años. Su agente de atención médica no puede ser uno de sus proveedores de atención médica ni un empleado de su proveedor de atención médica, a menos que sea su familiar.

La persona que elegí como mi agente de atención médica es (The person I choose as my health care agent is):

Nombre (Name) _____ Relación (Relationship) _____

Teléfono (celular) (Telephone (Cell)) _____ (Trabajo) (Work) _____ (Casa) (Home) _____

Dirección (Address) _____

Ciudad (City) _____ Estado/Código postal (State/ZIP) _____

Si esa persona no puede o no quiere tomar decisiones por mí, mi siguiente opción es:

Segunda opción (Second choice):

Nombre (Name) _____ Relación (Relationship) _____

Teléfono (celular) (Telephone (Cell)) _____ (Trabajo) (Work) _____ (Casa) (Home) _____

Dirección (Address) _____

Ciudad (City) _____ Estado/Código postal (State/ZIP) _____

Si esa persona no puede o no quiere tomar decisiones por mí, mi siguiente opción es:

Tercera opción (Third choice):

Nombre (Name) _____ Relación (Relationship) _____

Teléfono (celular) (Telephone (Cell)) _____ (Trabajo) (Work) _____ (Casa) (Home) _____

Dirección (Address) _____

Ciudad (City) _____ Estado/Código postal (State/ZIP) _____

No tengo un agente de atención médica. En lugar de ello, quiero que la parte 3 de este documento dirija mi atención médica. (I do not have a health care agent. Instead, I want Part 3 of this document to guide my health care)





Last Name: _____

First Name: _____

Spanish

MRN: _____

Parte 2: Autoridad general del agente de atención médica

Para completar esta parte:

Tache con una línea cualquier cosa del cuadro de abajo que usted **no** quiera que haga su agente de atención médica. Por ejemplo, debe verse así: ~~Tomar decisiones~~

Quiero que mi agente de atención médica pueda:

- Tomar decisiones sobre pruebas, medicamentos, operaciones y otra atención médica. Si el tratamiento ya comenzó, mi agente puede permitir que continúe o detenerlo, basándose en mis instrucciones o en mi mejor interés. *(Decide on tests, medicine, surgery and other medical care. If treatment has started, my agent can keep it going or stop it, based on my instructions or my best interests.)*
- Interpretar mis instrucciones basándose en lo que sabe de mis preferencias y valores. *(Interpret my instructions based on what he or she knows of my preferences and values.)*
- Revisar y revelar mi expediente médico y archivos personales según sea necesario para mi atención médica. *(Review and release my medical records and personal files as needed for my medical care.)*
- Hacer arreglos para mi atención médica y tratamiento en Wisconsin o en cualquier otro estado. *(Arrange for my medical care and treatment in Wisconsin or any other state.)*
- Decidir si se pueden donar órganos o tejidos (regalos anatómicos) después de mi fallecimiento de acuerdo con mis preferencias y valores. *(Decide whether organs or tissues (anatomical gifts) can be donated after my death according to my preferences and values.)*

Límites de tratamiento de salud mental en Wisconsin

La ley de Wisconsin dice que mi agente de atención médica no puede ingresarme ni internarme en un centro para pacientes hospitalizados para tratamiento de salud mental. Esto quiere decir que, en Wisconsin, mi agente no puede ingresarme en:

- una institución para enfermedades mentales
- un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales o
- un centro estatal de tratamiento de salud mental.

Mi agente de atención médica puede no aceptar cualquier tratamiento drástico de salud mental para mí. Estos tratamientos incluyen investigación experimental de salud mental, operaciones del cerebro o terapia de electrochoques.





Last Name: _____

First Name: _____

Spanish

MRN: _____

Para completar las tres preguntas siguientes:

Escriba sus iniciales o marque la casilla junto a la afirmación de cada sección con la que esté de acuerdo.

En Wisconsin, si usted no marca ninguna casilla en una sección o elige “no”, solo un tribunal puede tomar la decisión y no su agente de atención médica.

1. Autoridad del agente para tomar la decisión de ingresarme en un centro de atención residencial a largo plazo o centro de atención residencial de la comunidad para atención a largo plazo.

Nota: su agente de atención médica tiene autoridad para ingresarlo en un centro de atención residencial a largo plazo o en un centro de atención residencial (de la comunidad) para una estancia **a corto plazo**. Por ejemplo, es posible que usted necesite atención para recuperarse después de una operación y usted espera irse a casa.

Si necesito atención **a largo plazo** por cualquier motivo, entonces *(If I need long-term care for any reason, then):*

Sí, mi agente puede tomar la decisión de ingresarme en un centro de atención residencial a largo plazo o centro de atención residencial de la comunidad para una estancia a largo plazo. *(Yes, my agent can make the decision to admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay.)*

No, mi agente no puede tomar la decisión de ingresarme a un centro de atención residencial a largo plazo o a un centro de atención residencial de la comunidad para una estancia a largo plazo. *(No, my agent cannot make the decision to admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay.)*

En Wisconsin, elegir “no” o dejar esta sección en blanco significa que no me pueden ingresar en un centro de atención de largo plazo de Wisconsin sin una orden de un tribunal.

2. Autoridad del agente para tomar la decisión de rechazar o quitar un tubo de alimentación o líquidos intravenosos.
(Agent authority to make the decision to refuse or have removed a feeding tube and/or IV fluids.)

Sí, mi agente puede tomar la decisión de rechazar o detener la alimentación o líquidos intravenosos. *(Yes, my agent can make the decision to refuse or stop tube feedings and/or IV fluids.)*

No, mi agente no puede tomar la decisión de rechazar o detener la alimentación o líquidos intravenosos. *(No, my agent cannot make the decision to refuse or stop tube feedings and/or IV fluids.)*

En Wisconsin, elegir “no” o dejar esta sección en blanco significa que no se puede rechazar ni detener la alimentación o líquidos intravenosos sin una orden de un tribunal.

3. Autoridad del agente para tomar decisiones de atención médica durante el embarazo.
(Agent authority to make health care decisions during pregnancy.)

Sí, mi agente puede tomar decisiones de atención médica por mí si estoy embarazada. *(Yes, my agent can make health care decisions for me if I am pregnant.)*

No, mi agente no puede tomar decisiones de atención médica por mí si estoy embarazada. *(No, my agent cannot make health care decisions if I am pregnant.)*

Esto no se aplica para mí. *(This does not apply to me.)*

En Wisconsin, elegir “no” o dejar esta sección en blanco significa que no se pueden tomar decisiones de atención médica por mí mientras esté embarazada sin una orden de un tribunal.





Last Name: _____

First Name: _____

Spanish

MRN: _____

Parte 3: Declaración de deseos, instrucciones o límites para la atención

La Parte 3 le permite aclarar sus preferencias. Su agente de atención médica y sus médicos consultarán esta sección mientras lo atienden. Si usted no nombra un agente de atención médica o si no podemos comunicarnos con su agente de atención médica, usted puede dirigir su atención con las opciones que elija abajo. Debe hablar con su agente de atención médica sobre el tipo de atención que quiere, incluso si no hace ninguna selección en esta sección.

No está obligado a completar esta parte del documento.

Para completar esta parte:

Escriba sus iniciales o marque la casilla junto a la afirmación con la que esté de acuerdo. Puede agregar cualquier otra instrucción de atención específica en la página 7.

1. Tratamientos que pueden prolongar la vida si estoy en esta situación. (Treatments that may prolong life if I am in this situation.)

Si estoy enfermo o tuve una lesión y mis médicos creen que hay pocas probabilidades de que recupere mi capacidad de saber quién soy, quiénes son mis amigos y familiares o dónde estoy, esta es mi decisión:

Quiero rechazar o detener todos los tratamientos. Algunos ejemplos son una máquina que respira por mí (respirador/ventilador), tubos de alimentación, productos de la sangre, antibióticos o líquidos que me administren por vía intravenosa, tratamientos u otros medicamentos para condiciones médicas crónicas. **(I want to refuse or stop all treatments.)**

Quiero recibir todos los tratamientos para mantenerme vivo, a menos que mi médico determine que los tratamientos serían más un daño que un beneficio. **(I want to receive all treatments to keep me alive, unless my doctor determines the treatments would harm me more than help me.)**

Con cualquier decisión, entiendo que me mantendrán limpio y cómodo. Seguiré recibiendo medicamentos para mi comodidad y aliviar el dolor y comida y fluidos por vía oral si puedo tragar de manera segura.

2. Resucitación cardiopulmonar (CPR). (Cardiopulmonary resuscitation (CPR).)

Basándome en mi salud actual, esta es mi decisión sobre CPR si mi corazón o mi respiración se detiene.

Quiero que se intente CPR **a menos** que mi médico determine que **(I want CPR attempted unless my doctor determines):**

- Tengo una condición médica y no hay ninguna probabilidad razonable de que sobreviva con CPR **(I have a medical condition and no reasonable chance of survival with CPR,)**
O (OR)
- La CPR sería más dañina que beneficiosa. **(CPR would harm me more than help me.)**

No quiero CPR. Déjenme tener una muerte natural. **(I do not want CPR. Let me die a natural death.)**

Si usted no quiere que el personal de emergencias le administre CPR, debe hablar con el médico sobre los otros documentos que necesita.





Last Name: _____

First Name: _____

Spanish

MRN: _____

Instrucciones específicas de atención para lograr mis objetivos y preferencias en ciertas situaciones:
(Specific care instructions to meet my goals and preferences in certain situations)

Preferencias de comodidad: estas cosas son importantes para que yo esté cómodo (por ejemplo, mi música preferida, mantas calientes, mejor posición en la cama). *(Comfort preferences)*

Cómo incluir a los demás cuando tomen decisiones sobre mi atención: (Si hay tiempo, intenten incluir a estas personas en mis decisiones de atención médica). *(Including others when making decisions about my care)*

Si estoy muriendo y no puedo comunicarme, quiero darle a mis amigos y familia estos mensajes personales: *(If I am near death and cannot communicate, I want to give my friends and family these personal messages)*





Last Name: _____

First Name: _____

Spanish

MRN: _____

Si estoy muriendo, estas son las cosas que quisiera: (Por ejemplo, música preferida, rituales, iluminación tenue, una visita del capellán del hospital o alguien de mi comunidad de fe). *(If I am near death, things I would want)*

Para completar esta parte:

Escriba sus iniciales o marque la casilla junto a la afirmación con la que está de acuerdo.

Después de mi muerte, estas son algunas de mis preferencias:

Donación de mis órganos o tejidos (regalos anatómicos) (Donation of my organs or tissue (anatomical gifts))

Ejemplos de órganos incluyen riñones, hígado, corazón, pulmones. Ejemplos de tejido son los ojos, la piel, los huesos y las válvulas del corazón.

- A.** No quiero donar ninguna parte de mi cuerpo. *(I do not wish to donate any part of my body.)*
- B.** Después de morir, quiero donar cualquier parte de mi cuerpo que pueda ayudar a los demás. *(After I die, I wish to donate any parts of my body that may help others.)*
- C.** Después de morir, quiero donar **solo** estos órganos y tejidos *(After I die, I wish to donate **only** these organs and tissue):* _____





Last Name: _____

First Name: _____

Spanish

MRN: _____

Parte 4: Cómo hacer que este documento sea legal:

En Wisconsin: este documento se debe firmar y fechar en presencia de dos testigos que cumplan las calificaciones que se explican abajo. No se puede usar un notario público en lugar de los dos testigos. (In Wisconsin: This document must be signed and dated in the presence of two witnesses who meet the qualifications explained below. A notary public cannot be used instead of the two witnesses.)

En Minnesota o Iowa: este documento se debe firmar y fechar ya sea en presencia de dos testigos que cumplan las calificaciones que se explican abajo O en presencia de un notario público.

Mi firma y fecha (My signature and date)

Estoy en pleno uso de mis facultades mentales. Acepto todo lo escrito en este documento.

(I am of sound mind. I agree with everything written in this document.)

Completé este formulario libre y voluntariamente. (I have completed this document of my free will.)

Mi firma (My signature) _____ Fecha (Date) _____

Si no puedo firmar, pido a (nombre en letra de molde) (If I cannot sign my name, I ask (print name)) _____ que firme en mi nombre. (to sign for me.)

Firma de la persona a la que le pedí que firme por mí (Signature of the person I asked to sign for me) _____

Declaración de los testigos (Statement of witnesses)

A. Firmando este documento como testigo, yo certifico que soy (By signing this document as a witness, I certify I am):

- Mayor de 18 años. (At least 18 years old.)
No tengo relación por sangre, matrimonio, pareja doméstica o adopción con la persona que firma este documento. (Not related by blood, marriage, domestic partnership, or adoption to the person signing this document.)
No soy un agente de atención médica nombrado por la persona que firma este documento. (Not a health care agent appointed by the person signing this document.)
No soy directamente responsable económicamente por la atención médica de esta persona. (Not directly financially responsible for this person's health care.)
No soy proveedor de atención médica que atiende directamente a la persona en este momento. (Not a health care provider directly serving the person at this time.)
No soy empleado de un proveedor de atención médica que atiende directamente a la persona en este momento. (Not an employee of a health care provider directly serving the person at this time.)

En Wisconsin, los trabajadores sociales y capellanes pueden ser testigos incluso si son empleados del proveedor de atención médica. (In Wisconsin, social workers and chaplains may serve as witnesses even if employed by the health care provider.)

- No sé si tengo derecho al patrimonio de la persona o si tengo derecho a reclamarlo. (Not aware that I am entitled to or have a claim against the person's estate.)

B. Sé que esta es la persona que se identifica en el documento. Creo que esta persona hace pleno uso de sus facultades mentales y que es mayor de 18 años. Fui testigo personalmente de esta persona cuando firmó este documento y creo que esa persona lo hizo voluntariamente. (I know this to be the person identified in the document. I believe this person to be of sound mind and at least 18 years old. I personally witnessed this person sign this document, and I believe that this person did so voluntarily.)

Testigo número uno (Witness Number One):

Firma (Signature) _____ Fecha (Date) _____

Nombre en letra de molde (Print Name) _____

Dirección (Address) _____

Ciudad (City) _____ Estado/Código postal (State/ZIP) _____

Testigo número dos (Witness Number Two):

Firma (Signature) _____ Fecha (Date) _____

Nombre en letra de molde (Print Name) _____

Dirección (Address) _____

Ciudad (City) _____ Estado/Código postal (State/ZIP) _____

