

Instrucción Anticipada de atención de salud de Pennsylvania

Pennsylvania Advance Health Care Directive

Importante:

El Lehigh Valley Health Network presenta esta información como un servicio público. Alguna de la información es sobre asuntos médicos, pero no pretende ser consejo médico. Alguna de la información es sobre asuntos legales, pero no pretende ser consejo legal y no forma una relación de cliente y abogado. LVHN no ofrece ninguna garantía en cuanto a la precisión de la información y no toma ninguna responsabilidad por lo contenido. Antes de utilizar esta información para un propósito legal por ejemplo crear su Plan de Atención Avanzado o Testamento, usted debe obtener el consejo de un abogado titulado y hablar con su médico en cuanto a su condición médica.



SPANISH & ENGLISH

- Esta forma les permitirá a sus médicos conocer sus deseos de cuidado de la salud

This form will let your doctors know your health care wishes

- Esta forma tiene 2 tipos de páginas

This form has 2 types of pages

Las páginas de la izquierda están en español e inglés

Pages on the left have both Spanish and English

Las páginas de la derecha están solamente en español

Pages on the right have only Spanish

Ambas páginas dicen **lo mismo**

Both pages say the **same thing**

- La mayoría de los médicos solamente hablan inglés

Most doctors only read English

Por lo tanto, **llene solamente las páginas que están en inglés y español**

So only **fill out** pages that have both **Spanish and English**

ESPAÑOL

- Esta forma les permitirá a sus médicos conocer sus deseos de cuidado de la salud

- Esta forma tiene 2 tipos de páginas

Las páginas de la izquierda están en español e inglés

Las páginas de la derecha están solamente en español

Ambas páginas dicen **lo mismo**

- La mayoría de los médicos solamente hablan inglés

Por lo tanto, **llene solamente las páginas que están en inglés y español**

Vaya a la página siguiente

Go to the next page



Instrucción Anticipada de atención de salud de Pennsylvania

Pennsylvania Advance Health Care Directive

Esta forma le permite indicar cómo desea que le traten si está muy enfermo.

This form lets you have a say about how you want to be treated if you get very sick.



Esta forma consta de 3 partes. Le permite:

This form has 3 parts. It lets you:

Parte 1: Escoger una persona decisora.

Part 1: Choose a medical decision maker.

Una persona decisora es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.

A medical decision maker is a person who can make health care decisions for you if you are too sick to make them yourself.

Parte 2: Tomar sus propias decisiones de atención de salud.

Part 2: Make your own health care choices.

Esta forma 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 está muy enfermo para decirlo por usted mismo.

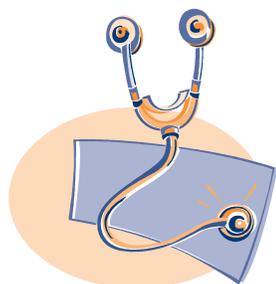
This form lets you choose the kind of health care you want. This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are too sick to tell them yourself.

Parte 3: Firmar el formulario.

Part 3: Sign the form.

Se debe firmar antes de que se pueda usar.

It must be signed before it can be used.



Usted puede llenar la Parte 1, la Parte 2 o ambas. Siempre firme el formulario en la página E9.

You can fill out Part 1, Part 2, or both. Always sign the form on page E9.

Es necesario que 2 testigos firmen en la página E11.

2 witnesses need to sign on page E11.

Su Nombre: _____

Your Name:

Your Name



Instrucción Anticipada de atención de salud de Pennsylvania

Esta forma le permite indicar cómo desea que le traten si está muy enfermo.

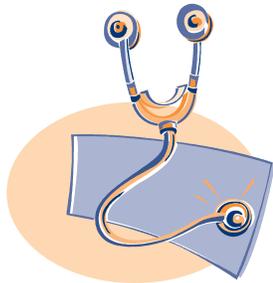


Esta forma consta de 3 partes. Le permite:



Parte 1: Escoger una persona decisora.

Una persona decisora es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.



Parte 2: Tomar sus propias decisiones de atención de salud.

Esta forma 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 está muy enfermo para decirlo por usted mismo.



Parte 3: Firmar el formulario.

Se debe firmar antes de que se pueda usar.

**Usted puede llenar la Parte 1, la Parte 2 o ambas.
Siempre firme el formulario en la página E9.**

Es necesario que 2 testigos firmen en la página E11.

Su Nombre: _____

Si sólo desea nombrar una persona decisora, vaya a la Parte 1 en la página E3

If you only want to name a medical decision maker go to Part 1 on page E3.

Si sólo desea tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página E6.

If you only want to make your own health care choices, go to Part 2 on page E6.

Si desea hacer ambas cosas, llene la Parte 1 y la Parte 2.

If you want both, then fill out Part 1 and Part 2.

Siempre firme el formulario en la Parte 3 que está en la página E9.

Always sign the form in Part 3 on page E9.

Es necesario que 2 testigos firmen en la página E11.

2 witnesses need to sign on page E11.

¿Qué sucede si cambio de opinión?

What if I change my mind?

- **Debe llenar un formulario nuevo.** Fill out a new form.
- **Informe sobre los cambios a aquellos encargados de su cuidado.** Tell those who care for you about your changes.
- **Entregue el formulario nuevo a su persona decisora y a su médico.** Give the new form to your medical decision maker and doctor.



¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el formulario?

What if I have questions about the form?

- **Pídale a sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, familiares o amigos que respondan a sus preguntas. También los abogados pueden ayudar.** Ask your doctors, nurses, social workers, friends or family to answer your questions. Lawyers can help too.

¿Qué sucede si tengo decisiones de atención de salud que no aparecen en esta forma?

What if I want to make health care choices that are not on this form?

- **Escriba sus deseos en la página E9.** Write your choices on page E9.



Comparta esta forma y sus deseos médicos con sus familiares, amigos, y médicos.

Share this form and your choices with your family, friends, and medical providers.

Si sólo desea nombrar una persona decisora, vaya a la Parte 1 en la página E3

Si sólo desea tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página E6.

Si desea hacer ambas cosas, llene la Parte 1 y la Parte 2.

Siempre firme el formulario en la Parte 3 que está en la página E9.

Es necesario que 2 testigos firmen en la página E11.

¿Qué sucede si cambio de opinión?

- Debe llenar un formulario nuevo.
- Informe sobre los cambios a aquellos encargados de su cuidado.
- Entregue el formulario nuevo a su persona decisora y a su médico.



¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el formulario?

- Pídale a sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, familiares o amigos que respondan a sus preguntas. También los abogados pueden ayudar.

¿Qué sucede si tengo decisiones de atención de salud que no aparecen en esta forma?

- Escriba sus deseos en la página E9.



Comparta esta forma y sus deseos médicos con sus familiares, amigos, y médicos.

Parte 1

Escoger una persona decisora

Part 1

Choose your medical decision maker

La persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.

The person who can make health care decisions for you if you are too sick to make them yourself.

¿A quién debo escoger como mi persona decisora?

Whom should I choose to be my medical decision maker?

Un familiar o amigo que:

A family member or friend who:

- **tenga como mínimo 18 años**
is at least 18 years old
- **le conozca bien**
knows you well
- **pueda estar con usted cuando lo necesite**
can be there for you when you need them
- **usted confíe que hará lo mejor para usted**
you trust to do what is best for you
- **pueda informarle a los médicos sobre las decisiones que tomó en esta forma**
can tell your doctors about the decisions you made on this form



Su persona decisora **no puede** ser su médico o alguien que trabaje en el hospital o clínica, a menos que sea un familiar.

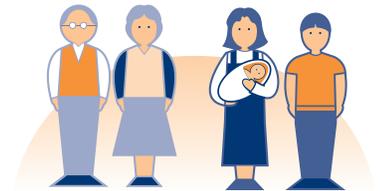
Your decision maker cannot be your doctor or someone who works at your hospital or clinic, unless he/she is a family member.

¿Qué sucede si no escojo una persona decisora?

What will happen if I do not choose a medical decision maker?

Si está demasiado enfermo como para tomar sus propias decisiones, de acuerdo con la ley de Pennsylvania, una persona será elegida para que tome decisiones por usted. Es posible que esta persona **NO** sepa sobre sus deseos médicos.

If you are too sick to make your own decisions, a person will be chosen for you according to Pennsylvania law. This person may not know what you want.



¿Qué tipo de decisiones puede tomar mi persona decisora?

What kind of decisions can my medical decision maker make?

Él/Ella podrá elegir:

She or he will be able to choose:

- **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
- **que tipo de cuidado personal recibe, tales como: donde vive**
what kind of personal care you get, such as where you live
- **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



Parte 1 Escoger una persona decisora

La persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.

¿A quién debo escoger como mi persona decisora?

Un familiar o amigo que:

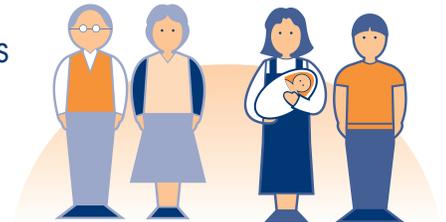
- tenga como mínimo 18 años
- le conozca bien
- pueda estar con usted cuando lo necesite
- usted confíe que hará lo mejor para usted
- pueda informarle a los médicos sobre las decisiones que tomó en esta forma



Su persona decisora **no puede** ser su médico o alguien que trabaje en el hospital o clínica, a menos que sea un familiar.

¿Qué sucede si no escojo una persona decisora?

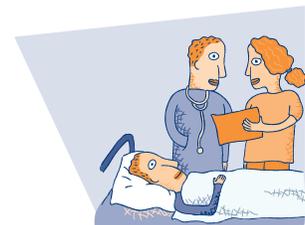
Si está demasiado enfermo como para tomar sus propias decisiones, de acuerdo con la ley de Pennsylvania, una persona será elegida para que tome decisiones por usted. Es posible que esta persona NO sepa sobre sus deseos médicos.



¿Qué tipo de decisiones puede tomar mi persona decisora?

Él/Ella podrá elegir:

- médicos, enfermeras, trabajadores sociales, proveedores de salud
- hospitales, clínicas, o un asilo de ancianos
- medicamentos, exámenes, o tratamientos
- que tipo de cuidado personal recibe, tales como: donde vive
- quien puede ver su expediente medico
- lo que sucederá con su cuerpo y órganos después de su muerte



Mas decisiones que su persona decisora puede tomar:

More decisions your medical decision maker can make

Tratamientos de soporte vital – tratamiento médico para ayudarle a vivir más tiempo

Life support treatments – medical care to try to help you live longer

- **RCP o reanimación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation)**
cardio = corazón • pulmonar = pulmones • reanimación = recuperación
(heart) (lungs) (to bring back)



Estos tratamientos pueden ser: This may involve:

- presionar con fuerza en el pecho para mantener la circulación de la sangre
pressing hard on your chest to keep your blood pumping
- choques eléctricos para hacer que el corazón vuelva a funcionar
electrical shocks 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 y respira por usted. Usted no puede hablar cuando se encuentra conectado al respirador.

The machine pumps air into your lungs and breathes for you. You are not able to talk when on the machine.

- **Diálisis** Dialysis

Una máquina que limpia la sangre si los riñones dejan de funcionar.

A machine that cleans your blood if your kidneys stop working.

- **Sonda de alimentación** Feeding tube

Una sonda que se usa para alimentarle si no puede beber o comer. Esta sonda se inserta por la garganta hasta el estómago. También se puede colocar mediante una cirugía.

A tube used to feed you if you cannot swallow. The tube is placed down your throat into your stomach. It can also be placed by surgery.



- **Transfusiones de sangre** Blood transfusions

Poner sangre en las venas. To put blood in your veins.

- **Cirugía** Surgery

- **Medicamentos** Medicines

Cuidados para el final de la vida – si existe la posibilidad de que muera pronto, su persona decisora puede:

End of life care – if you might die soon your medical decision maker can:



- llamar a un guía espiritual call in a spiritual leader
- decidir si muere en su casa o en el hospital
decide if you die at home or in the hospital
- decidir donde será sepultado o cremado
decide where you should be buried or cremated



Anote cualquier decisiones que no quiere que tome su persona decisora por usted:

Write down any decisions you do not want your medical decision maker to make:

Hable con su persona decisora sobre esta forma y sus decisiones.

Talk to your medical decision maker about this form and your choices.



Su Nombre: _____

Your Name:

Mas decisiones que su persona decisora puede tomar:

Tratamientos de soporte vital – tratamiento médico para ayudarle a vivir más tiempo

- **RCP o reanimación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation)**
cardio = corazón • pulmonar = pulmones • reanimación = recuperación



Estos tratamientos pueden ser:

- presionar con fuerza en el pecho para mantener la circulación de la sangre
- choques eléctricos para hacer que el corazón vuelva a funcionar
- medicamentos a través de las venas

- **Respirador artificial**

El respirador bombea aire a los pulmones y respira por usted. Usted no puede hablar cuando se encuentra conectado al respirador.



- **Diálisis**

Una máquina que limpia la sangre si los riñones dejan de funcionar.

- **Sonda de alimentación**

Una sonda que se usa para alimentarle si no puede beber o comer. Esta sonda se inserta por la garganta hasta el estómago. También se puede colocar mediante una cirugía.



- **Transfusiones de sangre**

Poner sangre en las venas.

- **Cirugía**

- **Medicamentos**

Cuidados para el final de la vida – si existe la posibilidad de que muera pronto, su persona decisora puede:

- llamar a un guía espiritual
- decidir si muere en su casa o en el hospital
- decidir donde será sepultado o cremado



Anote cualquier decisiones que no quiere que tome su persona decisora por usted:

Hable con su persona decisora sobre esta forma y sus decisiones.



Su Nombre: _____

Your Name: _____

Su persona decisora Your Medical Decision Maker

Deseo que esta persona tome por mí las decisiones relacionadas con la atención médica en caso que yo no pueda tomarlas yo mismo. I want this person to make my medical decisions if I cannot make my own

nombre (first name) () -	apellido (last name) () -		
numero de teléfono de casa (home number)	numero de teléfono del trabajo (work number)	Relación (relationship)	
dirección (street address)	ciudad (city)	estado (state)	código postal (zip code)

Si esta primera persona no puede hacerlo, deseo que esta otra persona tome por mí las decisiones relacionadas con la atención médica. Además, si la primera persona es un cónyuge y se divorcian, los médicos recurrirán a esta persona. If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions. Also, if the first person is a spouse and you divorce, the doctors will turn to this person.

nombre (first name) () -	apellido (last name) () -		
numero de teléfono de casa (home number)	numero de teléfono del trabajo (work number)	Relación (relationship)	
dirección (street address)	ciudad (city)	estado (state)	código postal (zip code)

Marque con una X la oración con la que está de acuerdo. Marque esto en la página E5.

Put an X next to the sentence you agree with. Mark this on page E5.

- Mi persona decisora puede tomar decisiones por mí inmediatamente después de que yo firme este formulario. My medical decision maker can make decisions for me right after I sign this form.
- Mi persona decisora puede tomar decisiones por mí **solamente** cuando yo no pueda tomar mis propias decisiones. My medical decision maker will make decisions for me **only** after I cannot make my own decisions.

¿Cómo desea que su persona decisora cumpla sus deseos médicos? Marque con una X una oración con la que más esté de acuerdo.

How do you want your medical decision maker to follow your healthcare wishes? 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 medicas si los doctores piensan que es mejor 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.
- Alguna Flexibilidad:** Está bien que mi persona decisora cambie algunas de mis decisiones medicas si los doctores piensan que es mejor. Pero, estos son algunos deseos que nunca quiero que cambie: Some Flexibility: It is OK for my decision maker to change some of my decisions if the doctors think it is best. But, these are some 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 recomiendan. No flexibility: I want my decision maker to follow my medical wishes exactly, no matter what. It is not OK to change my decisions, even if the doctors recommend it.

Para tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página siguiente.

To make your own health care choices, go to Part 2 on the next page.

Si ha terminado, tiene que firmar esta forma en la página E9.

If you are done, you must sign this form on page E9.

Su persona decisora

Deseo que esta persona tome por mí las decisiones relacionadas con la atención médica en caso que yo no pueda tomarlas yo mismo.

nombre		apellido	
()	—	()	—
numero de teléfono de casa	numero de teléfono del trabajo	Relación	
dirección		ciudad	estado código postal

Si esta primera persona no puede hacerlo, deseo que esta otra persona tome por mí las decisiones relacionadas con la atención médica. Además, si la primera persona es un cónyuge y se divorcian, los médicos recurrirán a esta persona.

nombre		apellido	
()	—	()	—
numero de teléfono de casa	numero de teléfono del trabajo	Relación	
dirección		ciudad	estado código postal

Marque con una X la oración con la que está de acuerdo. Marque esto en la página E5.

- Mi persona decisora puede tomar decisiones por mí inmediatamente después de que yo firme este formulario.
- Mi persona decisora puede tomar decisiones por mí **solamente** cuando yo no pueda tomar mis propias decisiones.

¿Cómo desea que su persona decisora cumpla sus deseos médicos? Marque con una X una oración con la que más esté de acuerdo.

- Flexibilidad Total:** Está bien que mi persona decisora cambie cualquiera de mis decisiones medicas si los doctores piensan que es mejor en ese momento.
- Alguna Flexibilidad:** Está bien que mi persona decisora cambie algunas de mis decisiones medicas si los doctores piensan que es mejor. Pero, estos son algunos deseos que nunca quiero que cambie:

- 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 recomiendan.

Para tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página siguiente.

Si ha terminado, tiene que firmar esta forma en la página E9.

Parte 2

Tomar sus propias decisiones de atención de salud

Part 2

Make your own health care choices

Escriba sus decisiones de manera que aquellos encargados de su cuidado no tengan que adivinar. Escriba sus decisiones en la página E6.

Write down your choices so those who care for you will not have to guess. Write your answers on page E6.

Piense en las cosas que hacen que su vida valga la pena.

Think about what makes your life worth living.

Marque con una X todas las frases con las cuales esté de acuerdo en la página E6.

Put an X next to all the sentences you agree with on page E6.

Mi vida sólo vale la pena si puedo:

My life is only worth living if I can:

- conversar con mi familia o amigos talk to family or friends
- despertar de un estado de coma wake up from a coma
- alimentarme, bañarme, y cuidar de mí mismo feed, bathe, or take care of myself
- no sentir dolor be free from pain
- vivir sin estar conectado a máquinas live without being hooked up to machines
- Mi vida siempre vale la pena sin importar lo enfermo que esté.
My life is always worth living no matter how sick I am.
- no estoy seguro I am not sure



Si estoy muriendo, es importante para mí estar:

If I am dying, it is important for me to be:

- en casa at home
- en el hospital in the hospital
- no estoy seguro I am not sure

¿Es importante para usted la religión o la espiritualidad?

Is religion or spirituality important to you?

- no no
- sí yes

Si usted tiene una religión... ¿Cuál es?

If you have one, what is your religion?

¿Qué deben saber los médicos sobre sus creencias religiosas o espirituales?

What should your doctors know about your religious or spiritual beliefs?

Si está enfermo, sus médicos y enfermeras siempre intentarán mantenerle lo más cómodo posible y sin dolor.

If you are sick, your doctors and nurses will always try to keep you comfortable and free from pain.



Su Nombre: _____

Your Name:

Parte 2

Tomar sus propias decisiones de atención de salud

Escriba sus decisiones de manera que aquellos encargados de su cuidado no tengan que adivinar. Escriba sus decisiones en la página E6.

Piense en las cosas que hacen que su vida valga la pena.

Marque con una X **todas** las frases con las cuales esté de acuerdo en la página E6.

Mi vida **sólo** vale la pena si puedo:

- conversar con mi familia o amigos
- despertar de un estado de coma
- alimentarme, bañarme, y cuidar de mí mismo
- no sentir dolor
- vivir sin estar conectado a máquinas
- Mi vida siempre vale la pena sin importar lo enfermo que esté.
- no estoy seguro



Si estoy muriendo, es importante para mí estar:

- en casa
- en el hospital
- no estoy seguro

¿Es importante para usted la religión o la espiritualidad?

- no
 - sí
- Si usted tiene una religión... ¿Cuál es?

¿Qué deben saber los médicos sobre sus creencias religiosas o espirituales?

Si está enfermo, sus médicos y enfermeras siempre intentarán mantenerle lo más cómodo posible y sin dolor.



Su Nombre: _____

Your Name: _____

Los tratamientos de soporte vital se usan para mantenerle vivo. Estos pueden ser RCP, un respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis, transfusiones de sangre o medicamentos.

Life support treatments are used to try to keep you alive. These can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, blood transfusions, or medicine.

Por favor, lea toda esta página antes de tomar sus decisiones.

Please read this whole page before you make your choice.

Marque con una X la frase con la cual esté más de acuerdo.

Put an X next to the one choice you most agree with.

Si estoy muy enfermo y puedo morir pronto:

If I am so sick that I may die soon:

- Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos crean que pueden ayudar.**

Try all life support treatments that my doctors think might help.



Si los tratamientos no funcionan y existe una mínima esperanza de mejorarme, deseo que me conecten a máquinas de soporte vital, aunque esté sufriendo.

If the treatments **do not work** and there is little hope of getting better, **I want to stay on life support machines** even if I am suffering.

or

- Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos crean que pueden ayudar.**

Try all life support treatments that my doctors think might help.

Si los tratamientos no funcionan y existe una mínima esperanza de mejorarme, no deseo que me conecten a máquinas de soporte vital. Si estoy sufriendo quisiera suspenderlos.

But, if the treatments do not work and there is little hope of getting better, **I do NOT want to stay on life support machines.**

If I am suffering, I want to stop.

or

- No deseo ningún tratamiento 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.

or

- Deseo que mi persona decisora decida por mí.**

I want my medical decision maker to decide for me.

or

- No estoy seguro.**

I am not sure.

*Si usted está embarazada y se vuelve incapaz de tomar decisiones: La ley de Pennsylvania puede requerir que su médico le de los tratamientos de soporte vital, incluso si tiene una instrucción anticipada de atención de salud.

*If you are pregnant and become unable to make decisions: Pennsylvania law may require your doctor to give you life support treatments even if you have an advance directive.

Si usted quiere anotar deseos que no están en esta página, vaya a página E9

If you want to write down medical wishes that are not on this form, go to page E9.

Los tratamientos de soporte vital se usan para mantenerle vivo. Estos pueden ser RCP, un respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis, transfusiones de sangre o medicamentos.

Por favor, lea toda esta página antes de tomar sus decisiones. Marque con una X la frase con la cual esté más de acuerdo.

Si estoy muy enfermo y puedo morir pronto:

- Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar.

Si los tratamientos **no funcionan** y existe una mínima esperanza de mejorarme, **deseo que me conecten** a máquinas de soporte vital, aunque esté sufriendo.



o
or

- Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar.

Si los tratamientos no funcionan y existe una mínima esperanza de mejorarme, **no deseo que me conecten** a máquinas de soporte vital. Si estoy sufriendo quisiera suspenderlos.



o
or

- No deseo ningún** tratamiento de soporte vital, y quisiera enfocarme en sentirme cómodo. Prefiero tener una muerte natural.

o
or

- Deseo que mi persona decisora decida por mí.

o
or

- No estoy seguro.

*Si usted está embarazada y se vuelve incapaz de tomar decisiones: La ley de Pennsylvania puede requerir que su médico le de los tratamientos de soporte vital, incluso si tiene una instrucción anticipada de atención de salud.

Si usted quiere anotar deseos que no están en esta página, vaya a página E9

Sus médicos pueden preguntar sobre la donación de órganos y autopsia después de morir. Infórmenos sus deseos.

Your doctors may ask about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

Marque con una X la frase con la cual esté más de acuerdo.
Marque sus respuestas en la página E8.

Put an X next to the one choice you most agree with.

Donar (dar) sus órganos puede ayudar a salvar vidas.

Donating (giving) your organs can help save lives.

Deseo donar mis órganos.

I want to donate my organs.

¿Qué órganos desea donar?

Which organs do you want to donate?

cualquier órgano any organ

sólo only _____

No deseo donar mis órganos.

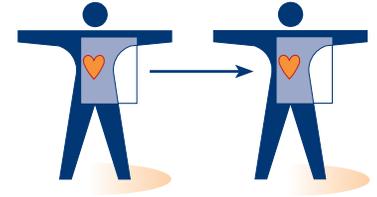
I do not want to donate my organs.

Deseo que mi persona decisora decida.

I want my decision maker to decide.

No estoy seguro.

I am not sure.



Se puede realizar una autopsia después de la muerte para saber por qué murió una persona.

An autopsy can be done after death to find out why someone died.

Se realiza mediante una cirugía. Puede tardar algunos días.

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 solo si existe alguna duda sobre mi muerte.

I only want an autopsy if there are questions about my death.

Deseo que mi persona decisora decida.

I want my decision maker to decide.

No estoy seguro.

I am not sure.



¿Qué deben saber sus médicos sobre la forma en que desea que su cuerpo sea tratado después de que muera? ¿Hizo arreglos funerarios o de sepultura?

What should your doctors know about how you want your body to be treated after you die? Do you have funeral or burial wishes?



Vaya a la Parte 3 en la página siguiente para firmar esta forma

Go to Part 3 on the next page to sign this form

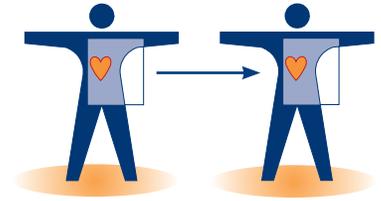


Sus médicos pueden preguntar sobre la donación de órganos y autopsia después de morir. Infórmenos sus deseos.

Marque con una X la frase con la cual esté más de acuerdo.
Marque sus respuestas en la página E8.

Donar (dar) sus órganos puede ayudar a salvar vidas.

- Deseo** donar mis órganos.
¿Qué órganos desea donar?
- cualquier órgano
- sólo _____
- No deseo** donar mis órganos.
- Deseo que mi persona decisora decida.
- No estoy seguro.



Se puede realizar una autopsia después de la muerte para saber por qué murió una persona.

Se realiza mediante una cirugía.
Puede tardar algunos días.

- Deseo** una autopsia.
- No deseo** una autopsia.
- Deseo una autopsia solo si existe alguna duda sobre mi muerte.
- Deseo que mi persona decisora decida.
- No estoy seguro.



¿Qué deben saber sus médicos sobre la forma en que desea que su cuerpo sea tratado después de que muera? ¿Hizo arreglos funerarios o de sepultura?



¿Qué otros deseos son importantes para usted?

Parte 3

Firmar el formulario en la página E9

Antes de que se pueda usar esta forma, usted debe:

- Firmar el formulario si tiene por lo menos 18 años de edad.
- Pedirles a dos testigos que firmen el formulario.



Firme e indique la fecha en la página E9

firma

fecha

nombre en letra de molde

apellido en letra de molde

dirección

ciudad

estado

código postal

Parte 3 Testigos



Part 3

Witnesses

Antes de que se puede usar esta forma, usted debe pedirles a 2 testigos que la firmen

Before this form can be used you must have 2 witnesses sign the form

Sus testigos deben: Your witnesses must:

- ser mayor de 18 años be over 18 years of age
- conocerle a usted know you
- verle firmar esta forma see you sign this 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
- trabajar para su proveedor de atención de salud work for your health care provider
- trabajar en el lugar donde usted vive work at the place that you live

Además, los testigos no pueden: Also, one witness cannot:

- estar relacionados con usted de ningún modo be 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 tienen que firmar en la página E11.

Witnesses need to sign their names on page E11.

Parte 3 Testigos



Antes de que se puede usar esta forma, usted debe pedirles a 2 testigos que la firmen

Sus testigos deben:

- ser mayor de 18 años
- conocerle a usted
- verle firmar esta forma

Sus testigos no pueden:

- ser su persona decisora
- ser su proveedor de atención de salud
- trabajar para su proveedor de atención de salud
- trabajar en el lugar donde usted vive

Además, los testigos no pueden:

- estar relacionados con usted de ningún modo
- beneficiarse financieramente (recibir dinero o propiedades) después de su muerte



Los testigos tienen que firmar en la página E11.

Pídale a sus testigos que firmen e indiquen la fecha en la página E11

Have your witnesses sign their names and write the date on page E11

Por medio de mi firma, doy fe que _____ firmó esta forma
mientras yo le miraba. (nombre)

By signing, I promise that _____ signed this form while I watched.
(name)

Esta persona tenía un uso pleno de su capacidad mental y
no fue forzada a firmar. He/she was thinking clearly and was not forced to sign it.



También doy fe de que: I also promise that:

- Conozco a esta persona y el/ella demostró quién era I know this person and he/she could prove who he/she was.
- Soy mayor de 18 años I am 18 years or older
- No soy su persona decisora I am not his/her medical decision maker
- No soy su proveedor de cuidado de la salud I am not his/her health care provider
- No trabajo para su proveedor de cuidado de la salud I do not work for his/her health care provider
- No trabajo en el lugar donde vive esta persona I do not work where he/she lives

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

- No tengo un parentesco de sangre, por matrimonio ni adopción I am not related to him/her by blood, marriage, or adoption
- No recibiré un beneficio económico (dinero o propiedades) después de que esta persona muera I will not benefit financially (get any money or property) after he/she dies

Testigo 1: Firmen en la página E11. Witness #1: Sign on page E11.

firma (sign your name)

fecha (date)

nombre en letra de molde (print your first name)

apellido en letra de molde (print your last name)

dirección (street address)

ciudad (city)

estado (state)

código postal (zip code)

Testigo 2: Firmen en la página E11. Witness #2: Sign on page E11.

firma (sign your name)

fecha (date)

nombre en letra de molde (print your first name)

apellido en letra de molde (print your last name)

dirección (street address)

ciudad (city)

estado (state)

código postal (zip code)

Pídale a sus testigos que firmen e indiquen la fecha en la página E11

Por medio de mi firma, doy fe que _____ firmó esta forma mientras yo le miraba.

(nombre)

Esta persona tenía un uso pleno de su capacidad mental y no fue forzada a firmar.

También doy fe de que:

- Conozco a esta persona y el/ella demostró quién era
- Soy mayor de 18 años
- No soy su persona decisora
- No soy su proveedor de cuidado de la salud
- No trabajo para su proveedor de cuidado de la salud
- No trabajo en el lugar donde vive esta persona



Uno de los testigos también debe dar fe de lo siguiente:

- No tengo un parentesco de sangre, por matrimonio ni adopción
- No recibiré un beneficio económico (dinero o propiedades) después de que esta persona muera

Testigo 1: Firmen en la página E11.

_____ / _____ / _____
firma

_____ / _____ / _____
fecha

_____ / _____ / _____ / _____
nombre en letra de molde

_____ / _____ / _____ / _____
apellido en letra de molde

_____ / _____ / _____ / _____
dirección

_____ / _____ / _____ / _____
ciudad

_____ / _____ / _____ / _____
estado

_____ / _____ / _____ / _____
código postal

Testigo 2: Firmen en la página E11.

_____ / _____ / _____
firma

_____ / _____ / _____
fecha

_____ / _____ / _____ / _____
nombre en letra de molde

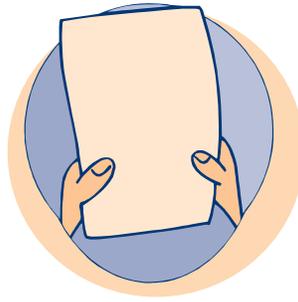
_____ / _____ / _____ / _____
apellido en letra de molde

_____ / _____ / _____ / _____
dirección

_____ / _____ / _____ / _____
ciudad

_____ / _____ / _____ / _____
estado

_____ / _____ / _____ / _____
código postal



Ha completado esta forma.

You are now done with this form.

Comparta esta forma con sus familiares, amigos, y médicos. Hable con ellos sobre sus deseos médicos.

Share this form with your family, friends, and medical providers. Talk with them about your medical wishes.



El Lehigh Valley Health Network presenta esta información como un servicio público. Alguna de la información es sobre asuntos médicos, pero no pretende ser consejo médico. Alguna de la información es sobre asuntos legales, pero no pretende ser consejo legal y no forma una relación de cliente y abogado. LVHN no ofrece ninguna garantía en cuanto a la precisión de la información y no toma ninguna responsabilidad por lo contenido. Antes de utilizar esta información para un propósito legal por ejemplo crear su Plan de Atención Avanzado o Testamento, usted debe obtener el consejo de un abogado titulado y hablar con su médico en cuanto a su condición médica.

Lehigh Valley Health Network presents this information as a public service. Some of the information is about medical issues but it is not meant as medical advice. Some of this information is about legal issues, but it is not meant as legal advice and does not create an attorney-client relationship. LVHN makes no warranty or guarantee about the accuracy of the information and takes no responsibility for the contents. Before using this information for a specific legal purpose such as creating your Advance Care Plan or Living Will, you should get advice from a licensed attorney and talk to your physician about your medical condition.

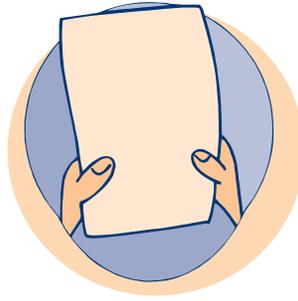
Estas instrucciones anticipadas cumplen con el Código de Sucesiones de California, Sección 4671-4675.
<http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

This advance directive is in compliance with the California Probate Code, Section 4671-4675. <http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

Esta obra cuenta con licencia de acuerdo con la Licencia de Bienes Comunes Creativos - Sin Fines Comerciales - Para Compartir. ://
creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/ Revisado el 4/05/2016; Corregido el 1/22/2021

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> © 2016 Rebecca Sudore, MD Revised 4/05/2016; Reviewed 1/22/2021



Ha completado esta forma.

Comparta esta forma con sus familiares, amigos, y médicos. Hable con ellos sobre sus deseos médicos.



Esta obra cuenta con licencia de acuerdo con la Licencia de Bienes Comunes Creativos - Sin Fines Comerciales - Para Compartir.
://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/ Revisado el 4/05/2016

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> © 2016 Rebecca Sudore, MD Revised 4/05/2016; Reviewed 1/22/2021