ARIZONA
Instrucciones anticipadas
Planificación de las decisiones importantes de atención médica

Cortesía de CaringInfo
www.caringinfo.org

CaringInfo, un programa de la National Alliance for Care at Home (Alliance), es una iniciativa nacional de participación del consumidor para mejorar la atención y la experiencia de cuidado durante enfermedades graves y al final de la vida. Como parte de ese esfuerzo, CaringInfo proporciona una guía detallada para completar formularios de instrucciones anticipadas en los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Instrucciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones.
- Sus formularios de instrucciones anticipadas específicos del territorio, que son las páginas con la barra de instrucciones gris en el lado izquierdo.

ANTES DE EMPEZAR

Asegúrese de tener los materiales para cada estado en el que pueda recibir atención médica. Puesto que los documentos son específicos de los estados, es útil contar con el documento correspondiente de cada estado en el que pueda permanecer un tiempo considerable. Para viajes ordinarios a otros estados no es necesario que haga nuevas instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas en este paquete serán legalmente vinculantes solo si la persona que las completa es un adulto competente que tiene 18 años de edad o más, o un menor emancipado.

MEDIDAS DE ACCIÓN

1. Puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de comenzar para que tenga una copia en limpio si necesita empezar de nuevo.

2. Cuando empiece a llenar los formularios, consulte las barras de instrucciones grises, que le guiarán a través del proceso.

3. Hable con su familia, amigos y médicos acerca de sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que usted designe para tomar decisiones en su nombre comprenda sus deseos.

Copyright © 2005 National Alliance for Care at Home. Todos los derechos reservados. Revisado en 2023. La reproducción y distribución por parte de una organización o grupo organizado sin el permiso escrito de la National Alliance for Care at Home está expresamente prohibida.

4. Una vez que haya llenado y firmado el formulario, saque una fotocopia, un escaneo o una fotografía y entréguesela a la persona que designó para tomar decisiones en su nombre, a su familia, amigos, proveedores de atención médica o líderes religiosos a fin de que esté disponible en caso de emergencia.

5. También puede guardar una copia de su formulario en su expediente médico electrónico o en una solicitud, programa o servicio de registros médicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus médicos, familiares u otras personas que usted desea que desempeñen un papel activo en su planificación anticipada de la atención.

6. El Registro Estatal de Arizona (AzHDR) le permite almacenar sus instrucciones anticipadas de manera electrónica. Puede obtener una copia del Acuerdo de registro del AzHDR (en inglés o español) y otra información en Help Me Register-B – Arizona Healthcare Directives Registry (Ayuda para registrarme-B - Registro de instrucciones anticipadas para la atención médica de Arizona) (azhdr.org).

INTRODUCCIÓN A SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE ARIZONA

Este paquete contiene las **Instrucciones Anticipadas para la atención médica de Arizona**, que protegen su derecho a rechazar el tratamiento médico que no desea o a solicitar el tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad de tomar decisiones por usted mismo.

La primera parte de este documento es un **poder notarial para la atención médica** que permite el nombramiento de una persona mayor de edad como su agente. Esta sección le permite nombrar a una persona mayor de edad como su agente para que tome decisiones de atención médica, incluidas las decisiones sobre los tratamientos de soporte vital, si ya no puede expresarse por sí mismo.

La segunda parte de este documento es un **testamento en vida**. Le permite hablar de sus deseos sobre la atención médica en caso de que desarrolle una afección terminal o esté permanentemente inconsciente y ya no pueda tomar sus propias decisiones médicas. Su testamento en vida puede controlar o guiar las decisiones de su agente con respecto a su tratamiento de atención médica.

La tercera parte de este documento registra sus deseos con respecto a una autopsia no requerida por la ley. Bajo ciertas circunstancias, la ley de Arizona requerirá una autopsia, independientemente de sus deseos.

La cuarta parte de este documento le permite hacer una donación de órganos o negarse a permitir que sus órganos se utilicen después de su muerte.

La quinta parte de este documento es una declaración jurada de un médico. Es posible que desee hacerle preguntas a su médico con respecto a sus decisiones sobre el final de la vida. Si

es así, es una buena idea pedirle a su médico que complete la declaración jurada y guarde una copia para su archivo.

La sexta parte de este documento le permite registrar sus elecciones con respecto a sus decisiones funerarias y de entierro.

¿Cómo puedo hacer legales mis instrucciones anticipadas para la atención médica de Arizona?

La ley exige que usted firme y feche sus instrucciones anticipadas para la atención médica de Arizona en presencia de al menos un (1) testigo mayor de edad. Puede hacerlo de dos maneras:

Opción 1: Firme y feche su documento en presencia de al menos un testigo, quien también debe firmar el documento y afirmar que (a) estaba presente cuando usted fechó y firmó el documento, (b) usted parecía estar en pleno uso de sus facultades mentales y libre de coerción al momento de firmar el documento, y (c) no entra en ninguna de las categorías de personas que no pueden ser testigos.

Un testigo **no puede**:

- estar relacionado con el declarante por sangre, matrimonio o adopción,
- tener derecho a cualquier parte de su patrimonio, por voluntad o recurso de ley, en el momento en que se firma el documento,
- estar designado como su agente, o
- estar involucrado con el suministro de su atención médica en el momento en que se firma el documento.

U

Opción 2. Haga que su firma sea atestiguada por un notario público que no sea su agente ni una persona involucrada en el suministro de su atención médica en el momento en que se firma el documento. El notario también debe afirmar que (a) estaba presente cuando usted fechó y firmó el documento, (b) usted parecía estar en pleno uso de sus facultades mentales y libre de coerción en el momento en que firmó el documento. El notario no puede ser nombrado como su agente ni estar involucrado con el suministro de su atención médica en el momento en que se firma el documento.

Si usted no puede firmar físicamente sus Instrucciones anticipadas para la atención médica de Arizona, su testigo o notario debe agregar y firmar una declaración que usted le haya indicado donde mencione que las instrucciones anticipadas para la atención médica expresan sus deseos y que usted desea adoptar los documentos.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente es la persona que usted designa para tomar decisiones sobre su atención médica, en caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo. Su agente puede ser un miembro de la familia o un amigo cercano en quien usted confía para tomar decisiones importantes. La

persona que usted nombre como su agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones de atención médica por usted.

Puede designar a una segunda persona como su agente suplente. El agente suplente interviene si la primera persona a la que nombró como agente no puede, no quiere o no está disponible para actuar en su nombre.

¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para ejecutar las instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando usted nombra a un agente y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, esta persona está en la posición más fuerte para abogar por usted. Debido a que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no restringir por error el poder de su agente para actuar en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras "siempre" y "nunca". En cualquier caso, asegúrese de hablar con su agente y otras personas sobre su futura atención médica y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?

Sus **Instrucciones anticipadas para la atención médica de Arizona** entran en vigor cuando su médico determina que usted ya no puede tomar o comunicar sus decisiones de atención médica. Usted conserva la potestad principal para sus decisiones de atención médica, siempre y cuando sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del agente

Su agente, si usted nombra a uno, no puede dar su consentimiento para su admisión en un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados, a menos que esté expresamente autorizado para hacerlo.

Su agente debe cumplir las leyes vigentes de Arizona relacionadas con el embarazo y la interrupción de embarazos.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Si desea revocar sus Instrucciones anticipadas para la atención médica de Arizona, puede hacerlo:

- con una revocación por escrito,
- notificando de forma verbal a su agente o proveedor de atención médica sobre su revocación,
- ejecutando un nuevo poder notarial para la atención médica, o
- realizando cualquier otro acto que demuestre su intención de revocar el documento.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque puede expresar sus deseos y otorgar potestad a su agente con respecto a los problemas de salud mental. El Centro Nacional de Recursos sobre Instrucciones Anticipadas Psiquiátricas tiene un

sitio web (https://nrc-pad.org/) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes anticipados de atención más detallados con respecto a las enfermedades mentales, puede hablar con su médico y un abogado sobre un poder notarial duradero adaptado a sus necesidades.

¿Qué otros hechos importantes debo saber?

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no entrarán en vigor en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su agente. Se requiere que el personal de la ambulancia y del Departamento de Emergencias del hospital proporcione reanimación cardiopulmonar (RCP), a menos que tenga una orden médica separada, que generalmente se llama "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de las órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el Departamento de Salud de su estado o el Departamento para el Envejecimiento (https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html). Otros formularios de órdenes con respecto a la RCP y otros tratamientos son las órdenes portátiles para el tratamiento de mantenimiento de la vida (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) específicas de cada estado (https://polst.org/form-patients/). Tanto un formulario de POLST como una orden de DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN presentarse a los servicios de emergencia al momento de llegar. Estas instrucciones indican al personal del hospital y de emergencias del hospital que no intente realizar la RCP (o que la detenga si ha comenzado) si su corazón o respiración se detienen.

INSTRUCCIONES

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL

NOMBRE, LA DIRECCIÓN, Y NÚMEROS DE TELÉFONO DEL DOMICILIO Y EL TRABAJO DE SU AGENTE.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN, Y NÚMEROS DE TELÉFONO DEL DOMICILIO Y EL TRABAJO DE SU AGENTE SUPLENTE.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

1. PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Yo,_____, como mandante,
(nombre)

nombro a

_____
(nombre del agente)

_____
(dirección)

_____(número de teléfono del domicilio)

_____(número de teléfono del trabajo)

como mi agente para todos los asuntos relacionados con mi atención médica, incluidos, entre otros, el pleno poder para otorgar o rechazar el consentimiento a toda la atención médica, quirúrgica, hospitalaria y relacionada. Este poder notarial entra en vigor en el momento en que sea incapaz de tomar o comunicar mis decisiones de atención médica. Todas las decisiones de mi agente, de conformidad con este poder, en cualquier momento en el que yo no pueda tomar o comunicar mis decisiones de atención médica o cuando haya incertidumbre sobre si estoy vivo o muerto, tienen el mismo efecto en mis herederos, legados y representantes personales, como si estuviera vivo, competente y actuando por mí mismo.

Si mi agente no está dispuesto o no puede cumplir o continuar cumpliendo la labor de agente, por la presente, nombro a

_____
(agente sustituto)

_____
(dirección)

_____(número de teléfono del domicilio)

_____(número de teléfono del trabajo)

como mi agente.

INSTRUCCIONES

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA DECLARACIÓN QUE CORRESPONDA EN CADA PÁRRAFO.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

Ya completé _ No_____ he completado el testamento en vida (Parte 2 del formulario de las Instrucciones anticipadas para la atención médica) con el propósito de proporcionar instrucciones específicas a mi agente en situaciones que pueden ocurrir durante cualquier periodo en el que yo no pueda tomar o comunicar decisiones de atención médica, o después de mi muerte. Mi agente tiene la instrucción de implementar las opciones que señalo en el testamento en vida.

Ya completé No he _____ completado las instrucciones anticipadas para la atención médica prehospitalaria de conformidad con la sección 36-3251 de los Estatutos Revisados de Arizona.

Nota: Las instrucciones anticipadas para la atención médica prehospitalaria deben presentarse según lo establece el Departamento de Servicios de Salud de Arizona, y usted, su médico y un testigo deben firmarlas. Se puede encontrar un formulario en línea en https://www.azag.gov/seniors/life-care-planning. Sugerimos que hable con su médico para obtener más información. CaringInfo no distribuye estos formularios.

ESCRIBA SUS INICIALES EN CUALQUIERA O TODOS LOS PÁRRAFOS QUE REFLEJEN

SUS DESEOS Y TACHE LAS DECLARACIONES QUE NO REFLEJEN SUS DESEOS.

PUEDE AÑADIR

DECLARACIONES QUE REFLEJEN SUS DESEOS EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

2. TESTAMENTO EN VIDA (OPCIONAL)

A continuación se describen algunas declaraciones generales sobre sus opciones de atención médica. Si está de acuerdo con alguna declaración, deberá escribir sus iniciales junto a esa declaración. Lea todas estas declaraciones con atención antes de escribir sus iniciales en la opción deseada. También puede escribir su propia declaración sobre el tratamiento de soporte vital y otros asuntos relacionados con su atención médica, de conformidad con la sección titulada "Otras declaraciones de deseos adicionales".

Puede escribir sus iniciales en cualquier combinación de los párrafos 1, 2, 3 y 4, pero, si coloca sus iniciales en el párrafo 5, no deberá rubricar ninguno de los párrafos anteriores.

_____1. Si tengo una afección terminal, no quiero que mi vida se prolongue y no quiero un tratamiento de soporte vital, más allá de la atención para mantenerme cómodo (tratamiento dado para proteger y mejorar mi calidad de vida), que serviría solo para retrasar artificialmente el momento de mi muerte.

_____2. Si padezco una afección terminal, estoy en un coma irreversible o estado vegetativo persistente que mis médicos consideren razonablemente irreversible o incurable, deseo que se me proporcione el tratamiento médico necesario para mantenerme cómodo, pero no deseo lo siguiente:

- reanimación cardiopulmonar, por ejemplo, el uso de medicamentos, descargas eléctricas y respiración artificial,
- nutrición e hidratación administradas artificialmente, o
- que me lleven a un hospital si es posible evitarlo.

_____3. No obstante mis otras instrucciones, si se sabe que estoy embarazada, no quiero que se suspenda o retire el tratamiento de soporte vital si es posible que el embrión o feto se desarrolle hasta el punto de nacer vivo con la aplicación continua de un tratamiento de soporte vital.

_____4. No obstante mis otras instrucciones, deseo que se use toda la atención médica necesaria para tratar mi afección hasta que mis médicos concluyan razonablemente que mi afección es terminal, irreversible e incurable, o que estoy en un estado vegetativo persistente.

_____5. Sin importar mi afección, deseo que mi vida se prolongue en la mayor medida posible.

AGREGUE OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HAY, CON RESPECTO A SUS PLANES ANTICIPADOS DE ATENCIÓN.

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN ABORDAR AÚN MÁS SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, COMO SUS DESEOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE HOSPICIO, PERO TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR OTROS ASUNTOS DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS PARA SU ENTIERRO.

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

Otras declaraciones de sus deseos adicionales:

INSTRUCCIONES

AUTOPSIA (OPCIONAL)

SI ELIGE ESCRIBIR SUS INICIALES EN UNA DECLARACIÓN, ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA DECLARACIÓN QUE REFLEJE SUS DESEOS.

3. AUTOPSIA (OPCIONAL)
(SEGÚN LA LEY DE ARIZONA, SE PUEDE SOLICITAR UNA AUTOPSIA EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS).

Si alguna de las declaraciones siguientes refleja sus deseos, escriba sus iniciales en la línea junto a dicha declaración. Si elige escribir sus iniciales en una declaración, escriba sus iniciales solo en una declaración. No necesariamente tiene que escribir sus iniciales en las declaraciones.

_____ 1. No doy mi consentimiento para una autopsia en ninguna situación en la que la autopsia no sea obligatoria por ley.

_____ 2. Doy mi consentimiento para una autopsia.

_____ 3. Mi agente puede dar su consentimiento o rechazar una autopsia.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

DONACIÓN DE ÓRGANOS

4. DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL)

(Según la ley de Arizona, usted puede hacer una donación de todo o parte de su cuerpo a un banco, centro de almacenamiento, hospital, médico, o escuela médica o dental para trasplante, terapia, evaluación o investigación médica o dental, o para el avance de la ciencia médica o dental. También puede autorizar a su agente a hacerlo o bien, un miembro de su familia puede hacer una donación, a menos que usted les informe que no desea que se haga una donación. En el espacio a continuación, puede hacer una donación usted mismo o declarar que no desea hacer una donación. Si no completa esta sección, su agente tendrá la potestad para hacer una donación de una parte de su cuerpo de acuerdo con la ley. Las elecciones de donación que hace a continuación subsisten después de su muerte).

ESCRIBA SUS INICIALES EN

LAS DECLARACIONES

QUE REFLEJEN SUS DESEOS.

Si alguna de las declaraciones siguientes refleja sus deseos, escriba sus iniciales en la línea junto a dicha declaración. No necesariamente tiene que escribir sus iniciales en las declaraciones. Si no escribe sus iniciales en ninguna de las declaraciones, su agente y su familia tendrán la potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo, de acuerdo con la ley de Arizona.

_____ No quiero hacer una donación de órganos ni tejidos y no quiero que mi

agente o mi familia lo haga.

_____Ya firmé un acuerdo por escrito o tarjeta de donante con respecto a la donación de órganos y tejidos con la siguiente persona o institución:

_____ De conformidad con la ley de Arizona, por la presente doy, a partir de mi muerte:

_____ Cualquier órgano o parte necesaria.
_____ La siguiente parte u órganos mencionados a continuación:

Para (escriba sus iniciales en una opción):

_____ Cualquier otro propósito legalmente autorizado.
_____ Únicamente para trasplante o propósitos terapéuticos.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO (OPCIONAL)

SU MÉDICO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN.

5. DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO (OPCIONAL)

(Antes de escribir sus iniciales en cualquier opción en sus instrucciones anticipadas para la atención médica, es posible que desee hacer preguntas a su médico con respecto a una alternativa al tratamiento en particular. Si es así, es una buena idea pedirle a su médico que complete la declaración jurada y guarde una copia para su archivo).

Yo, Dr. _____,
revisé este documento de orientación y hablé con

_____
sobre cualquier pregunta en cuanto a las posibles consecuencias médicas de las opciones de tratamiento antes proporcionadas. Esta plática con el mandante ocurrió el _____.
(fecha)

Acepto cumplir las disposiciones de estas instrucciones.

_____
(firma del médico)

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

DISPOSICIÓN FUNERARIA Y DE ENTIERRO (OPCIONAL)

ESCRIBA SUS INICIALES EN LAS DECLARACIONES QUE REFLEJEN SUS DESEOS.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

6. DISPOSICIÓN FUNERARIA Y DE ENTIERRO (OPCIONAL)

Si alguna de las declaraciones siguientes refleja sus deseos, escriba sus iniciales en la línea junto a dicha declaración. No necesariamente tiene que escribir sus iniciales en las declaraciones.

Mi agente tiene la potestad para llevar a cabo todos los asuntos relacionados con mis deseos de disposición funeraria y de entierro, de acuerdo con este poder notarial, que entra en vigor en el momento de mi muerte. Mis deseos son los siguientes:

_____ Tras mi muerte, deseo que mi cuerpo sea enterrado (en lugar de cremado).

_____ Tras mi muerte, deseo que mi cuerpo sea enterrado en _____.

_____ Tras mi muerte, deseo que mi cuerpo sea cremado.

_____Tras mi muerte, deseo que mi cuerpo sea cremado y que mis cenizas permanezcan en _____

_____ Mi agente puede tomar todas las decisiones de disposición funeraria y de entierro.

CUMPLIMIENTO

Estas instrucciones anticipadas para la atención médica no serán válidas a menos que:

SI ELIGE FIRMAR CON UN TESTIGO, UTILICE LA ALTERNATIVA 1, A CONTINUACIÓN.

(A) Las firme al menos un testigo calificado mayor de edad que esté presente cuando usted firma y que afirme que usted parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no está bajo ninguna coerción. El testigo no puede estar relacionado con usted por sangre, matrimonio o adopción; tener derecho a ninguna parte de su patrimonio en el momento en que se firma el documento; estar designado como su agente o estar involucrado en el suministro de su atención médica en el momento en que se firma el documento. (Si decide firmar ante testigo, utilice la Alternativa 1 a continuación).

O

SI ELIGE FIRMAR ANTE UN NOTARIO, USE LA ALTERNATIVA 2, A CONTINUACIÓN.

(B) Haga que su firma sea atestiguada por un notario público que no sea su agente ni una persona involucrada en el suministro de su atención médica en el momento en que se firma el documento. El notario también debe afirmar que (a) estaba presente cuando usted fechó y firmó el documento, (b) usted parecía estar en pleno uso de sus facultades mentales y libre de coerción en el momento en que firmó el documento. (Si decide firmar ante un notario, utilice la Alternativa 2 a continuación).

(C) NOTA: Si el mandante es físicamente incapaz de firmar las instrucciones anticipadas para la atención médica, el testigo o notario debe agregar una declaración que diga "el mandante me ha indicado directamente que estas instrucciones de atención médica expresan sus deseos y que el mandante tiene la intención de adoptar estas instrucciones anticipadas para la atención médica en este momento".

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

INSTRUCCIONES

FIRME Y FECHE EL DOCUMENTO.

PROCEDIMIENTO PARA LOS TESTIGOS

EL TESTIGO DEBE FIRMAR Y ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA SU DIRECCIÓN.

EL TESTIGO DEBE FIRMAR ESTA DECLARACIÓN SI EL MANDANTE ES FÍSICAMENTE INCAPAZ DE FIRMAR.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

OPCIÓN 1: Firme ante un testigo

Estas instrucciones anticipadas para la atención médica se hacen de conformidad con la Sección 36-3221 de los Estatutos Revisados de Arizona, y continúan vigentes para todos los que puedan ampararse en ella, excepto para aquellos a quienes les he dado aviso de su revocación.

_____
(firma del mandante)

_____ _____
(fecha) (hora)

Afirmo que esto fue firmado o reconocido y fechado en mi presencia, y que la persona que firma este documento (el mandante) parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y bajo ninguna coerción. No estoy designado para tomar decisiones médicas en nombre del mandante. No estoy directamente involucrado en el suministro de atención médica para el mandante. No tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del mandante al momento de su fallecimiento, ya sea bajo cualquier voluntad o por aplicación de la ley. No estoy relacionado con el mandante por sangre, matrimonio o adopción.

Testigo: _____ Fecha:_____

Dirección: _____

_____

Nota: Si el mandante no puede firmar físicamente las instrucciones anticipadas para la atención médica, el testigo debe firmar la siguiente declaración:

> El mandante me ha indicado directamente que estas instrucciones anticipadas para la atención médica expresan sus deseos y que el mandante tiene la intención de adoptar estas instrucciones anticipadas para la atención médica en este momento.

Testigo: _____ Fecha:_____

INSTRUCCIONES

FIRME Y FECHE EL DOCUMENTO.

EL NOTARIO COMPLETARÁ ESTA PARTE DEL FORMULARIO.

EL NOTARIO DEBE FIRMAR ESTA DECLARACIÓN SI EL MANDANTE ES FÍSICAMENTE INCAPAZ DE FIRMAR.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

OPCIÓN 2: Firme ante un notario

Estas instrucciones anticipadas para la atención médica se hacen de conformidad con la Sección 36-3221 de los Estatutos Revisados de Arizona, y continúan vigentes para todos los que puedan ampararse en ella, excepto para aquellos a quienes les he dado aviso de su revocación.

_____
(firma del mandante)

_____ _____
(fecha) (hora)

Estado de Arizona
Condado de _____

El instrumento precedente fue reconocido ante mí este ____ día de__, _____, por

_____ (mandante).

La persona que firma este documento (el mandante) parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no está bajo ninguna coerción. No estoy designado para tomar decisiones médicas en nombre del mandante. No estoy directamente involucrado en el suministro de atención médica para el mandante.

_____
NOTARIO PÚBLICO
Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha de vencimiento de mi cargo:

Nota: Si el mandante no puede firmar físicamente las instrucciones anticipadas para la atención médica, el notario debe firmar la siguiente declaración:

> El mandante me ha indicado directamente que estas instrucciones anticipadas para la atención médica expresan sus deseos y que el mandante tiene la intención de adoptar estas instrucciones anticipadas para la atención médica en este momento.

Notario: _____ Fecha:_____