CALIFORNIA
Instrucciones anticipadas
Planificación de decisiones importantes sobre la 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 de los usuarios que tiene como propósito mejorar la atención y la experiencia del cuidado durante una enfermedad grave y al final de la vida. Como parte de esta iniciativa, CaringInfo ofrece una guía detallada para el llenado de los formularios de instrucciones anticipadas de los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Indicaciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las indicaciones.
- Formularios de instrucciones anticipadas específicos de su estado, que son las páginas con la barra gris de indicaciones del lado izquierdo.

ANTES DE COMENZAR

Asegúrese de que dispone de los documentos para cada estado en los que podría recibir atención médica. Dado que los documentos son específicos de cada estado, es conveniente que cuente con el documento específico de cada estado en el que podría pasar un tiempo prolongado. No es necesario que tenga instrucciones anticipadas nuevas para viajes comunes a otros estados. Las instrucciones anticipadas de este paquete solo serán legalmente vinculantes si la persona que las llena es un adulto competente de 18 años o más o un menor emancipado.

PASOS A SEGUIR

1. Si lo desea, puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de comenzar para que tenga una copia en limpio en caso de que deba iniciar de nuevo.

2. Cuando comience a llenar los formularios, diríjase a las barras grises de indicaciones, pues le guiarán a lo largo del proceso.

3. Hable con su familia, amigos y médicos sobre sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que designe para que tome decisiones en su nombre entienda sus deseos.

4. Una vez que llene y firme los formularios, fotocópielos, escanéelos o tómeles una foto y entrégueselos a la persona que haya designado para que tome decisiones en su nombre, a su familia, amigos, proveedores de atención médica o líderes espirituales para que los formularios estén disponibles en caso de emergencia.

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.

5. También puede guardar una copia de los formularios en su historial clínico electrónico o en una aplicación, programa o servicio de historiales clínicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus familiares, médicos y otras personas que desee que participen de forma activa en su planificación anticipada de atención.

6. California mantiene un Registro de instrucciones anticipadas. Al presentar sus instrucciones anticipadas ante el registro, su proveedor de atención médica y sus seres queridos podrán conseguir una copia de sus instrucciones anticipadas en caso de que usted no sea capaz de proporcionarlas. Puede obtener más información sobre el registro, incluidas indicaciones sobre cómo presentar sus instrucciones anticipadas, en *http://www.sos.ca.gov/registries/advance-health-care-directive-registry/.*

INTRODUCCIÓN A SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA CALIFORNIA

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas de atención médica para California,** el cual protege su derecho a rechazar un tratamiento médico que no desea, o a solicitar un tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad para tomar decisiones usted mismo.

El documento Instrucciones anticipadas para California consta de cinco partes. Puede llenar cualquiera de las cuatro primeras partes o todas ellas en función de sus necesidades de planificación anticipada. Sin embargo, **debe llenar la parte 5.**

¿Qué debo hacer para que mi documento Instrucciones anticipadas de atención médica para California sea legal?

Debe firmar y fechar su documento de instrucciones anticipadas o solicitar a una persona mayor de edad que lo haga por usted si no es capaz de firmarlo usted mismo, y en ambos casos debe hacerse ante un notario público o ante dos testigos mayores de edad.

Los dos testigos mayores de edad no podrán ser:

- su proveedor de atención médica o un empleado de su proveedor de atención médica;
- el operador o un empleado de un centro de asistencia comunitaria;
- el operador o un empleado de un centro de atención residencial para adultos mayores, o
- la persona que haya designado como apoderado, si es el caso.

Además, uno de sus testigos no debe tener parentesco con usted por consanguinidad, afinidad o adopción y no debe tener derecho a ninguna parte de su patrimonio.

Si usted es paciente de un centro de enfermería especializada en el momento de realizar sus instrucciones anticipadas, uno de sus testigos debe ser un defensor del paciente o un mediador.

¿A quién debo nombrar como mi apoderado?

Su apoderado es la persona que usted designa para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que no sea capaz de tomar decisiones usted mismo. Su apoderado podrá ser un familiar o un amigo cercano en quien confíe para que tome decisiones importantes. La persona que nombre como su apoderado debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones sobre la atención médica por usted.

Su apoderado no podrá ser:

- su proveedor de atención médica responsable;
- el operador de un centro de asistencia comunitaria o de un centro de atención residencial donde usted esté recibiendo cuidados, o
- el empleado de una institución de atención médica donde usted esté recibiendo cuidados o el empleado de un centro de asistencia comunitaria o de un centro de atención residencial donde usted esté recibiendo cuidados, salvo que:
  - el empleado tenga parentesco con usted por consanguinidad, afinidad o adopción;
  - el empleado sea su pareja doméstica registrada, o
  - el empleado sea su compañero de trabajo en el centro o institución.

Puede designar a una segunda y tercera persona como sus apoderados suplentes. Un apoderado suplente intervendrá si la(s) persona(s) que usted nombra como apoderado(s) no es(son) capaz(ces), no está(n) dispuesto(s) o no está(n) disponibles para actuar en su nombre.

¿Debo añadir indicaciones personales a mi documento de instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para realizar un documento de instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando nombra a un apoderado y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, el apoderado se encuentra en la mejor posición para defenderle. Dado que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no limitar involuntariamente la facultad de su apoderado para actuar en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras "siempre" y "nunca". En cualquier caso, asegúrese de hablar con su apoderado y con otras personas sobre su atención médica futura y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi apoderado?

Normalmente, sus instrucciones anticipadas solo entrarán en vigor cuando su equipo médico determina que usted no es capaz de tomar sus propias decisiones. En California, sin embargo, puede elegir que la potestad de su apoderado entre en vigor de forma inmediata o solo después de que un médico determine y documente que usted no es capaz de tomar decisiones usted mismo. Incluso si elige que la potestad de su apoderado sea inmediata, usted conserva la potestad principal sobre sus decisiones de atención médica siempre y cuando sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del apoderado

Su apoderado, si designa uno, no tiene la potestad para autorizar tratamientos convulsivos, psicocirugía, esterilización o aborto, ni para internarle o ingresarle en un centro de tratamiento de salud mental.

Su apoderado estará sujeto a las leyes vigentes en California en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

A excepción de la designación de su apoderado, usted puede revocar cualquier parte o la totalidad de estas instrucciones anticipadas en cualquier momento y de cualquier forma que comunique su intención de revocarlas. Puede hacerlo comunicando su decisión de revocar a su apoderado o a su médico, firmando una revocación o simplemente rompiendo su documento de instrucciones anticipadas.

Para revocar la designación de su apoderado, debe comunicar a su proveedor de atención médica responsable su intención de revocar o revocar la designación de su apoderado mediante un escrito firmado.

Si realiza un nuevo documento de instrucciones anticipadas, este revocará el anterior en la medida en que exista alguna contradicción entre ambos documentos.

Salvo que especifique lo contrario, si designa a su cónyuge como su apoderado, dicha designación quedará automáticamente revocada por divorcio o anulación de su matrimonio.

Temas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque usted puede indicar sus deseos y otorgar potestad a su apoderado relacionada con temas de salud mental. La National Resource Center on Psychiatric Advance Directives mantiene un sitio web (https://nrc-pad.org/) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes de atención anticipada más detallados en relación con las enfermedades mentales, podría hablar con su médico y un abogado sobre un poder notarial permanente que se adapte a sus necesidades.

¿Qué otros datos 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 apoderado. El personal de ambulancias y del departamento de emergencias de los hospitales están obligados a practicar la reanimación cardiopulmonar (RCP) salvo que tenga una orden médica independiente, que suele denominarse "instrucciones de atención médica prehospitalarias" u "órdenes de no reanimación". Los formularios de no reanimación (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el departamento de salud de su estado o en el departamento para adultos mayores (https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html). Otro tipo de órdenes relacionadas con la RCP y otros tratamientos son las órdenes portables de tratamiento de soporte vital (Portable

Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) específicas del estado (https://polst.org/form-patients/). Tanto el formulario POLST como el DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN presentarse al personal de emergencias al llegar. Estas instrucciones indican al personal de ambulancias y de emergencias del hospital que no intenten practicar la RCP (o la detengan si ya comenzó) si su corazón o su respiración se detiene.

Explicación

Usted tiene derecho a dar indicaciones sobre su propia atención médica física y mental. También tiene derecho a nombrar a otra persona para que tome decisiones de atención médica por usted. Este formulario le permite hacer una o ambas cosas. También le permite expresar sus deseos con respecto a la donación de órganos y a la designación de su médico de atención primaria. Si utiliza este formulario, puede llenarlo o modificarlo total o parcialmente. Puede utilizar un formulario diferente.

La **Parte 1** de este formulario se compone de un **poder notarial para la atención médica.** La Parte 1 le permite nombrar a otra persona como apoderado para que tome decisiones de atención médica en su nombre si usted no es capaz de tomar sus propias decisiones o si desea que otra persona tome esas decisiones por usted en este momento, aunque usted siga siendo capaz. Puede nombrar a un apoderado suplente para que actúe en su nombre si su primera opción no está dispuesta a hacerlo, no es capaz o no está razonablemente a su alcance tomar decisiones por usted. (Su apoderado no puede ser un operador o empleado de un centro de asistencia comunitaria o de un centro de atención residencial donde usted esté recibiendo cuidados, ni un empleado de la institución de atención médica donde esté recibiendo cuidados, salvo que su apoderado tenga parentesco con usted, sea su pareja doméstica registrada o un compañero de trabajo. Su proveedor de atención médica responsable nunca podrá actuar como su apoderado).

Salvo que el formulario que firme limite la potestad de su apoderado, este podrá tomar todas las decisiones de atención médica por usted. Este formulario cuenta con un apartado para que limite la potestad de su apoderado. No es necesario que limite la potestad de su apoderado si desea confiar en su apoderado para que tome todas las decisiones de atención médica que deban tomarse. Si decide no limitar la potestad de su apoderado, este tendrá derecho a:

(a) aprobar o negar la aprobación de cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o influir de otro modo una afección física o mental;
(b) seleccionar o destituir a proveedores e instituciones de atención médica;
(c) para toda la atención médica física y mental, aprobar o rechazar pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos;
(d) dar instrucciones para administrar, suspender o retirar la alimentación e hidratación artificiales y todas las demás formas de atención médica, incluida la reanimación cardiopulmonar, y
(e) donar sus órganos, tejidos y partes, autorizar una autopsia y dar instrucciones para la disposición de sus restos.

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

Continuación de la explicación

La **Parte 2** de este formulario le permite dar **indicaciones** específicas sobre cualquier aspecto de su atención médica, ya sea que designe o no a un apoderado. Se ofrecen opciones para que exprese sus deseos con respecto a la administración, la suspensión o el retiro del tratamiento para mantenerle con vida, así como sobre el alivio del dolor. Se proporciona un espacio para que agregue detalles a las opciones que eligió o para que escriba cualquier deseo adicional. Si está de acuerdo en permitir que su apoderado determine qué es lo mejor para usted al momento de tomar decisiones sobre el final de la vida, no es necesario que llene la parte 2 de este formulario.

La **Parte 3** de este formulario le permite expresar su intención de donar sus órganos, tejidos y partes tras su fallecimiento.

La **Parte 4** de este formulario le permite designar a un médico como principal responsable de su atención médica.

Después de llenar este formulario, firme y feche el formulario en la **Parte 5**. El formulario debe ser firmado por dos testigos calificados o reconocidos ante notario público. Entregue una copia del formulario firmado y lleno a su médico, a cualquier otro proveedor de atención médica que pueda tener, a una institución de atención médica donde esté recibiendo cuidados y a un apoderado de atención médica que haya nombrado. Debe hablar con la persona que haya nombrado como apoderado y apoderado(s) suplente(s) para asegurarse de que entiende(n) sus deseos y está(n) dispuesto(s) a asumir la responsabilidad.

Usted tiene derecho a revocar estas instrucciones anticipadas de atención médica o a sustituir este formulario en cualquier momento.

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

INDICACIONES

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, EL DOMICILIO PARTICULAR Y LOS NÚMEROS DE TELÉFONO DE CASA Y TRABAJO DE SU APODERADO PRINCIPAL

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, EL DOMICILIO PARTICULAR Y LOS NÚMEROS DE TELÉFONO DE CASA Y TRABAJO DE SU PRIMER APODERADO SUPLENTE (OPCIONAL)

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, EL DOMICILIO PARTICULAR Y LOS NÚMEROS DE TELÉFONO DE CASA Y TRABAJO DE SU SEGUNDO APODERADO SUPLENTE (OPCIONAL)

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

PARTE 1: PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

(1) DESIGNACIÓN DEL APODERADO: Designo a la siguiente persona como mi apoderado para que tome decisiones sobre la atención médica por mí:

_____
(Nombre de la persona que elige como apoderado)

_____
(domicilio) (ciudad) (estado) (código postal)

_____
(teléfono de casa) (teléfono de trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la potestad de mi apoderado o si mi apoderado no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente a su alcance tomar una decisión sobre la atención médica por mí, designo como mi primer apoderado suplente a:

_____
(Nombre de la persona que elige como primer apoderado suplente)

_____
(domicilio)

_____
(ciudad) (estado) (código postal)

_____
(teléfono de casa) (teléfono de trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la potestad de mi apoderado y de mi primer apoderado suplente o si ninguno de los dos está dispuesto, es capaz o está razonablemente a su alcance tomar una decisión sobre la atención médica por mí, designo como mi segundo apoderado suplente a:

_____
(Nombre de la persona que elige como segundo apoderado suplente)

_____
(domicilio)

_____
(ciudad) (estado) (código postal)

_____
(teléfono de casa) (teléfono de trabajo)

AGREGUE INDICACIONES AQUÍ SOLO SI DESEA LIMITAR LA FACULTAD DE SU APODERADO

(2) POTESTAD DEL APODERADO: Mi apoderado está autorizado a tomar todas las decisiones sobre la atención médica física y mental por mí, incluidas las decisiones de administrar, suspender o retirar la alimentación e hidratación artificiales, y todas las demás formas de atención médica para mantenerme con vida, excepto lo que establezco a continuación:

_____

_____

_____

_____

_____

(Agregue más hojas si es necesario).

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA CASILLA SI DESEA QUE LA POTESTAD DE SU APODERADO SEA EFECTIVA DE FORMA INMEDIATA

(3) CUÁNDO ENTRA EN VIGOR LA POTESTAD DEL APODERADO: La potestad de mi apoderado entra en vigor cuando mi médico de atención primaria determine que no soy capaz de tomar mis propias decisiones sobre la atención médica, salvo que marque la casilla siguiente. Si marco esta casilla [ ], la potestad de mi apoderado para tomar decisiones sobre la atención médica por mi entra en vigor de forma inmediata.

TACHE Y ESCRIBA SUS INICIALES EN LAS DECLARACIONES DE LOS PÁRRAFOS 4, 5 O 6 QUE NO REFLEJEN SUS DESEOS

(4) OBLIGACIONES DEL APODERADO: Mi apoderado tomará las decisiones sobre la atención médica por mí de acuerdo con este poder notarial para la atención médica, las indicaciones que yo dé en la Parte 2 de este formulario y mis demás deseos en la medida en que mi apoderado los conozca. En la medida en que se desconozcan mis deseos, mi apoderado tomará las decisiones sobre la atención médica por mí de acuerdo con lo que mi apoderado determine que es mi mejor interés. Para determinar mi mejor interés, mi apoderado tendrá en cuenta mis valores personales en la medida en que mi apoderado los conozca.

(5) POTESTAD DEL APODERADO DESPUÉS DEL FALLECIMIENTO: Mi apoderado está autorizado a donar mis órganos, tejidos y partes, a autorizar una autopsia, y a disponer directamente de mis restos, excepto como lo establezco aquí, en el párrafo (2) anterior o en la Parte 3 de este formulario:

_____

_____

_____

(6) NOMBRAMIENTO DE CURADOR: En caso de que un tribunal deba nombrar un curador de mi persona, nombro al apoderado designado en este formulario. Si dicho apoderado no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente a su alcance actuar como curador, nombro a los apoderados suplentes que he designado, en el orden indicado.

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

PARTE 2: INDICACIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Si llena esta parte del formulario, puede tachar cualquier texto que no desee.

(7) DECISIONES SOBRE EL FINAL DE LA VIDA: Doy instrucciones para que mis proveedores de atención médica y otras personas involucradas en mi cuidado administren, suspendan o retiren el tratamiento de acuerdo con la opción que marco a continuación: (**escriba sus iniciales solo en una casilla**)

ESCRIBA SUS INICIALES EN EL PÁRRAFO QUE MEJOR REFLEJE SUS DESEOS CON RESPECTO A LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL

[ ] (a) **Opción de NO prolongar la vida**

No deseo que mi vida sea prolongada si (1) padezco una condición incurable e irreversible que provocará mi muerte en un plazo relativamente corto, (2) pierdo el conocimiento y, con un grado razonable de certeza médica, no recuperaré el conocimiento, o (3) los posibles riesgos y problemas del tratamiento superarían los beneficios esperados,

U

[ ] (a) **Opción de prolongar la vida**

Deseo que mi vida sea prolongada el mayor tiempo posible dentro de los límites de las normas de atención médica generalmente aceptadas.

(8) ALIVIO DEL DOLOR: Salvo lo que indique en el siguiente espacio, doy instrucciones para que se me proporcione tratamiento para aliviar el dolor o las molestias en todo momento, incluso si esto acelera mi fallecimiento:

AÑADA INDICACIONES AQUÍ SOLO SI DESEA LIMITAR EL ALIVIO DEL DOLOR O LOS CUIDADOS PALIATIVOS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

AÑADA OTRAS INDICACIONES, SI LAS HUBIERA, RELATIVAS A SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA ANTICIPADA

ESTAS INDICACIONES PUEDEN INCLUIR MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, POR EJEMPLO, SUS DESEOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE HOSPICIO, AUNQUE TAMBIÉN PUEDEN INCLUIR OTROS TEMAS DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS FUNERARIOS

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

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

(9) OTROS DESEOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA FÍSICA Y MENTAL: (Si no está de acuerdo con las opciones antes mencionadas y desea escribir las propias, o si desea añadir algo a las indicaciones que dio anteriormente, puede hacerlo aquí). Doy instrucciones para que:

(Agregue más hojas si es necesario).

DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL)

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA CASILLA QUE COINCIDA CON SUS DESEOS SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

TACHE CUALQUIER USO CON EL QUE NO ESTÉ DE ACUERDO

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

PARTE 3: DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO

(OPCIONAL)

(10) En el momento de mi fallecimiento (escriba sus iniciales en la casilla que corresponda):

[☐] (a) No dono ninguno de mis órganos, tejidos o partes y no deseo que mi apoderado, curador o familia haga una donación en mi nombre.

[☐] (b) Dono los órganos, tejidos o partes que sean necesarios.

[☐] (c) Dono únicamente los órganos, tejidos o partes siguientes:

_____

_____

_____

Mi donación se destina a los siguientes fines:
(tache cualquiera de las siguientes opciones que no desee)

(1) Trasplante
(2) Terapia
(3) Investigación
(4) Educación

Al marcar la casilla anterior para donar cualquier órgano, tejido o parte, o para donar órganos, tejidos o partes específicos únicamente, autorizo a mi apoderado a aprobar cualquier procedimiento médico temporal necesario exclusivamente para evaluar y/o mantener mis órganos, tejidos y/o partes con fines de donación.

Si dejo esta parte en blanco, no se trata de una negativa a realizar una donación. Se debe seguir el registro de donantes autorizados por mi estado o, si no lo hay, mi apoderado puede hacer una donación en el momento de mi fallecimiento. Si ningún apoderado fue nombrado en la parte de arriba, reconozco que la ley de California permite que una persona autorizada tome tal decisión en mi nombre.

PARTE 4: MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

(OPCIONAL)

(11) Designo al siguiente médico como mi médico de atención primaria:

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, EL DOMICILIO Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DE SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (OPCIONAL)

(nombre del médico)

(domicilio)

(ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono)

OPCIONAL: Si el médico que designé en la parte de arriba no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente a su alcance actuar como mi médico de atención primaria, designo al siguiente médico como mi médico de atención primaria:

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, EL DOMICILIO Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DE SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA SUPLENTE (OPCIONAL)

(nombre del médico)

(domicilio)

(ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono)

(12) EFECTO DE LA COPIA: Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

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

PARTE 5: APLICACIÓN

SI DECIDE FIRMAR EN PRESENCIA DE TESTIGOS, UTILICE LA OPCIÓN 1, A CONTINUACIÓN

Este documento Instrucciones de atención médica no será válido salvo que ESTÉ:

(A) Firmado por dos (2) testigos mayores de edad calificados que le conozcan personalmente o ante quienes haya acreditado su identidad mediante pruebas convincentes y que estén presentes cuando usted firme o reconozca su firma. Sus testigos no pueden ser:

- su proveedor de atención médica o un empleado de su proveedor de atención médica;
- el operador o un empleado de un centro de asistencia comunitaria;
- el operador o un empleado de un centro de atención residencial para adultos mayores, o
- la persona que haya designado como apoderado, si es el caso.

Además, uno de sus testigos no debe tener parentesco con usted por consanguinidad, afinidad o adopción y no debe tener derecho a ninguna parte de su patrimonio. (Utilice la Opción 1, a continuación, si decide firmar en presencia de testigos).

SI DECIDE FIRMAR ANTE NOTARIO, UTILICE LA OPCIÓN 2,

A CONTINUACIÓN (PÁGINA 12)

O

(B) Atestiguada por un notario. (Utilice la Opción 2, a continuación [página 12], si decide firmar ante notario).

EXISTEN REQUISITOS ESPECIALES PARA LOS TESTIGOS SI USTED VIVE EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Si usted es paciente de un centro de enfermería especializada en el momento de realizar sus instrucciones anticipadas, uno de sus testigos debe ser un defensor del paciente o un mediador. Este testigo debe firmar la declaración de la página 13, aunque haya firmado ante notario sus instrucciones anticipadas.

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

FIRME Y FECHE EL DOCUMENTO Y A CONTINUACIÓN ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y DOMICILIO

PROCEDIMIENTO PARA TESTIGOS

SUS DOS TESTIGOS DEBEN ESTAR DE ACUERDO CON ESTA DECLARACIÓN

UN TESTIGO TAMBIÉN DEBE FIRMAR LA DECLARACIÓN DE LA PÁGINA 11

SUS TESTIGOS DEBEN FIRMAR Y FECHAR EL DOCUMENTO Y A CONTINUACIÓN ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y DOMICILIO

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

OPCIÓN 1: Firmar en presencia de un testigo

(fecha) (firme con su nombre)

(escriba con letra de imprenta su nombre)

(domicilio)

(ciudad) (estado) (código postal)

DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California (1) que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció este documento de instrucciones anticipadas de atención médica, o que se me acreditó la identidad de la persona mediante pruebas convincentes; (2) que la persona firmó o reconoció este documento de instrucciones anticipadas en mi presencia; (3) que la persona parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no se encuentra bajo coacción, fraude o influencia indebida; (4) que no soy una persona designada como apoderada por este documento de instrucciones anticipadas, y (5) que no soy el proveedor de atención médica de la persona, un empleado del proveedor de atención médica de la persona, el operador de un centro de asistencia comunitaria, un empleado de un operador de un centro de asistencia comunitaria, el operador de un centro de atención residencial para adultos mayores, ni un empleado de un operador de un centro de atención residencial para adultos mayores.

Primer testigo:

(fecha) (firma del testigo)

(nombre con letra de imprenta del testigo)

(domicilio)

(ciudad) (estado) (código postal)

Segundo testigo:

(fecha) (firma del testigo)

(nombre con letra de imprenta del testigo)

(domicilio)

(ciudad) (estado) (código postal)

UNO DE SUS TESTIGOS TAMBIÉN DEBE FIRMAR ESTA DECLARACIÓN

DECLARACIÓN ADICIONAL DEL TESTIGO

Declaro además, bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que no tengo parentesco por consanguinidad, afinidad o adopción con la persona que realiza este documento de instrucciones anticipadas de atención médica y que, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio de dicha persona en caso de fallecimiento en virtud de un testamento ahora existente o por efecto de la ley.

_____ _____

(fecha) (firma del testigo)

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

FIRME Y FECHE EL DOCUMENTO Y A CONTINUACIÓN, ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y DOMICILIO

UN NOTARIO PÚBLICO DEBE LLENAR ESTA PARTE DEL FORMULARIO

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

RECONOCIMIENTO

_____ _____
(fecha) (firme con su nombre)

_____
(escriba con letra de imprenta su nombre)

_____
(domicilio)

_____
(ciudad) (estado) (código postal)

El notario público u otro funcionario que llene este certificado verifica únicamente la identidad de la persona que firmó el documento al que se adjunta este certificado, y no la veracidad, exactitud o validez de dicho documento.

Estado de California

Condado de _____)

El _____ ante mí,_____
(insertar nombre y cargo del funcionario)

compareció(eron) personalmente _____, quien(es) me acreditó(aron) sobre la base de pruebas satisfactorias, ser la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) aparece(n) suscrito(s) en el presente instrumento y reconoció(eron) ante mí que lo realizó(aron) en su(s) capacidad(es) autorizada(s), y que mediante su(s) firma(s) en el instrumento la(s) persona(s), o la entidad en nombre de la(s) cual(es) la(s) persona(s) actuó(aron), realizó(aron) el instrumento.

Certifico bajo PENA DE PERJURIO conforme a las leyes del estado de California que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL estampo mi firma y sello oficial.

Firma _____ **(Sello)**

ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR UN DEFENSOR DEL PACIENTE O

UN INTERMEDIARIO SI USTED RESIDE EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

DECLARACIÓN DEL DEFENSOR DEL PACIENTE O INTERMEDIARIO

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que soy un defensor del paciente o un intermediario según lo designado por el Departamento para Adultos Mayores del Estado y que actúo como testigo según lo dispuesto en la sección 4675 del Código Testamentario.

_____ _____

(fecha) (firma)

_____

(nombre con letra de imprenta)

_____

(domicilio)

_____

(ciudad) (estado) (código postal)

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

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org