MINNESOTA

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.

INTRODUCCIÓN A SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MINNESOTA

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas para la atención médica de Minnesota**, que protege 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.

Sus instrucciones anticipadas para Minnesota constan de tres partes. La Parte I,

Nombramiento de un agente para la atención médica, le permite nombrar a alguien para
que tome decisiones sobre su atención médica si usted ya no puede hablar por sí mismo. La
Parte II, Instrucciones para la atención médica, funciona como su testamento en vida. La
Parte III contiene las disposiciones de firma y testigos para que su documento sea válido.

Dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada, puede completar una o ambas
para las dos primeras partes. Sin embargo, debe completar la Parte III.

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

Debe firmar y fechar sus instrucciones anticipadas o pedirle a un adulto que lo haga por usted si no puede firmarlas usted mismo. Su firma debe ser:

- atestiguada ante un notario público
- o contar con dos testigos adultos (de 18 años o más).

Sus dos testigos adultos no pueden ser la persona que nombró como agente, si nombró a un agente.

Además, uno de sus testigos debe ser alguien que no sea su proveedor de atención médica o un empleado de su proveedor de atención médica.

La persona que notariza sus instrucciones para la atención médica puede ser un empleado de un proveedor de atención médica que le brinda atención directa, pero no puede ser la persona que usted nombró como su agente o agente suplente.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente es la persona que usted nombra 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.

A menos que estén relacionados con usted por sangre, matrimonio, pareja doméstica certificada o adopción, o que usted diga lo contrario en sus instrucciones, su agente **no puede** ser:

- su proveedor de atención médica tratante en la fecha en que firme sus instrucciones,
- un empleado de su proveedor de atención médica en la fecha en que firme sus instrucciones.

Puede nombrar a una segunda persona como su agente suplente. Un agente suplente intervendrá si la persona que usted nombra como agente no puede, no quiere o no está disponible para actuar en su nombre.

¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?

iSí! 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?

A menos que especifique que los poderes de su agente entran en vigor de inmediato en la sección de instrucciones adicionales en la página 3 del formulario, la potestad de su agente entra en vigor cuando su médico determina que ya no puede tomar o comunicar la decisión de atención médica en cuestión. Si aún puede tomar algunas decisiones de atención médica, pero no todas, su agente solo está autorizado para tomar aquellas decisiones que usted no puede tomar.

Sus **Instrucciones para la atención médica** entran en vigor cuando su médico determina que 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 debe cumplir las leyes vigentes de Minnesota relacionadas con el embarazo y la

interrupción de embarazos.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Puede revocar sus instrucciones para la atención médica utilizando cualquiera de los siguientes métodos:

- firmar nuevas instrucciones que sean inconsistentes con sus instrucciones anteriores;
- cancelar, desfigurar, borrar, quemar, rasgar o destruir de alguna manera sus instrucciones, o pedir a otra persona que destruya las instrucciones en su presencia, con la intención de revocarlas en su totalidad o en parte;
- firmar una declaración escrita y fechada que indique que desea revocar sus instrucciones, en su totalidad o en parte; o
- expresar de forma verbal su intención de revocar sus instrucciones, en su totalidad o en parte, en presencia de dos testigos que no tienen que estar presentes al mismo tiempo.

A menos que especifique lo contrario en la sección de instrucciones adicionales en la página 3 de las instrucciones, si nombra a su cónyuge o pareja doméstica como su agente, ese nombramiento se revocará automáticamente en caso de divorcio, anulación o terminación de su matrimonio o pareja doméstica.

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 PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MINNESOTA - PÁGINA 1 DE 12

	PINNESOTA - PAGINA I DE 12
ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA.	Yo,, entiendo que este documento me permite realizar UNA o AMBAS de las opciones siguientes:
	PARTE I: Nombrar a otra persona (llamada agente para la atención médica) a fin de que tome decisiones de atención médica por mí si no puedo expresarme o tomar decisiones por mí mismo. Mi agente para la atención médica debe tomar decisiones de atención médica en mi nombre con base en las instrucciones que proporciono en este documento (Parte II), si corresponde, o los deseos que le he dado a conocer; o deberá actuar en mi mejor interés si no he dado a conocer mis deseos con respecto a mi atención médica.
PARTE I	Parte II: Dar instrucciones de atención médica para guiar a terceros en la toma de decisiones con respecto a mi atención médica. Si nombré a un agente para la atención médica, el agente debe utilizar estas instrucciones. Estas instrucciones también las pueden usar mis proveedores de atención médica, terceros que me brindan atención médica y mi familia, en caso de que no pueda tomar decisiones por mí mismo.
	PARTE I: NOMBRAMIENTO DEL AGENTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ESTA ES LA PERSONA QUE QUIERO QUE TOME DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA POR MÍ SI NO PUEDO DECIDIR O HABLAR POR MI MISMO
	Sé que puedo cambiar de agente o de agente suplente en cualquier momento y sé que no tengo que nombrar a un agente o un agente suplente.
ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL	Nota: Si nombra a un agente, debe hablar sobre las instrucciones para la atención médica con su agente y proporcionarle una copia. Si no desea nombrar a un agente, puede dejar la Parte I en blanco y pasar a la Parte II.
NOMBRE, RELACIÓN, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE	Cuando no pueda expresarme o decidir por mí mismo, confío en y nombro a
TELÉFONO DE SU AGENTE.	decisiones de atención médica en mi nombre. Esta persona se llama mi agente para la atención médica.
	Relación entre mi agente para la atención médica y yo:
	Número de teléfono de mi agente para la atención médica:
© 2005 National	Dirección de mi agente para la atención médica:

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MINNESOTA - PÁGINA 2 DE 12

(OPCIONAL) NOMBRAMIENTO DEL AGENTE SUPLENTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA:

Si mi agente para la atención médica no está razonablemente disponible, confío en y nombro a

______ a fin de que sea mi agente para la atención médica en su lugar.

Relación entre mi agente suplente para la atención médica y yo:

Dirección de mi agente suplente para la atención médica:

A CONTINUACIÓN EXPRESO LO QUE DESEO QUE MI AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA PUEDA HACER SI SOY INCAPAZ DE DECIDIR O HABLAR POR MÍ MISMO

Número de teléfono de mi agente suplente para la atención médica:

Sé que puedo cambiar estas opciones.

A mi agente para la atención médica se le otorgan automáticamente los poderes que se enumeran a continuación de

(A) a (D). Mi agente para la atención médica debe seguir mis instrucciones de atención médica contenidas en este documento o cualquier otra instrucción que le haya dado a mi agente. Si no he dado instrucciones para la atención médica, entonces, mi agente debe actuar en mi mejor interés.

Siempre que no pueda expresarme o tomar decisiones por mí mismo, mi agente para la atención médica tiene el poder de:

- (A) Tomar cualquier decisión de atención médica en mi nombre. Esto incluye el poder de dar, rechazar o retirar el consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento. Esto incluye decidir si se debe suspender o no iniciar la atención médica que me mantiene o podría mantenerme vivo, y tomar decisiones con respecto al tratamiento intrusivo para la salud mental.
- (B) Elegir a mis proveedores de atención médica.
- (C) Elegir el lugar de mi residencia y en donde pueda recibir atención y apoyo cuando esas opciones estén relacionadas con mis necesidades de atención médica.
- (D) Revisar mis expedientes médicos y tener los mismos derechos que yo tendría para dar mis expedientes médicos a otras personas.

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA EL
NOMBRE, LA
RELACIÓN,
DIRECCIÓN Y
NÚMERO DE

NÚMERO DE TELÉFONO DE SU AGENTE SUPLENTE.

CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE SI DESEA LIMITAR CUALQUIERA DE ESTOS PODERES.

AGREGUE
INSTRUCCIONES
PERSONALES
(SOLO SI DESEA
LIMITAR EL
PODER DE SU
AGENTE).

ESCRIBA SUS
INICIALES EN
ESTAS
DECLARACIONES SI
DESEA QUE EL
PODER DE SU
AGENTE INCLUYA
ESTAS
DECISIONES.

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.

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MINNESOTA - PÁGINA 3 DE 12

en
(A) a (D), O si deseo LIMITAR cualquier poder de (A) a (D), DEBO establecerlo aquí:
(Adjunte páginas adicionales si es necesario).
A mi agente para la atención médica NO se le otorgan automáticamente los poderes que se enumeran a continuación en (1) y (2). Si DESEO que mi agente tenga cualquiera de los poderes en (1) y (2), debo ESCRIBIR MIS INICIALES en la línea frente al poder; solo entonces mi agente TENDRÁ ese poder.
(1) Decidir si se debe donar alguna parte de mi cuerpo, incluidos órganos, tejidos y ojos, cuando muera.
(2) Decidir lo que pasará con mi cuerpo cuando muera (entierro, cremación).
Si quiero expresar algo más sobre los poderes o límites de los poderes de mi agente para la atención médica, puedo hacerlo aquí:
(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MINNESOTA - PÁGINA 4 DE 12

PARTE II

PARTE II: INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Nota: Complete esta Parte II si desea dar instrucciones para la atención médica. Si nombró a un agente en la Parte I, es opcional completar esta Parte II, pero sería muy útil para su agente. Sin embargo, si eligió no nombrar a un agente en la Parte I, DEBE completar una parte o la totalidad de esta Parte II si desea que las instrucciones anticipadas para la atención médica sean válidas.

Estas son instrucciones para mi atención médica cuando no pueda expresarme o tomar decisiones por mí mismo. Estas instrucciones deben seguirse (siempre y cuando respondan a mis necesidades).

ESTAS SON MIS CREENCIAS Y VALORES SOBRE MI ATENCIÓN MÉDICA

Sé que puedo cambiar estas opciones o dejar cualquiera de ellas en blanco.

Deseo que sepan estas cosas sobre mí para ayudarles a tomar decisiones sobre mi atención médica: (Adjunte páginas adicionales si es necesario).

ESCRIBA INSTRUCCIONES PERSONALES, SI CORRESPONDE.

Mis objetivos para mi atención medica:
Mis temores con respecto a mi atención médica:
Mis creencias y tradiciones espirituales o religiosas:

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MINNESOTA - PÁGINA 5 DE 12

	Mis creencias sobre el momento en el que ya no valga la pena vivir la vida:
ESCRIBA INSTRUCCIONES PERSONALES, SI CORRESPONDE.	Mis pensamientos con respecto a cómo podría afectar a mi familia mi estado de salud:
	ESTO ES LO QUE QUIERO Y NO QUIERO PARA MÍ CON RESPECTO A MI ATENCIÓN MÉDICA Sé que puedo cambiar estas opciones o dejar cualquiera de ellas en blanco.
	Se pueden usar muchos tratamientos médicos para tratar de mejorar mi estado de salud o prolongar mi vida. Los ejemplos incluyen la respiración artificial mediante una máquina conectada a un tubo en los pulmones, alimentación artificial o fluidos mediante sondas, intentos de reanimación cardiaca, cirugías, diálisis, antibióticos y transfusiones de sangre. Se pueden probar la mayoría de los tratamientos médicos durante cierto tiempo y luego interrumpirlos si no ayudan.
	Tengo las siguientes opiniones con respecto a mi atención médica en estas situaciones: (Adjunte páginas adicionales si es necesario).
	(Nota: Puede expresar sus sentimientos en general, los tratamientos específicos o dejar cualquier opción en blanco).
	Si tuviera una posibilidad razonable de recuperación y no pudiera expresarme o tomar decisiones por mí mismo temporalmente, desearía:
© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.	

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MINNESOTA - PÁGINA 6 DE 12

	MINNESOTA - PAGINA 6 DE 12	
	Si estuviera muriendo y no pudiera decidir o hablar por mí mismo, desearía:	
	Si estuviera permanente inconsciente y fuera incapaz de decidir o hablar por mí mismo, desearía:	
ESCRIBA INSTRUCCIONES PERSONALES, SI CORRESPONDE.		
	Si dependiera por completo de otras personas para mi cuidado y fuera incapaz de decidir o hablar por mí mismo, desearía:	
	En todas las circunstancias, mis médicos tratarán de mantenerme cómodo y reducir el dolor. Esto opino con respecto al alivio del dolor si afectara mi estado de vigilia o si pudiera acortar mi vida:	

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MINNESOTA - PÁGINA 7 DE 12

	Hay otras cosas que quiero o no quiero para mi atención médica, si es posible: (Adjunte páginas adicionales si es necesario).
	Quién me gustaría que fuera mi médico:
	Dónde me gustaría vivir para recibir atención médica:
ESCRIBA INCOMES	Dónde me gustaría morir y otros aspectos de mi voluntad con respecto a mi muerte:
INSTRUCCIONES PERSONALES, SI CORRESPONDE.	
	Mis deseos con respecto a donar partes de mi cuerpo cuando muera:
	Mi voluntad con respecto a lo que le sucederá a mi cuerpo cuando muera (cremación, entierro, etc.):
© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.	

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MINNESOTA - PÁGINA 8 DE 12

AGREGUE OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HAY, CON RESPECTO A SUS PLANES ANTICIPADOS DE ATENCIÓN.	Otras disposiciones:
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.	(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MINNESOTA - PÁGINA 9 DE 12

PARTE III

Parte III: Cumplimiento

Estas instrucciones anticipadas para la atención médica no serán válidas para tomar decisiones de atención médica, a menos que SEA:

(A) Firmado por dos testigos. Sus testigos deben tener al menos 18 años de edad y no pueden ser su agente o agente suplente para la atención médica. Al menos uno de sus testigos debe ser alguien que no sea su proveedor de atención médica o un empleado de su proveedor de atención médica. (Use la Alternativa 1 a continuación si decide firmar ante dos testigos).

0

PUEDE FIRMAR SU FORMULARIO ANTE TESTIGOS O ANTE UN NOTARIO.

(B) Reconocido ante un notario público en el estado. Su notario público no puede ser su agente o agente suplente para la atención médica ni su proveedor de atención médica. Su notario puede ser un empleado de su proveedor de atención médica. (Use la Alternativa 2 a continuación si decide firmar ante un notario).

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MINNESOTA - PÁGINA 10 DE 12

ALTERNATIVA N.º 1 (Firme con dos testigos)

FIRME Y FECHE AQUÍ.

Tengo claridad mental, estoy de acuerdo con todo lo que está escrito en este documento y realicé este documento de forma voluntaria.

EL DOCUMENTO Mi firma: Mi nombre en letra de imprenta: Fecha de la firma: Fecha de nacimiento: _____ Dirección: SI NO PUEDE Si no puedo firmar, puedo pedirle a alquien que firme este documento en mi nombre. FIRMAR SU **PROPIO** DOCUMENTO, PUEDE PEDIRLE A Firma de la persona a la que le pedí que firmara este documento en mi nombre. ALGUIEN QUE LO Nombre en letra de imprenta de la persona a la que le pedí que firmara este documento en mi nombre. **TESTIGO UNO:** EL TESTIGO N.º 1 DEBE FECHAR EL (i) En mi presencia, el **DOCUMENTO Y ESCRIBIR SU** reconoció su firma en este documento o reconoció que autorizó a la persona que firma NOMBRE EN LETRA este documento para que lo firmara en su nombre. DE IMPRENTA (ii) Tengo al menos 18 años de edad. (iii) No fui nombrado como agente o agente suplente para la atención médica en este documento. EL TESTIGO DEBE Certifico que la información de (i) a (iii) es verdadera y correcta. FIRMAR, FECHAR (Firma del testigo uno) (Fecha) Y ESCRIBIR SU DIRECCIÓN EN LETRA DE (Nombre en letra de imprenta del testigo uno) (Fecha) Dirección: _____

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MINNESOTA - PÁGINA 11 DE 12

ALTERNATIVA N.º 1 (Firme con dos testigos, continuación)

TESTIGO DOS:

EL TESTIGO N.º 2 DEBE FECHAR EL DOCUMENTO Y ESCRIBIR SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA AQUÍ.

EL TESTIGO N.º 2 NO PUEDE SER UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA O UN EMPLEADO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA QUE LE BRINDE ATENCIÓN

PÍDALE A SU TESTIGO QUE FIRME, FECHE Y ESCRIBA SU DIRECCIÓN EN LETRA DE IMPRENTA AQUÍ.

DIRECTA.

i) En mi presencia, el(fecha)		
su firma en este documento o reconoció que a documento para que lo firmara en su nombre		
(ii) Tengo al menos 18 años de edad.(iii) No fui nombrado como agente o agente s documento.	suplente para la atención médica en este	
(iv) No soy un proveedor de atención médica o un empleado del proveedor de atención médica que brinda atención médica directamente a la persona mencionada en (i).		
Certifico que la información de (i) a (iv) es verdadera y correcta.		
(Firma del testigo dos)	(Fecha)	
(Nombre en letra de molde del testigo dos)	(Fecha)	
Dirección:		

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MINNESOTA - PÁGINA 12 DE 12

FIRME Y FECHE EL DOCUMENTO AQUÍ.

Mi firma:

SI NO PUEDE FIRMAR SU PROPIO DOCUMENTO, PUEDE PEDIRLE A ALGUIEN QUE LO HAGA POR USTED.

ESTA PARTE DEBE COMPLETARLA UN NOTARIO PÚBLICO.

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

ALTERNATIVA N.º 2 (Firme ante un notario)

Tengo claridad mental, estoy de acuerdo con todo lo que está escrito en este documento y realicé este documento de forma voluntaria.

Mi nombre en letra de imprenta: _	
Fecha de la firma:	
Fecha de nacimiento:	
Dirección:	
Si no puedo firmar, puedo pedirle mi nombre.	a alguien que firme este documento en
Firma de la persona a la que le per nombre.	dí que firmara este documento en mi
Nombre en letra de imprenta de la este documento en mi nombre.	persona a la que le pedí que firmara
En mi presencia, el(fecha),	
autorizó a la persona que firma e	na en este documento o reconoció que ste documento para que lo firmara en su agente o agente suplente para la atenciór
(Firma del notario)	(Sello notarial)

Cortesía de CaringInfo www.caringinfo.org