

MINNESOTA

Instrucciones anticipadas

Planificación de las decisiones importantes de atención médica

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

800-658-8898

CaringInfo, un programa de la National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO), 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.

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?

¡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?

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**

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.

O

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

**PARTE I: NOMBRAMIENTO DEL AGENTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA
ESTA ES LA PERSONA QUE QUIERO QUE TOMÉ 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.

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.

Cuando no pueda expresarme o decidir por mí mismo, confío en y nombro a

_____ para tomar
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: _____

Dirección de mi agente para la atención médica:

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA EL
NOMBRE,

RELACIÓN,
DIRECCIÓN Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE
SU AGENTE.

**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: _____

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

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**

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 TELÉFONO DE SU AGENTE SUPLENTE.

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

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. Revisado en 2023.

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

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 Hospice and Palliative Care Organization. Revisado en 2023.

Si NO quiero que mi agente para la atención médica tenga un poder mencionado 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).

Mis objetivos para mi atención médica:

Mis temores con respecto a mi atención médica:

Mis creencias y tradiciones espirituales o religiosas:

ESCRIBA
INSTRUCCIONES
PERSONALES, SI
CORRESPONDE.

**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:

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:

ESCRIBA
INSTRUCCIONES
PERSONALES, SI
CORRESPONDE.

**INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE
MINNESOTA - PÁGINA 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:

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:

ESCRIBA
INSTRUCCIONES
PERSONALES, SI
CORRESPONDE.

**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:

Dónde me gustaría morir y otros aspectos de mi voluntad con respecto a mi muerte:

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.):

ESCRIBA
INSTRUCCIONES
PERSONALES, SI
CORRESPONDE.

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).

O

(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).

PUEDE FIRMAR SU
FORMULARIO ANTE
TESTIGOS O ANTE UN
NOTARIO.

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

ALTERNATIVA N.º 1 (Firme con dos testigos)

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

Mi firma: _____

Mi nombre en letra de imprenta: _____

Fecha de la firma: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____

Si no puedo firmar, puedo pedirle a alguien que firme este documento en mi nombre.

Firma de la persona a la que le pedí que firmara este documento en mi nombre.

Nombre en letra de imprenta de la persona a la que le pedí que firmara este documento en mi nombre.

TESTIGO UNO:

(i) En mi presencia, el _____

(fecha), _____ (nombre)
reconoció su firma en este documento o reconoció que autorizó a la persona que firma este documento para que lo firmara en su nombre.

(ii) Tengo al menos 18 años de edad.

(iii) No fui nombrado como agente o agente suplente para la atención médica en este documento.

Certifico que la información de (i) a (iii) es verdadera y correcta.

(Firma del testigo uno) (Fecha)

(Nombre en letra de imprenta del testigo uno) (Fecha)

Dirección: _____

FIRME Y FECHÉ
EL DOCUMENTO
AQUÍ.

SI NO PUEDE
FIRMAR SU
PROPIO
DOCUMENTO,
PUEDE PEDIRLE A

EL TESTIGO N.º 1
DEBE FECHAR EL
DOCUMENTO Y
ESCRIBIR SU
NOMBRE EN LETRA

EL TESTIGO DEBE
FIRMAR, FECHAR

Y ESCRIBIR SU
DIRECCIÓN EN

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

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

TESTIGO DOS:

(i) En mi presencia, el _____
(fecha)

_____ (nombre) reconoció su firma en este documento o reconoció que autorizó a la persona que firma este documento para que lo firmara en su nombre.

(ii) Tengo al menos 18 años de edad.

(iii) No fui nombrado como agente o agente suplente para la atención médica en este documento.

(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: _____

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 DIRECTA.

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

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

FIRME Y FECHÉ EL
DOCUMENTO AQUÍ.

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
Hospice and Palliative
Care Organization.
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 firma: _____

Mi nombre en letra de imprenta: _____

Fecha de la firma: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección:

Si no puedo firmar, puedo pedirle a alguien que firme este documento en mi nombre.

Firma de la persona a la que le pedí que firmara este documento en mi nombre.

Nombre en letra de imprenta de la persona a la que le pedí que firmara este documento en mi nombre.

En mi presencia, el _____
(fecha),

_____ (nombre) reconoció su firma en este documento o reconoció que autorizó a la persona que firma este documento para que lo firmara en su nombre. No fui nombrado como agente o agente suplente para la atención médica en este documento.

(Firma del notario)

(Sello notarial)

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org