NUEVA JERSEY
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 NUEVA JERSEY

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas de Nueva Jersey**, 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.

La **Parte I** es la **Declaración del apoderado de Nueva Jersey.** Esta parte le permite nombrar a una persona mayor de edad, llamada a su representante de atención médica, o representante, para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas las decisiones sobre los tratamientos de soporte vital, si ya no puede expresarse por sí mismo.

La **Parte II** es una **Declaración de las instrucciones de Nueva Jersey**, que es el testamento en vida de su estado. La Parte II le permite expresar sus deseos con respecto a sus decisiones de atención médica en caso de que ya no pueda tomarlas por sí mismo.

La **Parte III** contiene las disposiciones de firma y testigos para que su documento sea válido.

Puede completar la Parte I, la Parte II o ambas, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada. **Debe completar la Parte III**.

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

Usted debe firmar y fechar su documento, o pedir a otra persona que lo firme y feche:

1. en presencia de dos testigos que deben tener al menos 18 años de edad; estos testigos también deben firmar el documento para demostrar que creen que usted está en pleno uso de sus facultades mentales, que firmó voluntariamente el documento y que ninguno de ellos es su representante de atención médica designado o representante de atención médica suplente;

O

2. ante un notario público, un abogado u otra persona autorizada para administrar juramentos.

¿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.

Usted **no puede** nombrar a un operador, administrador o empleado de su institución de atención médica tratante, a menos que él o ella esté relacionado con usted por sangre, matrimonio, pareja doméstica o adopción. Sin embargo, puede nombrar a un médico siempre y cuando él o ella no sea su médico tratante al mismo tiempo.

Puede designar 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?

Sus instrucciones anticipadas entran en vigor cuando su médico y otro médico determinan por escrito que usted ya no puede entender ni apreciar la naturaleza y las consecuencias de sus decisiones de atención médica, y que ya no puede tomar una decisión de atención médica informada.

Limitaciones del agente

Si usted es mujer, puede incluir instrucciones específicas para su embarazo, en caso de que esté embarazada cuando sus instrucciones anticipadas entren en vigor; sin embargo, su agente estará obligado por las leyes en vigentes de Nueva Jersey en lo que respecta al embarazo y la interrupción de los embarazos.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Puede revocar sus instrucciones anticipadas o cualquier parte de ellas, en cualquier momento si:

- anuncia su revocación, ya sea de manera verbal o por escrito, a su representante de atención médica, a su médico u otro proveedor de atención médica, o a un testigo confiable,
- realiza cualquier otro acto que demuestre su intención de revocar el documento, o
- ejecuta instrucciones anticipadas posteriores.

Si usted nombra a su cónyuge como su representante, su potestad se revoca automáticamente en caso de divorcio o separación legal, a menos que usted especifique lo contrario en la sección "Instrucciones adicionales" de las instrucciones anticipadas. Si usted designa a su pareja doméstica, su potestad se revoca automáticamente al finalizar su relación doméstica, a menos que se especifique lo contrario en la sección "Instrucciones adicionales" de las instrucciones anticipadas.

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.

PARTE I

PARTE I: INSTRUCCIONES PARA EL APODERADO

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA.

Yo, _____, por la presente nombro a:
(su nombre)

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y NÚMEROS DE TELÉFONO DEL DOMICILIO Y EL TRABAJO DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA.

_____
(nombre del representante de atención médica)

_____
(dirección del representante de atención médica)

_____

_____ (número de teléfono del domicilio)

_____ (número de teléfono del trabajo)

para que sea mi representante de atención médica y tome cualquiera o todas las decisiones por mí, incluidas las decisiones para aceptar o rechazar cualquier tratamiento, servicio o procedimiento usado para diagnosticar o tratar mi afección física o mental, y las decisiones para proporcionar, retener o retirar el tratamiento de soporte vital. Dispongo que mi representante de atención médica tome decisiones en mi nombre de acuerdo con mis deseos, tal como se indica en este documento, o según sea del conocimiento de mi representante de atención médica. En caso de que mis deseos no sean claros o que surja una situación que yo no haya anticipado, mi representante de atención médica está autorizado a tomar decisiones según mi mejor interés.

Si la persona que designé antes no puede, no desea o no está disponible para actuar como mi representante de atención médica, por la presente nombro a las siguientes personas para que actúen como mis representantes de atención médica, en el siguiente orden de prioridad:

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU PRIMER REPRESENTANTE SUPLENTE DE ATENCIÓN MÉDICA.

1. Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Teléfono _____

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

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU SEGUNDO REPRESENTANTE SUPLENTE DE ATENCIÓN MÉDICA.

2. Nombre_____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Teléfono _____

ESCRIBA INSTRUCCIONES ADICIONALES, SI CORRESPONDE.

Deseo que mi representante de atención médica cumpla las siguientes instrucciones o limitaciones (opcional):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(Use páginas adicionales si es necesario).

AGREGUE INSTRUCCIONES, SI CORRESPONDE, PARA QUE SE SIGAN EN CASO DE QUE USTED ESTÉ EMBARAZADA.

Deseo que mi representante de atención médica cumpla las siguientes instrucciones en caso de que esté embarazada cuando las presentes instrucciones anticipadas entren en vigor (opcional):

_____

_____

_____

_____

_____

(Use páginas adicionales si es necesario).

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

PARTE II

PARTE II: DECLARACIÓN DE INSTRUCCIONES

En la Parte II, se le pide que proporcione instrucciones sobre su futura atención médica. Esto requerirá tomar decisiones importantes y quizás difíciles. Antes de completar sus instrucciones, debe hablar de estos asuntos con su representante de atención médica, médico y miembros de la familia, u otras personas que puedan hacerse responsables de su atención.

En las secciones siguientes puede indicar las circunstancias en las que se deben proporcionar, retener o suspender las diferentes formas de tratamiento médico, incluidas las medidas de soporte vital. Si las opciones y elecciones a continuación no expresan completamente sus deseos, debe usar la sección "Instrucciones adicionales" siguientes, o adjuntar una declaración a este documento que proporcione a los responsables de su atención información adicional que considere que les ayudaría a tomar decisiones sobre su tratamiento médico. **Familiarícese con todas las secciones de la Parte II antes de completar sus instrucciones.**

Instrucciones generales.
Para informar a los responsables de mi atención sobre mis deseos específicos, hago la siguiente declaración de puntos de vista personales con respecto a mi atención médica.

Escriba sus iniciales en UNA de las siguientes declaraciones con la que esté de acuerdo:

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA.

1. _____Deseo que se proporcionen todas las medidas médicamente apropiadas de soporte vital, independientemente de mi condición física o mental.

SI ESCRIBE SUS INICIALES EN LA DECLARACIÓN 2, DEBE ESPECIFICAR CUÁNDO DESEA RENUNCIAR A LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL EN LAS PÁGINAS SIGUIENTES.

2. _____ Existen circunstancias en las que no querría que mi vida se prolongara con un tratamiento médico adicional. En esas circunstancias, no se deben iniciar medidas de soporte vital y, si han comenzado, se deben suspender. Reconozco que es probable que se acelere mi muerte. A continuación, especifico las circunstancias en las que optaría por renunciar a las medidas de soporte vital.

Si escribió sus iniciales en la declaración 2, en la siguiente página escriba sus iniciales en cada una de las declaraciones (a, b, c) con las que está de acuerdo:

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

ESCRIBA SUS INICIALES EN CADA DECLARACIÓN CON LETRA (A, B O C) QUE REPRESENTE CUÁNDO LE GUSTARÍA RENUNCIAR A LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL.

SI ESCRIBIÓ SUS INICIALES EN LA DECLARACIÓN A, INDIQUE LO QUE CONSIDERA QUE ES UNA AFECCIÓN TERMINAL QUE JUSTIFICARÍA LA RETENCIÓN O SUSPENSIÓN DE LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL.

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

a. _____Soy consciente de que puede llegar un momento en el que me diagnostiquen una enfermedad, dolencia o afección incurable e irreversible. Si esto ocurre, y mi médico tratante y al menos un médico adicional que me ha examinado personalmente determinan que mi afección es terminal, deseo que se retengan o suspendan las medidas de soporte vital que servirían solo para prolongar de manera artificial el proceso de mi muerte. También deseo que se me brinde toda la atención médicamente apropiada necesaria para que me sienta cómodo y que alivie el dolor. Para mí, afección terminal significa que mis médicos han determinado que:

_____moriré dentro de unos días,
_____moriré dentro de unas semanas, o
_____tengo una esperanza de vida de aproximadamente_____o menos (escriba 6 meses o 1 año).

b. _____Si llega un momento en el que pierdo el conocimiento de forma permanente, y mi médico tratante y al menos un médico adicional con la experiencia adecuada que me haya examinado personalmente determina que he perdido de manera total e irreversible el conocimiento y mi capacidad para interactuar con otras personas y con mi entorno, deseo que se retengan o suspendan las medidas de soporte vital. Entiendo que no experimentaré dolor o malestar en esta condición, y deseo que se me brinde toda la atención médicamente apropiada necesaria para mantener mi higiene y dignidad personal.

c. _____Soy consciente de que puede llegar un momento en el que me diagnostiquen una enfermedad, dolencia o afección incurable e irreversible que quizá no sea terminal. Mi afección puede hacer que experimente un deterioro físico o mental severo y progresivo, o una pérdida permanente de capacidades y facultades que valoro mucho. Si, en el curso de mi atención médica, la carga de continuar la vida con tratamiento se vuelve mayor que los beneficios que experimento, deseo que se retengan o suspendan las medidas de soporte vital. También deseo que se me brinde toda la atención médicamente apropiada necesaria para que me sienta cómodo y que alivie el dolor.

(El párrafo C cubre una amplia gama de situaciones posibles en las que puede haber experimentado la pérdida parcial o total de ciertas capacidades mentales o físicas que valora mucho. Si lo desea, en el espacio provisto a continuación, puede especificar con más detalle las condiciones en las que optaría por renunciar a las medidas de soporte vital. Puede incluir una descripción de las facultades o capacidades que, si se pierden irremediablemente, le llevarían a aceptar la muerte en lugar de seguir viviendo. Es posible que desee expresar cualquier inquietud especial que tenga sobre afecciones o tratamientos médicos particulares, o cualquier otra consideración, que proporcionaría más orientación a quienes puedan ser responsables de su atención. Si es necesario, puede adjuntar una declaración por separado a este documento o expresar sus deseos en la sección "Instrucciones adicionales", a continuación).

SI ESCRIBIÓ SUS INICIALES EN LA DECLARACIÓN C, ARRIBA, PUEDE ENUMERAR LAS CONDICIONES QUE LE PAREZCAN INACEPTABLES Y QUE JUSTIFICARÍAN LA RETENCIÓN O SUSPENSIÓN DE LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL.

Algunos ejemplos de condiciones que considero inaceptables son:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Instrucciones específicas: Líquidos y nutrición suministrados de forma artificial; reanimación cardiopulmonar (RCP).

En la página 4 anterior, proporcionó instrucciones generales sobre las medidas de soporte vital. Aquí se le pide que dé instrucciones específicas sobre dos tipos de medidas de soporte vital: líquidos y nutrición suministrados forma artificial y reanimación cardiopulmonar.

En el espacio provisto, escriba sus iniciales en la frase con la que está de acuerdo:

ESCRIBA SUS INICIALES EN SU PREFERENCIA CON RESPECTO A LOS LÍQUIDOS Y NUTRICIÓN SUMINISTRADOS DE FORMA ARTIFICIAL (ALIMENTOS Y BEBIDAS).

1. En las circunstancias en las que escribí mis iniciales en la página 4, también deseo que los líquidos y nutrición suministrados de forma artificial, como una sonda de alimentación o una infusión intravenosa,

_____se retengan o retiren, y que se me permita morir, o

_____se proporcionen en la medida médicamente apropiada.

ESCRIBA SUS INICIALES EN SU PREFERENCIA CON RESPECTO A LA RCP.

2. En las circunstancias en las que escribí mis iniciales en la página 4, si sufro un paro cardiaco, también deseo que la reanimación cardiopulmonar (RCP)

_____no se proporcione y que se me permita morir,

o

_____que se me proporcione para preservar mi vida, a menos que sea médicamente inapropiado o inútil

PUEDE AÑADIR AQUÍ MÁS INSTRUCCIONES SOBRE LOS LÍQUIDOS Y NUTRICIÓN SUMINISTRADOS DE FORMA ARTIFICIAL O RCP.

3. Si ninguna de las declaraciones anteriores expresa adecuadamente sus deseos con respecto a los líquidos y la nutrición suministrados de forma artificial o la reanimación cardiopulmonar, explique sus deseos a continuación.

_____
_____
_____
_____
_____

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

ESCRIBA SUS INICIALES AQUÍ SI TIENE UNA OBJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE MUERTE CEREBRAL DE NUEVA JERSEY.

MUERTE CEREBRAL:
El estado de Nueva Jersey ha determinado que una persona puede declararse legalmente muerta cuando se produce un cese irreversible de todas las funciones de todo el cerebro, incluido el tronco encefálico (también conocido como muerte cerebral total). Sin embargo, las personas que no aceptan esta definición de muerte cerebral debido a sus creencias religiosas personales pueden solicitar que no se aplique para determinar su muerte.

Escriba sus iniciales en la siguiente declaración solo si se aplica a usted:

_____Declarar mi muerte con base en todo el estándar de muerte cerebral violaría mis creencias religiosas personales. Por lo tanto, deseo que se declare mi muerte solo cuando los latidos del corazón y la respiración se hayan detenido irreversiblemente.

DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL)

DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL)
(Ahora es posible trasplantar órganos y tejidos humanos para salvar y mejorar la vida de otras personas. Los órganos, tejidos y otras partes del cuerpo también se utilizan para terapia, investigación médica y educación. Esta sección le permite indicar su deseo de hacer una donación anatómica y, de ser así, proporcionar instrucciones para cualquier limitación o uso especial).

_____No quiero hacer una donación de órganos ni tejidos y no quiero que mi representante o mi familia lo haga.

O

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA DECLARACIÓN QUE REFLEJE MEJOR SUS DESEOS.

_____Tras mi muerte, deseo donar:

_____ Mi cuerpo para el estudio anatómico si es necesario.

_____ Cualquier órgano, tejido u ojos si son necesarios.

_____ Solo los siguientes órganos, tejidos u ojos:

_____

_____

Autorizo el uso de mis órganos, tejidos u ojos:

_____ Para trasplante

_____ Para terapia

_____ Para investigación

_____ Para educación médica

_____ Para cualquier propósito autorizado por la ley

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

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 ADICIONALES:

PARTE III

PARTE III: CUMPLIMIENTO

Estas instrucciones anticipadas no serán válidas a menos que:

USE LA ALTERNATIVA N.º 1 SI PLANEA FIRMAR ANTE TESTIGOS (P. 9)

Se firmen en presencia de dos testigos que deben tener al menos 18 años de edad. Estos testigos también deben firmar el documento para demostrar que creen que usted está en pleno uso de sus facultades mentales, que usted firmó voluntariamente el documento y que ninguno de ellos es su representante de atención médica designado o representante de atención médica suplente (use la Alternativa n.º 1 si planea firmar ante testigos);

O

USE LA ALTERNATIVA N.º 2 SI PLANEA FIRMAR ANTE UN NOTARIO (P. 10)

Se firmen ante un notario público, un abogado u otra persona autorizada para administrar juramentos (use la Alternativa n.º 2 si planea firmar ante un notario).

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

Alternativa n.º 1

Al redactar estas instrucciones anticipadas, informo mis deseos a quienes serán responsables de cumplir mi atención médica y deseos, además de que tengo la intención de aliviar las cargas de la toma de decisiones que esta responsabilidad pueda representar. Ya hablé sobre los términos de esta designación con mis representantes de atención médica y mis representantes han aceptado voluntariamente la responsabilidad de actuar en mi nombre de acuerdo con estas instrucciones y mis deseos. Entiendo el propósito y efecto de este documento y lo firmo a sabiendas, de forma voluntaria y después de una cuidadosa deliberación.

Firmado este _____ día de_____ de 20____.

FIRME Y FECHE SU DOCUMENTO Y ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU DIRECCIÓN.

Firma _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Declaro que la persona que firmó este documento o pidió a otra que firmara este documento en su nombre, lo hizo en mi presencia, y que dicha persona aparenta estar en su sano juicio y libre de coerción o influencia indebida. Tengo 18 años de edad o más, y no estoy designado por este o cualquier otro documento como representante o representante suplente de atención médica de la persona.

SUS TESTIGOS DEBEN ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA SUS NOMBRES Y DIRECCIONES, Y FIRMAR Y FECHAR AQUÍ.

1. Testigo_____

Dirección_____

Ciudad _____ Estado_____

Firma_____ Fecha _____

2. Testigo_____

Dirección_____

Ciudad_____

Estado Firma_____ Fecha _____

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

Alternativa n.º 2

Al redactar estas instrucciones anticipadas, informo mis deseos a quienes serán responsables de cumplir mi atención médica y deseos, además de que tengo la intención de aliviar las cargas de la toma de decisiones que esta responsabilidad pueda representar. Ya hablé sobre los términos de esta designación con mis representantes de atención médica y mis representantes han aceptado voluntariamente la responsabilidad de actuar en mi nombre de acuerdo con estas instrucciones y mis deseos. Entiendo el propósito y efecto de este documento y lo firmo a sabiendas, de forma voluntaria y después de una cuidadosa deliberación.

FIRME Y FECHE SU DOCUMENTO Y ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU DIRECCIÓN.

Firmado este _____ día de_____ de 20____.

Firma_____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

UN NOTARIO PÚBLICO O ABOGADO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN.

Notario, abogado u otra persona autorizada para administrar juramentos El

_____, ante mí se presentó
(fecha)

_____,
(nombre del declarante)

quien sé que es esa persona, y el declarante ejecutó esta declaración en este momento y lugar.

Juramentado ante mí este _____ día de _____ de 20 ____.

_____
Firma de: (marque una opción)

_____Notario público
_____ Abogado

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