

# **RHODE ISLAND**

## **Instrucciones anticipadas**

### **Planificación de las decisiones importantes de atención médica**

Cortesía de CaringInfo

[www.caringinfo.org](http://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

Copyright © 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. 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 Hospice and Palliative Care Organization está expresamente prohibida.

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 RHODE ISLAND**

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas de Rhode Island**, 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** contiene un **poder notarial duradero para la atención médica de Rhode Island**. Esta parte le permite nombrar a alguien para que tome sus decisiones de atención médica, incluidas las decisiones sobre los procedimientos de soporte vital, si ya no puede expresarse por sí mismo. El poder notarial duradero para la atención médica es especialmente útil porque nombra a alguien para que hable por usted en cualquier momento en que no pueda tomar sus propias decisiones médicas, no solo al final de la vida.

La **Parte II** contiene una **declaración de Rhode Island**, que es el testamento en vida de su estado. Su declaración le permite expresar sus deseos sobre la atención médica, en caso de que ya no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica y tenga una enfermedad terminal.

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 Rhode Island?**

Si completa la Parte I, **poder notarial duradero**, este documento debe firmarse: en presencia de dos (2) testigos mayores de edad calificados. No podrán ser testigos las personas siguientes:

- una persona que usted designe como su agente o agente suplente,
- un proveedor de atención médica,
- el empleado de un proveedor de atención médica,
- el operador de un centro de atención comunitaria,
- el empleado de un operador de un centro de atención comunitaria.

Además, uno de sus testigos no debe estar relacionado con usted ni tener derecho a ninguna

parte de su patrimonio.

O

Ante un notario público. Su notario público no debe estar relacionado con usted ni tener derecho a ninguna parte de su patrimonio.

Si completa la Parte II, **declaración**, dos (2) testigos mayores de edad calificados deben atestiguar sus instrucciones anticipadas; ninguno debe estar relacionado con usted ni tener derecho a ninguna parte de su patrimonio. Si completó SOLO la Parte II, sus testigos están sujetos únicamente a la restricción de que no deben estar relacionados con usted ni tener derecho a ninguna parte de su patrimonio.

### **¿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.

La persona a la que nombre como su agente **no puede** ser:

- su proveedor de atención médica tratante,
- un empleado de su proveedor de atención médica tratante que no esté relacionado con usted,
- un operador de un centro de atención comunitaria,
- el empleado de un operador de un centro de atención comunitaria que no esté relacionado con usted.

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?**

Su poder notarial duradero para la atención médica entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no puede tomar o comunicar sus decisiones de atención médica.

Su testamento en vida entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no puede tomar o comunicar sus decisiones de atención médica y que tiene una enfermedad terminal.

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 Rhode Island relacionadas con el embarazo y la interrupción de embarazos.

## **¿Qué pasa si cambio de opinión?**

Puede revocar sus instrucciones anticipadas de Rhode Island en cualquier momento y de cualquier manera, independientemente de su afección mental o física. Su revocación entra en vigor una vez que usted, o un testigo de su revocación, la comunique a su médico o a cualquier proveedor de atención médica.

## **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: PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

Este es un documento legal importante que está autorizado por las leyes generales de este estado. Antes de ejecutar este documento, debe conocer esta información importante:

Debe tener al menos dieciocho (18) años de edad y ser residente del estado de Rhode Island para que este documento sea legalmente válido y vinculante.

Este documento le da a la persona que usted nombra como su agente (el apoderado legal), el poder para tomar decisiones de atención médica en su nombre. Su agente debe actuar de manera consistente con sus deseos, como se indica en este documento o se dé a conocer de otra manera.

Salvo que especifique lo contrario en este documento, este documento otorga a su agente el poder de dar su consentimiento a fin de que su médico no le dé el tratamiento o suspenda el tratamiento necesario para mantenerle con vida.

No obstante este documento, usted tiene derecho a tomar decisiones médicas y otras decisiones de atención médica por sí mismo, siempre que pueda dar su consentimiento informado con respecto a una decisión en particular. Por otro lado, no se le podrá administrar tratamiento alguno si usted presenta una objeción en ese momento, y tampoco podrá suspenderse ni retenerse la atención médica necesaria para mantenerle con vida si usted presenta una objeción en ese momento.

Este documento otorga a su agente la potestad para consentir, negarse a consentir o retirar el consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una afección física o mental. Este poder está sujeto a cualquier declaración de sus deseos y cualquier limitación que incluya en este documento. En este documento, puede establecer cualquier tipo de tratamiento que no desee. Además, un tribunal puede quitarle el poder a su agente para tomar decisiones de atención médica en su nombre si su agente:

- (1) Autoriza algo que sea ilegal.
- (2) Actúa en contra de sus deseos conocidos.
- (3) Si no se conocen sus deseos, hace cualquier cosa que sea claramente contraria a su mejor interés.

A menos que especifique un periodo específico, este poder existirá hasta que usted lo revoque. El poder y la potestad de su agente cesan tras su muerte, excepto para informar a sus familiares sobre su deseo de ser donante de órganos y tejidos.

Tiene derecho a revocar la potestad de su agente notificando sobre la revocación a su agente o a su médico tratante, hospital u otro proveedor de atención médica, de forma oral o por escrito.

AVISO

## **INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE RHODE ISLAND - PÁGINA 2 DE 10**

---

Su agente tiene derecho a examinar sus registros médicos y a dar consentimiento para su divulgación, a menos que usted limite ese derecho en este documento.

Este documento revoca cualquier otro poder notarial duradero para la atención médica previo.

Debe leer con atención y seguir el procedimiento de testigos descrito al final de este formulario. Este documento carecerá de validez, a menos que cumpla con el procedimiento de testigos.

Si hay algo en este documento que usted no entienda, pida a su abogado que se lo explique.

Su agente podría necesitar este documento de inmediato en caso de una emergencia que requiera una decisión sobre su atención médica. Guarde este documento en un lugar que esté inmediatamente disponible para su agente y agentes suplentes, o entréguele a cada uno de ellos una copia de la ejecución de este documento. También puede darle a su médico una copia de la ejecución de este documento.

AVISO  
(CONTINUACIÓN)

ESCRIBA EN  
LETRA DE  
IMPRESA  
SU NOMBRE  
Y  
DIRECCIÓN.

ESCRIBA EN  
LETRA DE  
IMPRESA EL  
NOMBRE,  
DIRECCIÓN Y  
NÚMEROS DE  
TELÉFONO DE SU  
AGENTE.

**1. DESIGNACIÓN DE UN AGENTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.**

Yo, \_\_\_\_\_,  
(nombre)

\_\_\_\_\_  
(dirección)

por la presente designo y nombro a: \_\_\_\_\_  
(nombre del agente)

\_\_\_\_\_  
(dirección)

\_\_\_\_\_  
(número de teléfono del domicilio) (número de teléfono del trabajo)

(Ingrese el nombre, la dirección y el número de teléfono de una sola persona que será su agente para tomar decisiones de atención médica en su nombre. No podrá nombrar como agente a ninguna de las personas siguientes: (1) su proveedor de atención médica tratante, (2) un empleado de su proveedor de atención médica tratante que no sea su familiar, (3) el operador de un centro de atención comunitaria o (4) el empleado de un operador de un centro de atención comunitaria que no sea su familiar). Lo nombro como mi apoderado legal (agente) para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, según lo autorizado en este documento. A efectos de este documento, "decisión de atención médica" significa consentimiento, rechazo del consentimiento o retiro del consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una afección física o mental de una persona.

**2. CREACIÓN DE UN PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.** Con este documento deseo crear un poder notarial duradero para la atención médica.

**3. DECLARACIÓN GENERAL DE LA CONCESIÓN DE LA POTESTAD.** Sujeto a cualquier limitación en este documento, por la presente otorgo a mi agente pleno poder y potestad para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, en la misma medida en que podría tomar tales decisiones por mí mismo si tuviera la capacidad de hacerlo. En el ejercicio de esta potestad, mi agente tomará decisiones de atención médica que sean consistentes con mis deseos, como se indica en este documento, o que se le comuniquen a mi agente de alguna otra manera, incluidos, entre otros, mis deseos de obtener, rechazar o retirar la atención, tratamiento, servicios y procedimientos que prolongan la vida, e informar a mi familia o parientes más cercanos sobre mi deseo, si lo hubiera, de ser un donante de órganos o tejidos. (Si desea limitar la potestad de su agente para tomar decisiones de atención médica por usted, puede indicar las limitaciones en el párrafo 4 ["Declaración de sus deseos, cláusulas y limitaciones especiales"] a continuación. Puede indicar sus deseos incluida una declaración de sus deseos en el mismo párrafo).

4. DECLARACIÓN DE SUS DESEOS, CLÁUSULAS Y LIMITACIONES ESPECIALES. (Su agente debe tomar decisiones de atención médica que sean consistentes con sus deseos conocidos. Aunque no es imprescindible que lo haga, puede declarar cuáles son sus deseos en el espacio que se proporciona a continuación. Debe considerar si desea incluir una declaración de sus deseos con respecto a la atención, el tratamiento, los servicios y los procedimientos que prolongan la vida. También puede incluir una declaración de sus deseos con respecto a otros asuntos relacionados con su atención médica. También puede dar a conocer sus deseos a su agente, hablándole de ellos o por algún otro medio. Si hay algún tipo de tratamiento que no desea que se utilice, debe indicarlo en el espacio a continuación. Si desea limitar en cualquier otra forma la potestad otorgada a su agente en este documento, debe indicar las limitaciones en el espacio a continuación. Si no establece ningún límite, su agente gozará de poderes amplios para tomar decisiones de atención médica en su nombre, con excepción de los límites establecidos por ley).

Al ejercer la potestad otorgada por este poder notarial duradero para la atención médica, mi agente actuará de manera consistente con mis deseos, como se indica a continuación, y está sujeto a las cláusulas y limitaciones especiales que se indican a continuación:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Puede adjuntar páginas adicionales si necesita más espacio para completar su declaración. Si adjunta páginas adicionales, debe fechar y firmar CADA UNA de las páginas adicionales con la misma fecha y hora en que firme este documento).

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.



## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE RHODE ISLAND - PÁGINA 5 DE 10

Si desea hacer una donación de cualquier órgano corporal, puede hacerlo de conformidad con la Ley Uniforme de Donaciones Anatómicas.

\_\_\_\_\_ No quiero ser donante de órganos.

\_\_\_\_\_ Quiero ser donante de órganos. Cuando muera, solicito que mi agente informe a mi familia/parientes más cercanos sobre mis deseos de ser donante de órganos y tejidos si es posible. A continuación se indican mis deseos.

Deseo donar:

\_\_\_\_\_ Cualquier órgano/tejido:

\_\_\_\_\_ Solo los siguientes órganos/tejidos: \_\_\_\_\_

Deseos adicionales: \_\_\_\_\_

5. INSPECCIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI SALUD FÍSICA O MENTAL. Sujeto a las limitaciones de este documento, mi agente tiene el poder y la potestad para hacer todo lo siguiente:

a. Solicitar, revisar y recibir cualquier información, de forma verbal o escrita, con respecto a mi salud física o mental, incluidos, entre otros, los registros médicos y hospitalarios.

b. Ejecutar en mi nombre las autorizaciones u otros documentos que puedan ser necesarios para obtener esta información.

c. Dar su consentimiento para la divulgación de esta información. (Si desea limitar la potestad de su agente para recibir y divulgar información relacionada con su salud, debe indicar las limitaciones en el párrafo 4 ["Declaración de sus deseos, cláusulas y limitaciones especiales"]).

6. FIRMA DE DOCUMENTOS, EXENCIONES Y RENUNCIAS. Cuando sea necesario implementar las decisiones de atención médica que mi agente está autorizado a tomar mediante este documento, mi agente tiene el poder y la potestad para ejecutar en mi nombre todo lo siguiente:

a. Documentos titulados o que pretenden ser una "Negativa a permitir un tratamiento" y "Abandono del hospital en contra del consejo médico".

b. Cualquier renuncia o exención de responsabilidad necesaria exigida por un hospital o médico.

ESCRIBA SUS  
INICIALES SOLO EN  
UNA.

PUEDE  
ESPECIFICAR AQUÍ  
CUALQUIER DESEO  
ADICIONAL CON  
RESPECTO A LOS  
USOS PERMITIDOS  
PARA SUS  
ÓRGANOS/TEJIDOS  
(P. EJ.,  
TRASPLANTE,  
INVESTIGACIÓN,  
CUALQUIER USO).

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE RHODE ISLAND - PÁGINA 6 DE 10**

COMPLETE ESTE ESPACIO SOLO SI DESEA QUE LA POTESTAD DE SU AGENTE TERMINE EN UNA FECHA ESPECÍFICA.

7. DURACIÓN. (A menos que especifique un periodo más corto en el espacio a continuación, este poder notarial existirá hasta que se revoque). Este poder notarial duradero para la atención médica vence el \_\_\_\_\_

(Complete este espacio SOLO si desea que la potestad de su agente termine en una fecha específica).

8. DESIGNACIÓN DE AGENTES SUPLENTE. (No está obligado a nombrar a agentes suplentes, pero puede hacerlo. Cualquier agente suplente que usted designe podrá tomar las mismas decisiones de atención médica que el agente nombrado en el párrafo 1 anterior, en caso de que el agente no pueda o no sea elegible para actuar como su agente. Si el agente que designó es su cónyuge, él o ella dejará de ser elegible para actuar como su agente si su matrimonio se disuelve).

Si la persona designada como mi agente en el párrafo 1 no está disponible o no es elegible para actuar como mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, o si pierde la capacidad mental para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, o si revoco el nombramiento o la potestad de esa persona para actuar como mi agente a fin de tomar decisiones de atención médica en mi nombre, entonces, designo y nombro a las siguientes personas para que actúen como mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, según lo autorizado en este documento, y dichas personas actuarán en el orden que se detalla a continuación:

A. Primer agente suplente: \_\_\_\_\_  
(nombre del primer agente)

\_\_\_\_\_  
(Ingrese la dirección y número de teléfono del primer agente suplente).

B. Segundo agente suplente: \_\_\_\_\_  
(nombre del segundo agente suplente)

\_\_\_\_\_  
(Ingrese el nombre, dirección y número de teléfono del segundo agente suplente).

9. REVOCACIÓN DE DESIGNACIONES PREVIAS. Revoco cualquier poder notarial duradero para la atención médica previo.

SI DESEA NOMBRAR AGENTES SUPLENTE, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SUS NOMBRES, DIRECCIONES Y NÚMEROS DE TELÉFONO AQUÍ.

PARTE II

**PARTE II: DECLARACIÓN (TESTAMENTO EN VIDA)**

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA.

Yo, \_\_\_\_\_,  
(nombre)

estando en pleno uso de mis facultades mentales, deliberada y voluntariamente expreso que no deseo prolongar mi vida de forma artificial bajo las circunstancias indicadas a continuación, y declaro por la presente que:

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN CON RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL.

Si tuviera una enfermedad incurable o irreversible que sin la administración de procedimientos de soporte vital causaría mi muerte, o si no pudiera tomar decisiones con respecto a mi tratamiento médico, deseo que mi médico tratante retenga o retire los procedimientos que simplemente prolongan el proceso de muerte y no son necesarios para mi comodidad o para aliviar el dolor.

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

Esta autorización (escriba sus iniciales solo en una opción)  
 \_\_\_\_\_ incluye la retención o retiro de la alimentación artificial.  
 \_\_\_\_\_ no incluye la retención o retiro de la alimentación artificial.

Otras instrucciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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.

(Puede adjuntar páginas adicionales si necesita más espacio para completar su declaración. Si adjunta páginas adicionales, debe fechar y firmar CADA UNA de las páginas adicionales con la misma fecha y hora en que firme este documento).

Si completa la Parte I, este documento debe firmarse:

1. En presencia de dos (2) testigos mayores de edad calificados. No podrán ser testigos las personas siguientes:

6. una persona que usted designe como su agente o agente suplente,
7. un proveedor de atención médica,
8. el empleado de un proveedor de atención médica,
9. el operador de un centro de atención comunitaria,
10. el empleado de un operador de un centro de atención comunitaria.

Además, uno de sus testigos no debe estar relacionado con usted ni tener derecho a ninguna parte de su patrimonio.

O

2. Ante un notario público.

Si completa la Parte II, dos (2) testigos mayores de edad calificados deben atestiguar sus instrucciones anticipadas; ninguno debe estar relacionado con usted ni tener derecho a ninguna parte de su patrimonio. Si completó SOLO la Parte II, sus testigos están sujetos únicamente a la restricción de que no deben estar relacionados con usted ni tener derecho a ninguna parte de su patrimonio.

SI FIRMA ANTE  
TESTIGOS, USE LA  
ALTERNATIVA N.º 1  
(P. 9).

SI FIRMA ANTE UN  
NOTARIO, USE LA  
ALTERNATIVA N.º 2  
(P. 10).

SI COMPLETA LA  
PARTE II, SUS  
INSTRUCCIONES  
ANTICIPADAS  
DEBEN FIRMARSE  
EN PRESENCIA DE  
DOS (2) TESTIGOS  
MAYORES DE EDAD  
CALIFICADOS.

SI ADJUNTÓ ALGUNA PÁGINA ADICIONAL A ESTE FORMULARIO, DEBE  
FECHAR Y FIRMAR CADA UNA DE LAS PÁGINAS ADICIONALES CON LA MISMA  
FECHA Y HORA EN QUE FIRME ESTAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE RHODE ISLAND - PÁGINA 9 DE 10**

**Alternativa n.º 1. Firme ante los testigos.**

Yo \_\_\_\_\_ (nombre en letra de imprenta), firmo mi nombre en estas instrucciones anticipadas el

\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(fecha) (ciudad) (estado)

\_\_\_\_\_  
(firma del mandante/declarante)

Declaro bajo pena de perjurio que la persona que firmó o reconoció este documento es personalmente conocida por mí como el mandante, que el mandante/declarante firmó o reconoció estas instrucciones anticipadas en mi presencia, y que el mandante/declarante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales, y bajo ninguna coerción, fraude o influencia indebida.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Además, doy fe de que no soy la persona designada como apoderado según este documento, y que no soy un proveedor de atención médica, el empleado de un proveedor de atención médica, el operador de un centro de atención comunitaria, ni un empleado de un operador de un centro de atención comunitaria.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Además, doy fe de que no estoy relacionado con el mandante por sangre, matrimonio o adopción y que, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del mandante en caso de fallecimiento de este en virtud de un testamento existente o por aplicación de la ley.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE, LA FECHA Y LA UBICACIÓN.

FIRME AQUÍ.

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

SI COMPLETÓ LA PARTE I, SUS TESTIGOS DEBEN FIRMAR AQUÍ.

SI COMPLETÓ LA PARTE I, AL MENOS UNO DE SUS TESTIGOS DEBE FIRMAR AQUÍ. SI COMPLETÓ LA PARTE II, AMBOS TESTIGOS DEBEN FIRMAR AQUÍ.

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

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE RHODE ISLAND - PÁGINA 10 DE 10**

**Alternativa n.º 2. Firme ante un notario público.**

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE, LA FECHA Y LA UBICACIÓN.

FIRME AQUÍ.

UN NOTARIO PÚBLICO DEBE COMPLETAR ESTA PARTE DEL FORMULARIO.

SI COMPLETA LA PARTE II, SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DEBEN FIRMARSE EN PRESENCIA DE DOS (2) TESTIGOS MAYORES DE EDAD CALIFICADOS.

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

Yo \_\_\_\_\_ (nombre en letra de imprenta), firmo mi nombre en estas instrucciones anticipadas el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (fecha) (ciudad) (estado).  
\_\_\_\_\_  
(firma del mandante/declarante)

Notario público

\_\_\_\_\_ CONDADO,

En la ciudad/pueblo de \_\_\_\_\_ y en el condado y estado antes mencionados, en el

\_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_, se presentó en persona

que el mandante/declarante firmó o reconoció estas instrucciones anticipadas en mi presencia, y que el mandante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales, y bajo ninguna coerción, fraude o influencia indebida. Además, doy fe de que no estoy relacionado con el mandante por sangre, matrimonio o adopción y que, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del mandante en caso de fallecimiento de este en virtud de un testamento existente o por aplicación de la ley.

\_\_\_\_\_  
NOTARIO PÚBLICO

Fecha de vencimiento de la comisión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lo conozco personalmente.

\_\_\_\_\_ Presentó una identificación.

Cortesía de CaringInfo  
www.caringinfo.org