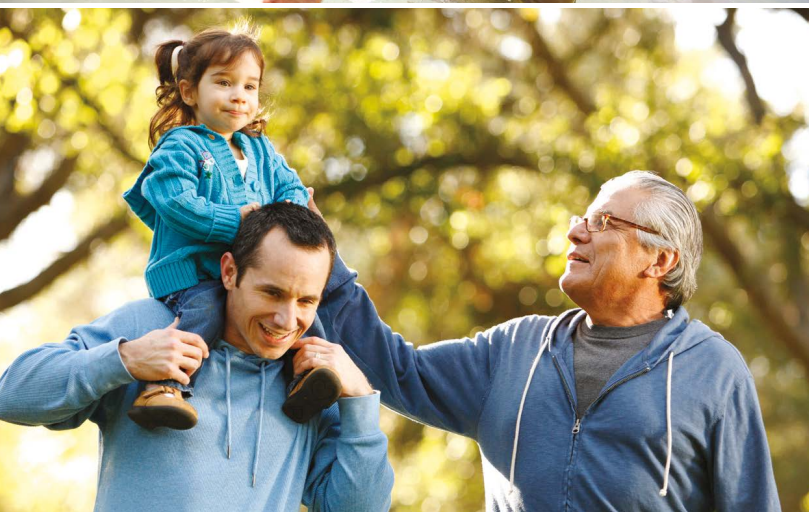


# Instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud (eAdvance Health Care Directive)



## Planificación para el CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi cuidado

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan) (en inglés)

# PLANIFICACIÓN

mis valores, mis elecciones, mi cuidado

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

## Introducción (Introduction)

Estas Instrucciones por anticipado para la atención médica le permiten compartir sus valores, sus elecciones y sus instrucciones acerca de su futura atención médica. Este formulario puede utilizarse para:

- nombrar a una persona de su confianza para que tome decisiones relacionadas con la atención médica por usted (su representante o agente de atención médica)
- proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica,
- nombrar un representante para la atención médica Y proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica.

**La Parte 1** le permite nombrar un representante de atención médica.

**La parte 2** le da la oportunidad de compartir sus valores y lo que es importante para usted.

**La parte 3** le permite proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica.

**La parte 4** le brinda la posibilidad de manifestar sus esperanzas y deseos para guiar la toma de decisiones de su agente.

**La parte 5** le permite validar legalmente sus Instrucciones por anticipado para la atención médica en el estado de Colorado.

**La parte 6** lo prepara para compartir sus deseos y este documento con otras personas.

Tiene la libertad de llenar o modificar total o parcialmente este formulario o de usar otro diferente.

Estas Instrucciones por anticipado para la atención médica reemplazarán otras Instrucciones por anticipado para la atención médica que usted haya completado anteriormente. En el futuro, si desea cancelar o cambiar a su representante designado, llene un nuevo documento o comuníquelo en persona a su proveedor de atención médica.

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

Número de historia clínica (Medical Record number): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Date of birth): \_\_\_\_\_

Dirección postal (Mailing address): \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (Home phone): \_\_\_\_\_ Teléfono celular (Cell phone): \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (Work phone): \_\_\_\_\_ Correo electrónico (Email): \_\_\_\_\_

**Document type: Advance Directive**

**Description: Advance Directive Signed On**

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

## Parte 1. Mi agente de atención médica (My Health Care Agent)

*Cómo seleccionar un agente de atención médica:*

*Elija a alguien que lo conozca bien, alguien en quien usted confíe que respetará sus puntos de vista y valores, y que sea capaz de tomar decisiones difíciles en situaciones estresantes. Una vez que haya elegido a su agente de atención médica, tómese un tiempo para analizar sus opiniones y objetivos de tratamiento con esa persona. Asegúrese de que esta persona esté dispuesta a tomar decisiones por usted.*

Si no puedo comunicar mis deseos y decisiones acerca de mi atención médica o si mi proveedor de atención médica ha determinado que no puedo tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica, elijo a las siguientes personas para representar mis deseos y tomar las decisiones acerca de mi atención médica.

Mi agente de atención médica debe tomar las decisiones de atención médica de acuerdo con las instrucciones que manifiesto en este documento y con mis deseos conocidos. Si mi representante no conoce mis deseos, debe tomar las decisiones de atención médica que considere que sean lo mejor para mí, teniendo en cuenta lo que conoce sobre mis valores personales.

Este formulario no le otorga a mi representante para la atención médica autoridad para tomar decisiones financieras u otras decisiones comerciales.

### **Mi representante para la atención médica primario (principal) es (My primary health care agent is):**

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

Relación conmigo (Relationship to me): \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (Home phone): \_\_\_\_\_ Teléfono celular (Cell phone): \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (Work phone): \_\_\_\_\_ Correo electrónico (Email): \_\_\_\_\_

Dirección postal (Mailing address): \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda adicional?  
[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)  
(en inglés)

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

Si cancelo la autoridad de mi principal representante para la atención médica o si mi representante principal no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar una decisión médica por mí, designo a las siguientes personas como mi primera y segunda opción de representantes sustitutos

**Primera opción de representante sustituto para la atención médica:**

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

Relación conmigo (Relationship to me): \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (Home phone): \_\_\_\_\_ Teléfono celular (Cell phone): \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (Work phone): \_\_\_\_\_ Correo electrónico (Email): \_\_\_\_\_

Dirección postal (Mailing address): \_\_\_\_\_

**Segunda opción de representante sustituto para la atención médica:**

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

Relación conmigo (Relationship to me): \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (Home phone): \_\_\_\_\_ Teléfono celular (Cell phone): \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (Work phone): \_\_\_\_\_ Correo electrónico (Email): \_\_\_\_\_

Dirección postal (Mailing address): \_\_\_\_\_

**Facultades de mi representante para la atención médica (Powers of my health care agent):**

**A menos que indique lo contrario, mi agente de atención médica tiene todas las facultades que se mencionan a continuación** cuando yo no esté en condiciones de hablar por mí mismo o de tomar mis propias decisiones (Unless I limit my agent's authority, my health care agent has all of the following powers):

- A. Tomar decisiones relacionadas con mi atención médica por mí. Esto incluye decisiones acerca de exámenes, medicamentos y cirugía. También incluye decisiones para proporcionar, no proporcionar o interrumpir toda forma de atención médica para mantenerme con vida, incluida la alimentación artificial (alimentos) y la hidratación (agua)
- B. Revisar y entregar mi historia clínica, según sea necesario, para tomar decisiones.
- C. Decidir qué médico, proveedores de atención médica y organizaciones me proporcionarán tratamiento médico.
- D. Organizar y tomar decisiones sobre los cuidados de mi cuerpo después de la muerte (incluida la autopsia).

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

*Incluya cualquier comentario o restricción que desee a la sección anterior. (Por ejemplo, puede nombrar a las personas que usted desea o no desea que tengan participación en las decisiones que se tomen en su nombre. Además, puede especificar las decisiones que no desea que tome su agente). Adjunte más páginas si es necesario. (Please provide any additional comments or restrictions to your agent's authority here. For example, you may name people you would not want involved in medical decisions on your behalf. You may also specify decisions you would not want your agent to make. Attach additional page(s) if necessary.)*

---

---

---

---

---

---

---

---

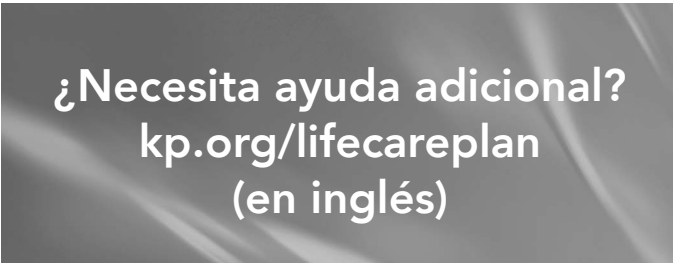
---

---

**Otras facultades de mi representante para la atención médica (Additional powers of my health care agent):**

*Marque las casillas a continuación si desea que su representante para la atención médica tenga las siguientes facultades (Check the box or boxes below, if you want your agent to follow these instructions.):*

- Deseo que mi representante continúe actuando como mi representante para la atención médica, aunque se haya producido la disolución, la anulación o la finalización de nuestro matrimonio o relación de pareja doméstica. (I want my agent to continue as my healthcare agent even if a dissolution, annulment, or termination of our marriage or domestic partnership has been completed.)
- Deseo que mi representante comience de inmediato a tomar decisiones sobre mi atención médica por mí, aunque yo esté en condiciones de decidir o de hablar por mí mismo. (I want my agent to immediately begin making health care decisions for me even if I am able to decide or speak for myself.)



Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

**Parte 2. Mis valores (My Values)**

Deseo que mi representante y mis seres queridos sepan qué me importa más, para que puedan tomar decisiones acerca de mi atención médica que estén de acuerdo con quién soy y con lo que es importante para mí.

Para darle una idea de lo que más me importa, me gustaría contarle algunas cosas sobre mí, por ejemplo, cómo me gusta pasar el tiempo, con quién me gusta estar, qué me gusta hacer. También me gustaría contarle acerca de las circunstancias en que la vida ya no tendría sentido para mí.

**1. Si hoy fuera un día realmente bueno, estaría haciendo lo siguiente (If I were having a really good day, I would be doing the following):**

---

---

---

**2. Lo más importante para mí es (What matters most to me is):**

---

---

---

**3. La vida ya no valdría la pena si no pudiera. (Life would no longer be worth living if I were not able to):**

---

---

---

**4. Tradiciones religiosas o espirituales (Religious or spiritual affiliation):**

Soy \_\_\_\_\_ (religión) y soy miembro de (comunidad religiosa/espiritual) \_\_\_\_\_ en (ciudad) \_\_\_\_\_,

(n.º de teléfono) \_\_\_\_\_. Me gustaría que mi representante les avise si estoy gravemente enfermo o me estoy muriendo. En mi funeral, si fuera posible, me gustaría incluir lo siguiente (personas, música, rituales, etc.):

---

---

---

No tengo tradiciones religiosas o espirituales específicas.

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

**Parte 3. Instrucciones sobre mi atención médica (My Health Care Instructions):**

*Si usted decide no dejar instrucciones por escrito, su representante para la atención médica tomará decisiones en función de sus indicaciones verbales. Si no se conocen sus indicaciones, su representante tomará decisiones basándose en lo que crea que es lo mejor para usted, teniendo en cuenta sus valores. (If you choose not to provide written instructions, your health care agent will make decisions based on your spoken directions. If your directions are unknown, your agent will make decisions based on what he or she believes is in your best interest, considering your values.)*

*En la situación que mencionamos a continuación, le pedimos que considere un evento repentino e inesperado como consecuencia del cual no pueda comunicarse por sí mismo. (In the situation below, we ask you to consider a sudden unexpected event that leaves you unable to communicate for yourself.)*

Solicito que mi representante para la atención médica tome las decisiones según se indica a continuación y que mis médicos y mi equipo de atención médica las respeten. Si mi representante para la atención médica o mis representantes sustitutos no están disponibles o no pueden tomar decisiones en mi nombre, este documento representa mis deseos. (I ask that my health care agent represent my choices as detailed below, and that my doctors and health care team honor them. If my health care agent or alternate agents are not available or are unable to make decisions on my behalf, this document represents my wishes.)

**1. Tratamientos para prolongar la vida (Treatments to prolong life)**

**Considere la siguiente situación (Consider the following situation):**

Usted tiene un accidente o un ataque cerebral repentino. (You have a sudden accident or stroke.)

Los médicos han determinado que usted tiene una lesión cerebral que le impedirá reconocerse a sí mismo o a sus seres queridos. Los médicos han informado a su representante y/o a su familia que no se espera que pueda recuperar estas capacidades. Para mantenerle con vida, es necesario emplear tratamientos para prolongar la vida, como un respirador (es decir, una máquina para ayudarle a respirar) o una sonda de alimentación, etc. En esta situación, ¿qué desearía? (Doctors have determined you have a brain injury, leaving you unable to recognize yourself or your loved ones. The doctors have told your agent and/or family that you are not expected to recover these abilities. Life-sustaining treatments, such as a ventilator (i.e., breathing machine), or a feeding tube, are required to keep you alive. In this situation what would you want?)

**Desearía que me mantengan cómodo y (I would want to be kept comfortable and):**

- Elija una opción (Choose One)
- Desearía que DETENGAN el tratamiento para prolongar la vida. Me doy cuenta de que probablemente esto provoque mi muerte antes de lo que sucedería si continuara con el tratamiento. (I would want to STOP life-sustaining treatment. I realize this would probably lead me to die sooner than if I were to continue treatment.)
  - Desearía que los tratamientos para prolongar la vida continuaran tanto como fuera posible. (I would want to continue life-sustaining treatments.)

*Proporcione instrucciones adicionales sobre los tratamientos para prolongar la vida. Por ejemplo, es posible que quiera indicar un período específico de tiempo durante el cual desee que lo mantengan vivo si no mejorara su salud. (Please provide any additional instructions about life-sustaining treatments. For example, you may want to state a specific time period that you would want to be kept alive if there were no improvement to your health.)*

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

## 2. RCP (reanimación cardiopulmonar) (Cardiopulmonary resuscitation)

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es un intento para salvarle la vida a una persona cuyo corazón y respiración se han detenido. Puede incluir compresiones cardiacas (ejercer presión sobre el tórax para que el corazón se contraiga), medicamentos, choques eléctricos y la colocación de un tubo de respiración.

Tiene opciones acerca de la RCP. Esta puede salvar vidas. No es tan eficaz como la mayoría de las personas creen. La RCP funciona mejor si se hace con rapidez, a los pocos minutos, en un adulto sano. Cuando se realizan maniobras de RCP, se pueden producir fracturas de costilla, perforación de los pulmones o daño cerebral como consecuencia de la falta de oxígeno.\* Si le gustaría obtener información adicional sobre la RCP, solicite el folleto llamado **CPR: My Choice** (RCP: mi elección).

Si está seguro de que no quiere recibir RCP, pregunte a su médico qué otros documentos debe llenar.

### En el caso de que deje de latirle el corazón y usted deje de respirar, ¿qué desearía? (In the event that your heart and breathing stop, what would you want?)

Elija una  
opción  
Choose  
One

- Quiero que siempre me hagan maniobras de RCP. (I always want CPR attempted.)
- No quiero que me hagan maniobras de RCP, prefiero que se me permita morir de manera natural.\*\* (I never want CPR attempted, but rather want to permit a natural death.)
- Quiero que me hagan maniobras de RCP, a menos que el médico que me trata determine alguna de las siguientes condiciones (I want CPR attempted unless the doctor treating me determines any of the following):
  - Tengo una enfermedad o lesión incurable y me estoy muriendo. (I have an incurable illness or injury and am dying; or)
  - No tengo posibilidades razonables de sobrevivir si mi corazón o respiración se detiene. (I have no reasonable chance of survival if my heart or breathing stops; or)
  - Tengo pocas posibilidades de sobrevivir si mi corazón o respiración se detiene y el proceso de reanimación podría causar un sufrimiento significativo. (I have little chance of survival if my heart or breathing stops and the process of resuscitation would cause significant suffering.)

¿Necesita ayuda adicional?  
[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)  
 (en inglés)

Las investigaciones indican que si está en un hospital y le hacen RCP, tiene un 22 por ciento de probabilidad de sobrevivir y de salir del hospital con vida. Saket Girotra, M.D., Brahmajee K. Nallamothu, M.D., M.P.H., John A. Spertus, M.D., M.P.H., et al. "Trends in Survival after In-Hospital Cardiac Arrest;" New England Journal of Medicine 367; 20, 15 de noviembre de 2012.



Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

**Parte 4. Mis esperanzas y deseos (opcional) (My Hopes and Wishes [Optional])**

**1. Cuando me falte poco tiempo para morir, quiero que mis seres queridos sepan que me gustaría tener lo siguiente (plegarias, rituales, música) y en qué lugar prefiero morir (As I'm nearing my death, I want my loved ones to know I would appreciate having the following (prayers, rituals, music) and where I prefer to die):**

---

---

---

---

**2. Otros deseos e instrucciones (Other wishes/instructions):**

---

---

---

---

**Donación de órganos**

Si está interesado en donar sus órganos cuando muera, puede declarar su condición de donante al obtener o renovar la licencia de conducir registrándose en el registro de donantes que se encuentra en **donatelifecolorado.org** (haga clic en "Español"). No se requiere ningún formulario para la donación de órganos.

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

### Parte 5. Cómo completar este documento

*Aunque la legislación de Colorado no lo exige, se recomienda firmar este documento ante un notario público para darle pleno efecto legal. Si desea que este documento sirva como sus Instrucciones por anticipado, también debe ser firmado por dos testigos. Siga los pasos que se detallan a continuación en el orden en el que se mencionan:*

1. Elija

**Dos testigos**



- Los testigos no pueden ser alguien que le proporcione atención médica o trabaje para una organización que le proporcione atención médica ni nadie que heredaría de usted dinero o propiedades.
- Cuando esté con sus testigos, firme o reconozca su firma.
- Los testigos firmarán en la página 10.
- Usted firmará en la página 12.

**Y/O**

**Notario público**



- NO firme este documento, a menos que esté ante un notario público.
- El notario público firmará en la página 11.
- Usted firmará en la página 12.

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

### Declaración de los testigos (Statement of Witnesses)

**DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:** Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes de Colorado lo siguiente:

- que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció estas Instrucciones por anticipado para la atención médica, o que se presentaron pruebas convincentes de su identidad;
- que la persona firmó o reconoció estas Instrucciones por anticipado para la atención médica ante mí;
- que la persona parece estar en su sano juicio y libre de coerción, fraude o influencias indebidas, y
- que no se me ha designado como agente por medio de estas Instrucciones por anticipado para la atención médica.

#### Primer testigo (Witness Number One):

Nombre y apellido en letra de imprenta (Print full name): \_\_\_\_\_

Dirección (Address): \_\_\_\_\_

Firma (Signature): \_\_\_\_\_ Fecha (Date): \_\_\_\_\_

#### Segundo testigo (Witness Number Two):

Nombre y apellido en letra de imprenta (Print full name): \_\_\_\_\_

Dirección (Address): \_\_\_\_\_

Firma (Signature): \_\_\_\_\_ Fecha (Date): \_\_\_\_\_

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

### Notario público

Estado de Colorado

Condado de

el día  ante mí, ,

Fecha

Nombre y título del notario

se presentó personalmente

Nombre del firmante

quien me proporcionó pruebas satisfactorias de ser la persona que firma este documento y reconoció haberlo firmado.

Certifico bajo PENA DE PERJURIO según las leyes del estado de Colorado que el párrafo precedente es correcto y fidedigno.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, estampo mi firma y sello oficial Firma

(Sello) \_\_\_\_\_

# PLANIFICACIÓN

mis valores, mis elecciones, mi cuidado

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

## MI FIRMA:

Mi nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

**Mi firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si está físicamente impedido para firmar, cualquier persona calificada para actuar como testigo puede firmar en su presencia y conforme a sus indicaciones.

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

## Parte 6. Sigüientes pasos (Next Steps)

Ahora que ha finalizado de redactar sus Instrucciones por anticipado para la atención médica, también debería dar los sigüientes pasos.

### Converse:

- Revise sus deseos sobre la atención médica con la persona a quien le ha pedido que sea su representante (si todavía no lo ha hecho). Asegúrese de que se siente capaz para llevar a cabo esta importante tarea por usted en el futuro.
- Hable con el resto de su familia y amigos cercanos que pudieran estar involucrados si usted tuviera una enfermedad o lesión grave. Asegúrese de que sepan quién es su representante para la atención médica y cuáles son sus deseos.

### Entregue copias:

- Entregue una copia de sus Instrucciones por anticipado para la atención médica a su representante para la atención médica.
- Entregue una copia de sus Instrucciones por anticipado para la atención médica a su médico. Análícelas con su médico para asegurarse de que se comprendan sus deseos.
- Haga una copia para usted y guárdela donde se pueda encontrar con facilidad.

### Llévelas con usted:

- Si acude a un hospital o a un hogar para ancianos, lleve una copia de sus Instrucciones por anticipado para la atención médica y pida que la incluyan en su historia clínica.
- Lleve una copia con usted en todo momento que esté lejos de su casa durante un tiempo prolongado.

### Revise con regularidad:

- Revise sus deseos sobre atención médica cuando se presente alguna de las “cinco D”:

**Década:** cada vez que empiece una nueva década de su vida.

**Defunción:** cuando sufra la muerte de un ser querido.

**Divorcio:** cuando deba pasar por un divorcio u otro cambio importante en su familia.

**Diagnóstico:** cuando le diagnostiquen una afección médica grave.

**Deterioro:** cuando sienta un empeoramiento o deterioro de un problema de salud que ya tenga, en especial cuando ya no pueda vivir solo.

## Cómo cambiar sus Instrucciones por anticipado para la atención médica:

Si sus deseos o su representante para la atención médica cambian, hable con su proveedor o llene unas nuevas Instrucciones médicas por anticipado para la atención médica. Dígale a su representante, a su familia y a cualquier otra persona que tenga una copia y envíe una copia a Kaiser Permanente.

# PLANIFICACIÓN

mis valores, mis elecciones, mi cuidado

## Se han entregado copias de este documento a:

- Representante primario (principal) para la atención médica

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

Teléfono (Telephone): \_\_\_\_\_

- Primer representante sustituto para la atención médica

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

Teléfono (Telephone): \_\_\_\_\_

- Segundo representante sustituto para la atención médica

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

Teléfono (Telephone): \_\_\_\_\_

- Proveedor de atención médica/Clínica

Nombre (Name): \_\_\_\_\_

Teléfono (Telephone): \_\_\_\_\_

- Otros:

Nombre (Name): \_\_\_\_\_

Teléfono (Telephone): \_\_\_\_\_



Esta información no pretende diagnosticar problemas de salud ni sustituir los consejos médicos o la atención que recibe de su médico u otro profesional de la atención médica. Si tiene problemas de salud persistentes o si tiene otras preguntas, consulte a su médico.

© 2014, TPMG, Inc. Todos los derechos reservados. Departamento Regional de Educación para la Salud.  
60262511 (Modificado en septiembre de 2014) RL 10.2

Adaptado para Kaiser Permanente Colorado con autorización. Departamento de Innovaciones para Personas de la Tercera Edad.  
KPID CO1501 0015 (12-16)

## Instructions

- 1-A** Obtenga más información sobre nuestro [enfoque de la Planificación para el Cuidado de la Vida](#).
- 1-B** No se olvide de escribir estos datos en cada página:
- Su nombre.
  - Su número de historia clínica, que se encuentra en su tarjeta de seguro azul de Kaiser.
- 2-A** ¿Cuáles son las cualidades que debe buscar en un representante? [Aprenda como elegir un representante](#).
- 2-B** Obtenga más información sobre [qué es un representante y cuáles son sus responsabilidades](#).
- 2-C** A algunas personas no se les ocurre ninguna persona que pueda ser su representante. Obtenga más información [sobre la Planificación para el Cuidado de la Vida sin un representante](#).
- 3-A** Sería necesario contar con un representante alternativo por si su representante principal no está disponible. [Obtenga más información sobre los representantes](#).
- 3-B** Video: [Qué debería considerar cuando escoja a mi representante](#).
- 4-A** Este espacio puede usarse para cualquier instrucción relacionada con los representantes y sus poderes. Si tiene un familiares que tienen unas creencias en relación con estos temas que son significativamente diferentes de las suyas, posiblemente decida excluir a esta persona de la toma de decisiones, incluso de forma informal.
- 4-B** [Obtenga más información sobre estas situaciones](#).
- 5-A** En una situación médica grave, en la que el resultado sea incierto, su representante puede consultar esta sección para obtener orientación. Estará haciendo un favor al representante al proporcionarle detalles abundantes aquí.
- 5-B** Para obtener más orientación, lea como [sus valores son la base de su plan para el cuidado de la vida](#).
- 5-C** [Situaciones en las que los valores importan](#).
- 5-D** Si forma parte de una comunidad de fe, añada detalles sobre cómo podemos comunicarnos con ellos.
- 6-A** Por si alguna vez se encuentra en una situación similar, sería valioso para su representante conocer sus opiniones sobre el tratamiento de soporte vital.
- 6-B** Video: Obtenga más detalles sobre este [caso de lesión cerebral](#).
- 6-C** Video: Obtenga más información sobre la aceptación de [tratamientos que lo mantengan con vida durante un período específico](#), en esta situación.



# LIFE CARE planning

my values, my choices, my care

- 7-A** La reanimación cardiopulmonar (RCP) puede salvar vidas, pero no es tan eficaz como la mayor parte de la gente cree. [Lea más sobre la RCP.](#)
- 8-A** En ocasiones, nuestros valores informan no solo de lo que queremos, si no de lo que no queremos. Si tiene algunas ideas sobre cómo le gustaría morir en el mejor de los casos, anotalas aquí.
- 8-B** Si desea donar órganos o tejidos asegúrese de que su representante y su familia lo sepan. Para obtener más información sobre la donación de órganos y tejidos, visite [DonorAlliance.org](#).
- 9-A** Obtener más información sobre [cómo hacer para que este documento tenga validez legal.](#)
- 9-B** Si está utilizando testigos y/o un notary public, deberá esperar a firmar en su presencia.
- 10-A** Obtener más información sobre [cómo hacer para que este documento tenga validez legal.](#)
- 11-A** Obtener más información sobre [cómo hacer para que este documento tenga validez legal.](#)
- 11-B** Si está utilizando un notary public, deberá firmar en su presencia.
- 12-A** Recuerde que, si está utilizando testigos y/o un notary public, deberá firmar en su presencia.
- 13-A** Obtenga más información sobre [cómo compartir sus valores](#) con su representante.
- 13-B** Si ha programado una cita con el médico, puede entregar en mano una copia a su médico. Alternativamente, puede enviarla por correo a [al consultorio médico de Kaiser Permanente de su zona](#) (a la atención de su médico). Haga clic aquí para obtener más información sobre a dónde enviar el documento por correo.
- 13-C** Lea más: [¿A quién debe contarle sobre su plan para el cuidado de la vida?](#)