

Instrucciones médicas anticipadas (Advance Health Care Directive)

Estado de California

Planificación para el cuidado de la vida:

Valores, opciones, atención

kp.org/lifecareplan/es

Hay dos versiones de este documento. Esta versión le permite dar más detalles. Puede ver las dos versiones en kp.org/lifecareplan/es o pedírselas a su equipo de atención médica. Elija la opción que mejor se adapte a sus necesidades.

Llene este documento con:

1. Su firma y la fecha donde sea necesario.
2. La firma de testigos o la certificación de un notario público. Su agente para la atención médica (encargado de tomar decisiones) **no podrá** firmar como testigo.
3. Recuerde enviar una **copia** a Kaiser Permanente y proporcionar una **copia** a su agente para la atención médica. Conserve el formulario **original**.

Instrucciones médicas anticipadas (Advance Health Care Directive)

¿Qué son las Instrucciones médicas anticipadas?

Las Instrucciones médicas anticipadas (Advance Health Care Directive, AHCD) son un formulario legal que hará saber a sus equipos de atención médica cómo desea que le atiendan si usted no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo.

Las AHCD le permiten lo siguiente:

- elegir un agente para la atención médica (encargado de tomar decisiones) para que tome decisiones de atención médica en su nombre si usted no puede tomarlas, O
- expresar sus valores, creencias y preferencias de atención médica.

Las AHCD ayudan a su agente para la atención médica (encargado de tomar decisiones) y al equipo de atención médica a desarrollar un plan de tratamiento para usted.

Puede actualizar CUALQUIERA de sus preferencias en sus AHCD en cualquier momento al llenar un documento nuevo. Estas nuevas AHCD reemplazarán las AHCD que haya llenado antes.

Tiene el derecho de compartir sus preferencias sobre su propia atención médica.

¿Por qué son importantes las AHCD?

También es una oportunidad para reflexionar sobre lo que significa para usted la calidad de vida y cómo sus preferencias pueden afectar a sus seres queridos. Le recomendamos que hable con sus seres queridos sobre lo que escriba en este formulario. Esto les ayudará a sentirse más seguros a la hora de tomar decisiones por usted.

¿Para qué sirven las AHCD?

Cualquier adulto en su sano juicio y mayor de 18 años, debería considerar llenar las instrucciones médicas anticipadas sin importar su estado de salud.

Otras referencias:

Planificación para el cuidado de vida:

Valores, opciones, atención

kp.org/lifecareplan/es

Mi nombre (My first name):

Mi apellido (My last name):

Mi número de historia clínica (My medical record number):

KP use: patient label

¿Qué contiene este documento?

Puede llenar **solo lo que desee** de este documento.

Si decide no llenar una sección, ponga una línea en la página y escriba sus iniciales. Esto nos permitirá saber que se dejó en blanco a propósito.

La Parte 5 es obligatoria para que este documento sea legal en el estado de California.

Las Instrucciones médicas anticipadas de Kaiser Permanente contienen 5 partes, incluida la parte de cómo convertirlas en un documento legal:

Parte 1: Elección de mis agentes para la atención médica (encargados de tomar decisiones)

Le permite nombrar a alguien para que tome decisiones de atención médica por usted si no puede tomarlas por sí mismo.

Parte 2: Mis valores y creencias

Le brinda la oportunidad de reflexionar sobre lo que la calidad de vida y vivir bien significan para usted. Llenar esta sección le ayudará a reflexionar sobre el resto del documento.

Parte 3: Elección de mis preferencias de atención médica

Le permite escribir sus preferencias de atención médica si no puede tomar sus propias decisiones debido a una lesión o enfermedad.

Parte 4: Preferencias para después de la muerte

Le permite escribir cualquier deseo que tenga después de la muerte, como la donación de órganos, los deseos para el funeral, etc.

Parte 5: Validación legal

El llenado de esta sección vuelve legal este documento en el estado de California.

Este documento también incluye una lista de verificación para ayudarle a compartir sus preferencias con Kaiser Permanente y otras personas.

Estas Instrucciones médicas anticipadas pertenecen a:

Nombre completo (Full name)

Número de historia clínica (Medical record number)

Fecha de nacimiento (Date of birth)

Dirección postal (Mailing address)

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono principal (Primary phone number)

Número de teléfono secundario
(Secondary phone number)

Correo electrónico (Email)

Cómo elegir a mis agentes para la atención médica (encargados de tomar decisiones) (Choosing my health care agent[s] [decision maker])

Esta sección designa a una persona en quien confío para que tome decisiones de atención médica por mí en caso de que yo sea incapaz de tomarlas.

Parte 1

Elegir a su **agente para la atención médica** también significa compartir sus valores y creencias con ellos. Dígales qué atención médica desearía recibir si no pudiera tomar decisiones por sí mismo.

¿A quién debería elegir como mi agente para la atención médica?

Si mi médico determina que no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica, este formulario designa a las personas que elegí para que tomen las decisiones por mí.

Mi agente para la atención médica (encargado de tomar decisiones) hablará en mi nombre para tomar decisiones de atención médica con base en las preferencias que le compartí o en lo que considera que es lo mejor para mí, teniendo en cuenta lo que sabe sobre mis valores y creencias personales.

Nota: Hable con su agente sobre qué es más importante para usted y asegúrese de que esa persona se sienta capaz de realizar esta función. Informe a las personas más cercanas a usted a quién escogió como su agente.

Al elegir a su agente para la atención médica, elija a una persona que sea importante para usted y que pueda tomar decisiones duras en un momento difícil.

Su agente no puede ser su médico ni otro profesional de la salud que le atienda como parte de su equipo de tratamiento.¹

No se pueden anticipar todas las situaciones de salud que pudieran ocurrir. Su agente tendrá que tomar decisiones en tiempo real con base en la información que le comparta el equipo médico.

¹ Sección 4659 del Código de Derecho Sucesorio de California

Hablar con su agente sobre el tipo de atención que desea recibir y el que no, les dará a ambos un entendimiento compartido y tranquilidad.

A veces, el cónyuge o un miembro de la familia pueden ser la mejor opción. En otras ocasiones, no lo son. Usted es quien sabe.

Un buen agente para la atención médica es alguien que:

- Está dispuesto a ser su agente para la atención médica y puede estar razonablemente disponible.
- Conoce bien sus valores y creencias.
- Está dispuesto a respetar sus deseos, aunque sean diferentes de los propios.
- No tiene miedo de hacer preguntas a los médicos y hablar sobre los deseos de usted, incluso si van en contra de los deseos de los demás.
- Es capaz de tomar decisiones bajo estrés.
- Le seguirá consultando para conocer sus preferencias a lo largo del tiempo.

Nota: Su agente para la atención médica puede o no ser la misma persona que elija como un contacto para emergencias para su expediente médico.

Este formulario no otorga permiso a su agente para que tome decisiones financieras o de algún otro tipo por usted.

Hable con su **agente** sobre los tipos de decisiones o tareas que podría tener que tomar o realizar. Utilice las preguntas de la **Parte 2** para guiar su conversación.

Mi agente para la atención médica puede tomar decisiones sobre mi atención médica si yo no puedo hacerlo. **A menos que limite su autoridad, las decisiones que puede tomar incluyen:**

- Decir sí o no a medicamentos, pruebas o tratamientos. Elegir o cambiar a los proveedores de atención médica y decidir en dónde recibiré la atención.
- Comenzar, no comenzar o detener las intervenciones para mantenerme con vida.
- Organizar y tomar decisiones sobre el cuidado de mi cuerpo después de la muerte (incluida la autopsia, la donación de órganos y lo que ocurrirá con mis restos).

Elijo a la siguiente persona como mi agente para la atención médica a fin de que tome decisiones de atención médica por mí en caso de que yo sea incapaz de tomarlas por mí mismo.

Elección de un agente para la atención médica

Si su cónyuge es su agente y luego se divorcia o se anula el matrimonio, esa persona ya no será su agente.

Si desea que su excónyuge sea su agente, llene unas nuevas instrucciones médicas anticipadas.

Mi agente para la atención médica: (My health care agent)

Nombre completo (Full name)

Relación (Relationship)

Dirección postal (Mailing address)

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono principal (Primary phone number)

Número de teléfono secundario
(Secondary phone number)

Correo electrónico (Email)

Si la primera persona no puede ser mi agente para la atención médica, entonces elijo a las siguientes personas para que sean mis agentes alternativos en el orden que se indica a continuación.

[Opcional] Agregue un primer y segundo agente para la atención médica alternativo.

Si nadie le viene a la mente, continúe en la página siguiente.

**Primera opción de agente para la atención médica
alternativo: (First alternate health care agent:)**

Nombre completo (Full name)

Relación (Relationship)

Dirección postal (Mailing address)

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono principal (Primary phone number)

Número de teléfono secundario
(Secondary phone number)

Correo electrónico (Email)

**Segunda opción de agente para la atención médica
alternativo: (Second alternate health care agent:)**

Nombre completo (Full name)

Relación (Relationship)

Dirección postal (Mailing address)

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono principal (Primary phone number)

Número de teléfono secundario
(Secondary phone number)

Correo electrónico (Email)

Si no desea que ciertas personas participen en la toma de decisiones sobre su atención médica, indique sus nombres.

NO quiero que las siguientes personas tomen decisiones sobre la atención médica por mí (use el siguiente espacio).

(I DO NOT want the following people to make health care decisions for me [use the space below].)

Mis valores y creencias (My values and beliefs)

Esta sección me permite reflexionar sobre lo que significa la calidad de vida y vivir bien para mí.

Parte 2

El llenado de la sección **Mis valores y creencias** le permite escribir lo que considera más importante en su vida. Tómese su tiempo con estas preguntas. Le ayudarán a reflexionar sobre la **Parte 3** de este formulario.

Marque todas las opciones que correspondan y utilice el espacio a continuación para describir más.

1. Lo siguiente es lo que más me importa para vivir bien:

(For me to live well, the following matter most to me:)

- ☐ **Pasar tiempo y relacionarme con mis seres queridos.**
(Spending time and connecting with loved ones)
- ☐ **Reconocer a mis amigos y familia**
(Recognizing friends and family)
- ☐ **Tomar mis propias decisiones.**
(Making my own decisions)
- ☐ **Comunicarme con claridad.**
(Communicating meaningfully)
- ☐ **Hacer actividad física.**
(Being physically active)
- ☐ **Estar socialmente activo.**
(Being socially active)
- ☐ **Vivir de forma independiente.**
(Living independently)
- ☐ **Alimentarme sin ayuda.**
(Feeding myself without help)

☐ **Hacerme cargo de mi propia higiene
(bañarme, vestirme solo).**
**(Taking care of my personal hygiene (bathing,
dressing myself)**

☐ **Vivir en mi casa.**
(Living in my home)

☐ **Trabajar o hacer voluntariado.**
(Working and/or volunteering)

☐ **Dedicar tiempo a mis pasatiempos
e intereses.**
(Participating in hobbies or interests)

☐ **Respetar mis creencias espirituales
o mi religión.**
(Honoring my spiritual beliefs and/or religion)

☐ **Otro (explique a continuación).**
(Other [say more below])

Solo conteste si esto es relevante para usted.

2. ¿Cómo influyen mi cultura, espiritualidad, religión o sistema de creencias en mis decisiones de atención médica?

¿Qué tan importante es esto para mí?

(How do my culture, spirituality, religion, and/or belief system influence my health care decisions? How important is this to me?)

Elección de mis preferencias de atención médica

(Choosing my health care preferences)

Esta sección, junto con la Parte 2: **Mis valores y creencias**, describe mis preferencias para guiar a mis **agentes** y médicos para tomar decisiones médicas por mí si yo no puedo hacerlo por mí mismo.

Parte 3

Elegir sus preferencias de **atención médica** puede ser incómodo. Hacerlo mientras pueda le brindará voz para expresar sus preferencias en caso de que no pueda hacerlo más adelante.

¿Qué son los tratamientos para el sostenimiento de la vida?

Los tratamientos para el sostenimiento de la vida están diseñados para mantener viva a una persona cuando su cuerpo ya no puede funcionar por sí solo.

Ejemplos:

- **Reanimación cardiopulmonar (RCP):** un intento por reanimar el corazón con compresiones en el pecho si se detienen su corazón y respiración.
- **Respirador artificial:** un aparato que respira por usted cuando sus pulmones no están funcionando.
- **Alimentación parenteral:** También conocida como nutrición artificial, proporciona alimento líquido (nutrición) al cuerpo. Esto se realiza cuando una persona no puede comer lo suficiente por la boca o tiene problemas para tragar.
- **Diálisis:** un aparato que elimina los desechos de la sangre si los riñones no están funcionando.

Comparta sus valores y preferencias de atención médica con su agente. Hablen sobre por qué sus elecciones son importantes para usted.

Ahora que sabe sobre los tratamientos para el sostenimiento de la vida, considere lo siguiente: Puede elegir los que desee o no elegir ninguno si ninguno de ellos se aplica a usted.

Rechazaría o detendría los tratamientos para el sostenimiento de la vida si no me recuperara lo suficiente para:

(I would decline or stop life-sustaining treatments if I would not recover enough to:)

☐ **Tomar mis propias decisiones.**
(Make my own decisions)

☐ **Comunicarme con claridad.**
(Communicate meaningfully)

☐ **Reconocer a mis amigos y familia.**
(Recognize friends and family)

☐ **Alimentarme sin ayuda o con alimentación parenteral.**
(Feed myself without help or tube feeding)

☐ **Hacerme cargo de mi propia higiene (bañarme, vestirme solo).**
(Take care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])

☐ **Interactuar con la comunidad.**
(Engage with the community)

En la situación descrita, podría no tener la capacidad de reconocerse a sí mismo o a sus seres queridos. Los médicos le dijeron a su agente o familia que **no hay probabilidades de que recupere estas capacidades.**

Con base en sus respuestas en la última sección, considere las siguientes situaciones al elegir sus preferencias de atención médica a continuación:

A. Tengo demencia avanzada o daño cerebral grave sin probabilidades de que mejore. No puedo desempeñarme de una manera aceptable para mí.
(I have advanced dementia or severe brain damage that is not expected to get better. I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

De acuerdo con mis valores y creencias:
(Based on my values and beliefs:)

☐ **No deseo recibir ningún tratamiento para el sostenimiento de la vida.** Detendría o no comenzaría con estos tratamientos.
(I do not want any life-sustaining treatments. I would either stop or not start these treatments.)

☐ **Quiero que se inicien o continúen tratamientos para el sostenimiento de la vida**, siempre que estén dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados.
(**I want life-sustaining treatments to start or continue**, as long as they are within the limits of generally accepted health care standards.)

☐ **Quiero recibir tratamientos para el sostenimiento de la vida durante un tiempo limitado**, siempre que estén dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados.
(**I want a time-limited trial of life-sustaining treatments**, as long as they are within the limits of generally accepted health care standards.)

Mis preferencias para un periodo de prueba son...
(My preferences for a trial period are...)

Algunos ejemplos de una enfermedad grave y progresiva pueden ser insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal en etapa terminal, cáncer, cirrosis hepática o enfermedad pulmonar crónica.

B. Tengo una enfermedad progresiva grave que se aproxima a su etapa final. No puedo desempeñarme de una manera aceptable para mí.
(I have a serious, progressing illness that is nearing its final stage. I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

De acuerdo con mis valores y creencias:
(Based on my values and beliefs:)

☐ **No deseo recibir ningún tratamiento para el sostenimiento de la vida.** Detendría o no comenzaría con estos tratamientos.
(I do not want any life-sustaining treatments. I would either stop or not start these treatments.)

☐ **Quiero que se inicien o continúen tratamientos para el sostenimiento de la vida**, siempre que estén dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados.
(**I want life-sustaining treatments to start or continue**, as long as they are within the limits of generally accepted health care standards.)

☐ **Quiero recibir tratamientos para el sostenimiento de la vida durante un tiempo limitado**, siempre que estén dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados.
(**I want a time-limited trial of life-sustaining treatments**, as long as they are within the limits of generally accepted health care standards.)

Mis preferencias para un periodo de prueba son...
(My preferences for a trial period are...)

[Opcional] Decisión de rechazar un tratamiento médico específico.

Las transfusiones de sangre son el proceso de transferir sangre o productos derivados de la sangre a su cuerpo a través de un tubo angosto colocado en una vena del brazo. Algunas personas tienen una postura firme respecto a no recibir transfusiones de sangre ni productos derivados de la sangre, independientemente de su condición médica. Si esto se aplica a usted y desea llenar un formulario, realice cualquiera de las siguientes acciones:

- Pida al consultorio de su médico un Formulario de manejo de la sangre para la planificación para el cuidado de la vida de Kaiser Permanente.
- Visite kp.org/lifecareplan/es, haga clic en “Instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de la salud” y descargue el Formulario de manejo de la sangre.

Si ya llenó un Formulario de manejo de la sangre o tiene uno propio:

- Llévelo a su próxima cita programada; **O**

- envíe una copia por correo postal a Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805; **O**
- envíelo por correo electrónico: SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org.

Solo conteste si esto es relevante para usted.

Si deseo agregar otras preferencias de atención médica o si deseo limitar algún tratamiento para el sostenimiento de la vida debido a mis creencias culturales, religiosas o personales, las incluiré a continuación.

(If I want to add any other health care preferences, or if I wish to limit any life-sustaining treatments because of my cultural, religious, or personal beliefs, I will include these below.)

¿Necesito otro formulario?

Si actualmente tiene una enfermedad progresiva grave que se aproxima a su etapa final, hable con su médico o equipo de atención médica sobre si debería llenar un documento de Órdenes médicas de tratamiento para el sostenimiento de la vida (Physician's Order for Life Sustaining Treatment, POLST).

Preferencias para después de la muerte (After-death preferences)

Esta sección le permite anotar sus preferencias sobre cómo desea que se trate su cuerpo después de la muerte, junto con sus deseos para su funeral, ceremonia de conmemoración o entierro. También puede incluir sus preferencias respecto a la donación de órganos.

Parte 4

Si registra sus preferencias sobre qué pasará cuando muera y después, ayudará a sus seres más cercanos a respetar lo más importante para usted.

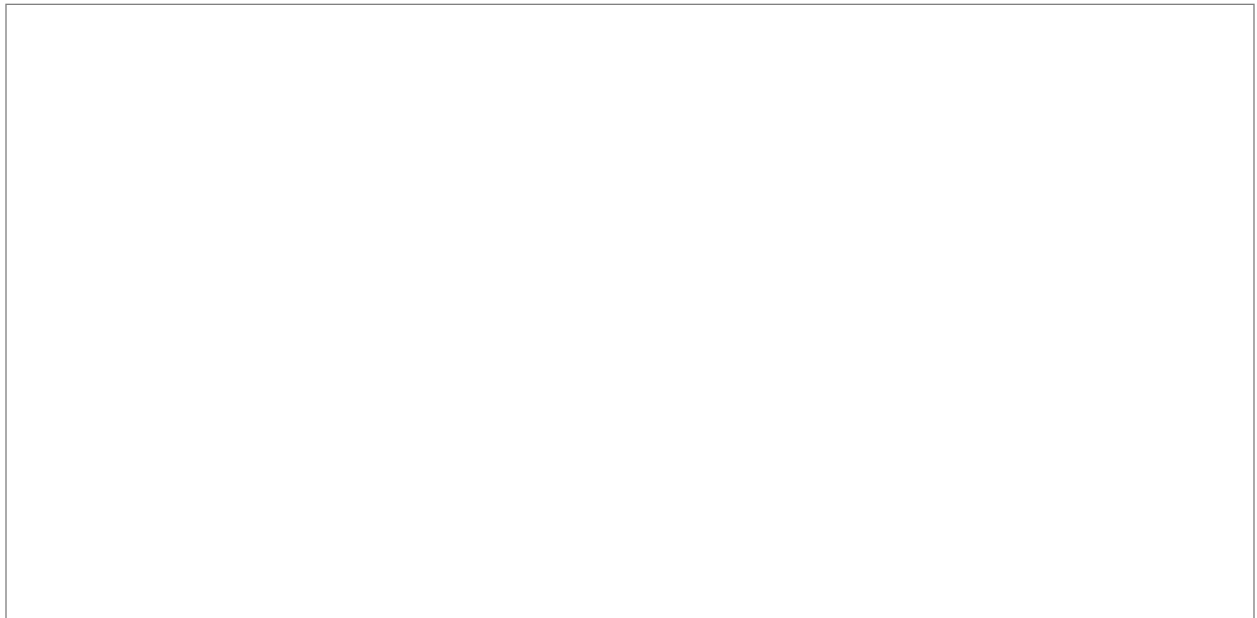
Tómese un tiempo para reflexionar sobre estas afirmaciones. Si le ayuda, consulte la **Parte 2: Mis valores y creencias.**

Si tiene dificultades o no tiene todas las respuestas, escriba lo que sabe y siga avanzando.

A. Para después de la muerte, mis preferencias sobre cómo deseo que se trate mi cuerpo (autopsia, funeral, ceremonia de conmemoración, entierro o cualquier tradición religiosa o espiritual) se enumeran a continuación.

(After death, my preferences for how I want my body to be treated [autopsy, funeral, memorial, burial, or any religious or spiritual traditions] are listed below.)

También **incluya cualquier acuerdo** (por ejemplo, de funeraria, de cementerio o de donación de su cuerpo a la ciencia) que haya hecho.

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their preferences and any agreements regarding their body after death.

Preferencias respecto a la donación de órganos, tejidos y partes del cuerpo.

B. Cuando muera, deseo donar mis órganos, tejidos y partes del cuerpo. Elija una opción para la donación de órganos.

(Upon my death, I want to donate my organs, tissues, and/or body parts. Choose one option for organ donation.)

☐ **Sí (Yes)**

Al marcar la casilla anterior y sin importar mi elección en la **Parte 3: Elección de mis preferencias de atención médica** para el final de la vida, autorizo que mi agente para la atención médica permita cualquier procedimiento médico temporal necesario solo para evaluar o mantener mis órganos, tejidos o partes para fines de donación.

(By checking the box above, and regardless of my choice in

Part 3: Choosing my health care preferences for end of life, I authorize my health care agent to consent to any temporary medical procedure necessary solely to evaluate and/or maintain my

organs, tissues, and/or body parts for purposes of donation.)

Elija **tantas opciones** como desee
(Choose **as many** as you wish.)

Deseo donar mis órganos, tejidos y partes del cuerpo.
(I want to donate my organs, tissues, and/or body parts for:)

- ☐ **Trasplante (Transplant)**
- ☐ **Terapia (Therapy)**
- ☐ **Investigación (Research)**
- ☐ **Educación (Education)**

Quiero restringir mi donación de órganos, tejidos o partes del cuerpo como se indica a continuación:
(I want to restrict my donation of organs, tissues, and/or body parts as indicated below:)

☐ **No (No)**

☐ **No estoy seguro (I'm not sure)**

Si dejo en blanco esta parte, no es una negación a donar mis órganos, tejidos o partes del cuerpo.

Debe cumplirse mi registro de donante autorizado por el estado, o, si no tengo, el encargado de tomar decisiones reconocido legalmente que indiqué en la Parte 1 puede hacer una donación tras mi muerte.

Si no se nombró un agente para la atención médica, reconozco que la ley de California permite que una persona autorizada tome esta decisión en mi nombre.

(If I leave this part blank, it is not a refusal to donate my organs, tissues, and/or body parts. My state-authorized donor registration should be followed, or, if none, my legally recognized decision maker listed in Part 1 may make a donation upon my death. If no health care agent is named, I acknowledge that California law permits an authorized individual to make such a decision on my behalf.)

Cómo validar legalmente este documento (Making this document legally valid)

Esta sección valida legalmente sus instrucciones médicas anticipadas en el estado de California. Para que el documento sea válido legalmente, **(1) debe firmarlo y fecharlo Y (2) debe estar firmado por dos testigos O certificado ante un notario público**

Parte 5

El cumplimiento de los requisitos legales

garantiza la validez de todo el trabajo y reflexión que puso en estas instrucciones médicas anticipadas. Recuerde que, si desea cambiar algo más adelante, debe llenar un nuevo formulario.

Firme al final de esta página Y elija UNA de las siguientes opciones para hacer válido legalmente este documento en el estado de California:

DOS TESTIGOS

- Los testigos deben ser adultos.
- Uno de sus testigos no puede estar relacionado con usted (por sangre, matrimonio o adopción) ni tener derecho a ninguna parte de su patrimonio.
- Sus agentes principal y alternativos para la atención médica (encargados de tomar decisiones) NO pueden firmar como testigos.
- Su proveedor de atención médica o un empleado de su proveedor de atención médica NO PUEDE firmar como testigo.
- El operador o empleado de un centro de atención comunitaria o de atención residencial para personas mayores NO PUEDE firmar como testigo.
- Los testigos firmarán en la página 19.

O

NOTARIO PÚBLICO

- **NO** firme este documento a menos que esté ante un notario público.
- El notario público firmará en la página 20.

Su firma aquí.

¡Continúe! Para que este documento sea válido legalmente en el estado de California, **también necesita testigos o certificarlo ante un notario público.**

Mi firma (My signature)

Mi nombre en letra de imprenta
(My name printed)

Mi firma (My signature)

Si está incapacitado físicamente para firmar, cualquier marca que usted asigne como su firma es aceptable.

(If you are physically unable to sign any mark you make that you intend to be your signature is acceptable.)

Continúe en la página siguiente para consultar los requisitos de los testigos y el notario.

Elección de DOS TESTIGOS

Elijo a DOS TESTIGOS para hacer válido legalmente este documento en California.

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS: Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de California: (1) que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció estas instrucciones médicas anticipadas o que se me presentaron pruebas convincentes de su identidad; (2) que la persona firmó o reconoció estas instrucciones médicas anticipadas ante mí; (3) que la persona parece estar en su sano juicio y libre de coerción, fraude o influencias indebidas; (4) que no soy una persona designada como agente por estas instrucciones médicas anticipadas, y (5) que no soy el proveedor de atención médica de la persona, un empleado del proveedor de atención médica de la persona, el operador de un centro de atención comunitario, un empleado de un operador de un centro de atención comunitario, el operador de un centro de atención residencial para personas de la

tercera edad ni un empleado de un operador de un centro de atención residencial para personas de la tercera edad.

Firma del testigo número uno.

Recuerde que su **agente para la atención médica no puede ser un testigo.**

Testigo número uno: (Witness number one:)

Nombre (Name)

Dirección (Address)

Firma (Signature)

Fecha (Date)

Firma del testigo número dos.

Testigo número dos: (Witness number two:)

Nombre (Name)

Dirección (Address)

Firma (Signature)

Fecha (Date)

Legalmente, uno de sus testigos **no puede estar relacionado con usted.**

Declaración adicional de los testigos: Al menos uno de los testigos anteriores debe firmar también la siguiente declaración: **Además, declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de California,** que no tengo una relación de sangre, matrimonio o adopción con la persona que ejecuta estas instrucciones médicas anticipadas y que, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a ninguna

parte del patrimonio de la persona después de su muerte en virtud de un testamento vigente o por derecho legal.

Firma (Signature)

Fecha (Date)

Elección de un NOTARY PUBLIC

Elijo a un NOTARY PUBLIC en lugar de dos testigos para hacer válido legalmente este documento en California.

ACKNOWLEDGMENT

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of California, County of:

On _____

before me, _____

(insert name and title of the officer)

personally appeared

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature

(Seal)

Se requiere una firma adicional solo si usted es paciente de un centro de enfermería especializada.

Requisito especial para testigos (Special witness requirement)

Si usted es paciente de un centro de enfermería especializada, el defensor de los derechos del paciente o el defensor general de los derechos del paciente debe firmar la siguiente declaración. (If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement.)

STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE

OR OMBUDSMAN: I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or an ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the California Probate Code.

Signature

Fecha (Date)

¡Felicidades! Ya casi termina. Estas son algunas cosas más que debe hacer para terminar con el proceso.

Próximos pasos

Ahora que ha llenado sus Instrucciones médicas anticipadas (AHCD), utilice esta lista de verificación para asegurarse de seguir estos últimos pasos.

☐ **Entregue copias de sus AHCD**

- A su **agente para la atención médica** (encargado de tomar decisiones) y a sus agentes alternativos;
- **Llévelas a su próxima cita programada; O**
- **Envíe una copia por correo postal a**
Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805; **O**
- **Envíelas por correo electrónico:**
SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org.
- Conserve el documento original.

☐ **Hable sobre sus AHCD**

- **Hable con su agente para la atención médica (encargado de tomar decisiones)** sobre sus valores, creencias y preferencias de atención médica. Utilice sus AHCD como guía de la conversación y asegúrese de que su agente se sienta capaz de desempeñar esta función.
- **Asegúrese de informar a sus seres queridos, familia o amigos cercanos** a quién escogió como su agente para la atención médica, cuáles son sus preferencias de atención médica y por qué.

☐ **Lleve sus AHCD con usted.**

- Si va a un hospital o centro de adultos mayores y personas con discapacidad, lleve una copia de sus AHCD y pida que las coloquen en su historia clínica.

 **Revise sus AHCD regularmente, especialmente en estos momentos:**

- **Década:** cuando inicie una nueva década de su vida.
- **Muerte:** cuando un ser querido muera.
- **Divorcio/matrimonio:** si se divorcia, se casa o tiene un cambio familiar importante.
- **Diagnóstico:** si le diagnostican una condición de salud grave.
- **Deterioro:** cuando experimente un deterioro significativo de una condición de salud existente, en especial si no puede vivir solo.

Mi nombre (My first name):

Mi apellido (My last name):

Mi número de historia clínica (My medical record number):

KP use: patient label

Recuerde que puede cancelar o cambiar CUALQUIER preferencia en sus AHCD en cualquier momento. Debido a que las cosas cambian en su vida o con su salud, puede cambiar de agente para la atención médica (encargado de tomar decisiones) y sus preferencias médicas. Debe hacerlo por escrito y firmar el nuevo documento, o puede informarlo a su proveedor de atención médica en persona.



Esta información no pretende diagnosticar problemas de salud ni sustituir los consejos médicos ni la atención que recibe de su médico u otro profesional de la salud. Si tiene problemas de salud persistentes o más preguntas, hable con su médico.

© 2025 Southern California Permanente Medical Group.

All rights reserved.
SCAL-LCP 032S LP (07/25)
kp.org/lifecareplan/es