

KP use: patient label

Mi nombre: (My first name):

Mi apellido: (My last name):

Mi fecha de nacimiento: (My date of birth):

____/____/____

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

Hay dos versiones de este documento. Esta es la más corta. Puede ver las dos versiones en **kp.org/lifecareplan** (cambie el idioma a español) o pedírselas a su médico. Elija la que prefiera.

(There are two versions of this document. This is the shorter one. You can view the two versions on **kp.org/lifecareplan** or ask your doctor for them. Choose the one you prefer.)

Paso 1

Step 1

Elija un agente de atención médica (encargado de tomar decisiones). También puede elegir un agente alternativo si lo desea.

(Choose a health care agent (decision maker). You can also choose an alternate agent if you want one).

Esta persona:

(This person is):

- Tiene 18 años o más, y conoce bien sus valores y creencias.
- (18 or older and knows your values and beliefs well);

- Está dispuesta y es capaz de hacer esto por usted.
(willing and able to do this for you);
- Está dispuesta a respetar **sus** preferencias incluso si son diferentes a las suyas.
(willing to honor **your** preferences even if they are different from their own);
- No es su médico ni otro profesional de la salud que lo esté atendiendo.
(not your doctor or another health care professional who is caring for you).

Elijo a (I choose) _____

parentesco: (relationship:)

con número de teléfono: (phone number):

y correo electrónico: (email:)

como mi agente de atención médica para tomar decisiones de atención médica por mí si no puedo tomarlas por mí mismo.

(as my health care agent to make health care decisions for me if I'm not able to make them for myself).

Elijo a (I choose) _____

parentesco: (relationship:)

con número de teléfono: (phone number):

y correo electrónico: (email:)

como mi agente de atención médica alternativo si mi agente de atención médica principal no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar decisiones de atención médica por mí.

(as my alternate health care agent if my primary health care agent is not willing, able, or reasonably available to make health care decisions for me).

Paso 2

Step 2

Brindar orientación a mi agente de atención médica y a mi equipo de atención. Elija solo UNA casilla:

(Give guidance to my health care agent and care team. Choose ONE box only):

**Si tengo una enfermedad que no tiene cura y que me causará la muerte en poco tiempo,
(If I have an illness that is not curable and will result in my death in a short time),**

**O pierdo el conocimiento y mis médicos no creen que vaya a mejorar,
(OR I become unconscious, and my doctors do not think I will improve),**

**O los posibles riesgos y cargas del tratamiento
superarían a los beneficios esperados...**

**(OR the likely risks and burdens of treatment
would outweigh the expected benefits)...**

☐ Quiero mantenerme vivo el mayor tiempo posible
dentro de los límites de los estándares de atención
médica generalmente aceptados.

(I want to be kept alive as long as possible within the
limits of generally accepted health care standards).

☐ No deseo que se prolongue mi vida. Dejaría
los tratamientos para mantenerme vivo o no
los comenzaría.

(I do not want my life to be prolonged. I would stop
treatments to keep me alive or not start them).

☐ No estoy seguro de con qué afirmaciones
estoy más de acuerdo. Confío en que mi agente de
atención médica hará lo que sea mejor para mí.

(I am not sure which statements I most agree with.
I trust my health care agent to do what is best for me).

¿Hay algo más que su equipo de atención debería saber sobre usted o sus preferencias médicas?
(Is there anything else your care team should know about you or your medical preferences?)

Paso 3

Step 3

Firme el siguiente formulario. Pídales a DOS testigos (opción 1) O a un notary public (opción 2) que también lo firmen.

Sign the form below. Ask either TWO witnesses (Option 1) OR a notary public (Option 2) to also sign.

Nombre (en letra de imprenta):
(My name (please print):)

Mi firma: (My signature:)

Fecha: (Date:)

Opción 1

Opción 1

**TODOS LOS TESTIGOS DEBEN LEER Y
ACEPTAR TODOS ESTOS REQUISITOS.
(ALL WITNESSES MUST READ AND ACCEPT
ALL THESE REQUIREMENTS).**

- Declaro bajo pena de perjurio según las leyes de California que:
(I declare under penalty of perjury under the laws of California that):
- Soy mayor de 18 años.
(I am at least 18 years old);
- No soy una persona designada como agente por estas Instrucciones Médicas por Anticipado para el Cuidado de la Salud.
(I am not a person appointed as agent by this Advance Health Care Directive);
- Solo uno de los testigos puede ser un familiar.
(only one of the witnesses can be family related);

- Conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció estas Instrucciones Médicas por Anticipado para el Cuidado de la Salud o se me presentaron pruebas convincentes de su identidad. (the individual who signed or acknowledged this Advance Health Care Directive is personally known to me, or that the individual's identity was proven to me by convincing evidence);

- La persona firmó o reconoció estas Instrucciones Médicas por Anticipado para el Cuidado de la Salud ante mí. (the individual signed or acknowledged this Advance Health Care Directive in my presence);

- La persona parece estar en su sano juicio y no estar bajo ninguna coacción, fraude o influencia indebida. (the individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence);

- No soy el proveedor de atención médica de la persona, empleado del proveedor de atención médica de la persona, el operador de un centro de atención comunitaria, empleado del operador de un centro de atención comunitaria, el operador de un centro de atención residencial para personas mayores ni empleado del operador de un centro de atención residencial para personas mayores.

(I am not the individual's health care provider, an employee of the individual's health care provider, the operator of a community care facility, an employee of an operator of a community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly, nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly)

TESTIGO NÚMERO UNO:
(WITNESS NUMBER ONE):

Nombre en letra de imprenta: (Print name:)

Firma: (Signature:)

Dirección: (Address)

Fecha: (Date:)

TESTIGO NÚMERO DOS:

(WITNESS NUMBER TWO):

Nombre en letra de imprenta: (Print name:)

Firma: (Signature:)

Dirección: (Address)

Fecha: (Date:)

DECLARACIÓN ADICIONAL DE LOS TESTIGOS :

Al menos uno de los testigos anteriores debe firmar también la siguiente declaración: Además, declaro bajo pena de perjurio, según las leyes de California, que no tengo una relación de sangre, matrimonio o adopción con la persona que ejecuta estas Instrucciones Médicas por Anticipado para el Cuidado de la Salud y que, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a ninguna porción del patrimonio de la persona después de su fallecimiento en un testamento vigente o por derecho legal.

(ADDITIONAL STATEMENT OF WITNESSES :

At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance health care directive by blood, marriage, or adoption, and, to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon their death under a will now existing or by operation of law).

Nombre en letra de imprenta: (Print name:)

Firma: (Signature:)

**SOLO PARA RESIDENTES DE CENTROS DE
ENFERMERÍA ESPECIALIZADA DE CALIFORNIA**

Entregue este formulario al director de su centro de adultos mayores SOLO si vive en un centro de adultos mayores. La ley de California exige que los residentes de centros de adultos mayores tengan al defensor general de los derechos de los pacientes del centro de adultos mayores como testigo adicional de las Instrucciones Médicas por Anticipado para el Cuidado de la Salud (AHCD).

**(FOR CALIFORNIA SKILLED NURSING FACILITY
RESIDENTS ONLY)
(STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR
OMBUDSMAN**

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

Firma del defensor general de los derechos del paciente: (Signature of ombudsman):

Fecha: (Date:)

Nombre en letra de imprenta: (Print name:)

Opción 2
Opción 2

Elijo un NOTARY PUBLIC en lugar de dos testigos.

(I choose a NOTARY PUBLIC instead of two witnesses).

State of California, County of:

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.

On _____

before me, _____

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 that 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 of Notary Public)

(Seal)

Siguientes pasos:

- ☐ **Conserve el original.**
- ☐ **Entregue copias a su(s) agente(s) de atención médica.**
- ☐ **Lleve una copia a su próxima cita en Kaiser Permanente O**
- ☐ **Envíe una copia por correo a:**
Kaiser Permanente Central Scanning,
1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805
O envíe una copia por correo electrónico a:
SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org.
- ☐ **Hable con su(s) agente(s) de atención médica** sobre sus valores, creencias y sus preferencias de atención médica. Use sus AHCD para guiar la conversación y asegurarse de que puedan desempeñar esta función. **Asegúrese de informar a sus seres queridos, familiares y amigos cercanos** a quién(es) eligió como su(s) agente(s) de atención médica, cuáles son sus preferencias de atención médica y por qué.

☐ **Lleve sus AHCD con usted.** Si va a un hospital u centro de adultos mayores, lleve una copia de sus AHCD y pida que las coloquen en su historia clínica.

Puede cancelar o cambiar CUALQUIERA de sus elecciones en sus AHCD en cualquier momento.

A medida que las cosas cambien en su vida o en su salud, puede cambiar su(s) agente(s) y preferencias completando un nuevo documento o diciéndoselo a su médico en persona.