


# Instrucciones médicas anticipadas

## **Planificación** PARA EL CUIDADO DE LA VIDA

 mis valores, mis elecciones, mi atención



### RECUERDE

- 1 Firme este documento frente a testigos o un notario.
- 2 Firme y escriba la fecha.
- 3 Devuelva una copia a KP.

[kp.org/lifecareplan](https://kp.org/lifecareplan)  
(cambie el idioma a español)

 KAISER PERMANENTE®

## Introducción

¿Qué son las Instrucciones médicas anticipadas?

**Las Instrucciones médicas anticipadas son un documento legal que le permite:**

- elegir a una persona para que tome decisiones de atención médica en su nombre (su “agente de atención médica”);
- dar orientación sobre sus deseos de atención médica por si no puede tomar sus propias decisiones.

**Todas las secciones de este documento son opcionales. Puede llenar las partes que elija.** Sin embargo, es necesario que lo firme y escriba la fecha y que un notario o dos testigos den fe de ello. Puede actualizar las preferencias que expresó en sus Instrucciones médicas anticipadas en cualquier momento llenando un documento nuevo. Tiene derecho a cancelar o reemplazar por otro este documento de Instrucciones médicas anticipadas en cualquier momento. Un documento nuevo reemplazará cualquier otro que haya llenado anteriormente, si contienen información diferente.

Este documento brinda orientación para su agente y su equipo de atención médica. Las Instrucciones médicas anticipadas no le indican al personal de emergencia qué tratamientos quiere recibir ante una emergencia médica.

¿Por qué son importantes las Instrucciones médicas anticipadas?

**Usted tiene derecho a indicar las preferencias relacionadas con su propia atención médica.**

**Las Instrucciones médicas anticipadas le dan la oportunidad de expresar su opinión con respecto a sus cuidados médicos. Los deseos que registre aquí servirán como guía para su agente y su equipo de atención médica.**

**Además, es conveniente que quienes tengan una enfermedad grave o estén llegando al final de su vida hablen con su equipo de atención médica para saber si necesitan documentos adicionales que guíen su atención.**

¿Quién puede llenar un documento de Instrucciones médicas anticipadas?

**Cualquier persona mayor de 18 años** debería considerar llenar un documento de Instrucciones médicas anticipadas, independientemente de su estado de salud.

Otras referencias

**Planificación para el cuidado de la vida:**  
mis valores, mis elecciones, mi atención

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan) (cambie el idioma a español)

¿Qué incluye este documento?

El documento de Instrucciones médicas anticipadas de Kaiser Permanente incluye cinco partes que puede llenar, entre ellas, una que indica cómo darle validez legal:

**Parte 1: Cómo elegir mi agente de atención médica**

Le permite designar a una persona para que tome decisiones de atención médica en su nombre.

**Parte 2: Mis valores y creencias**

Le da la oportunidad de reflexionar acerca de sus valores, creencias y preferencias de atención médica, y compartirlos. Le recomendamos que llene esta sección, ya que le ayudará a considerar detenidamente el resto del documento.

**Parte 3: Cómo elegir mis preferencias de atención médica**

Le permite registrar sus preferencias de atención médica.

**Parte 4: Información para el final de la vida**

Le permite comunicar cualquier deseo que tenga para después de su muerte, por ejemplo, si quiere donar órganos, si desea algo para su funeral o si quiere alguna ceremonia cultural o religiosa para el final de la vida.

**Parte 5: Validación legal**

Le permite hacer que sus Instrucciones médicas anticipadas tengan validez legal en el estado de California.

**Siguientes pasos**

Incluye una lista de verificación para que revise y use como guía para compartir sus preferencias y este documento con otras personas.

Persona a quien pertenecen estas Instrucciones médicas anticipadas:

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Parte 1

Elegir a su agente de atención médica también implica expresarle sus valores y creencias a esta persona y decirle qué cuidados médicos querría recibir si no pudiera tomar sus propias decisiones.

## Cómo elegir mi agente de atención médica

Esta sección le permite designar a una persona en quien confíe para que tome decisiones de atención médica en su nombre de inmediato o en caso de que su médico determine que usted no puede tomar sus propias decisiones relacionadas con la atención.

El agente de atención médica designado hablará en su nombre para tomar decisiones por usted según las preferencias que le haya expresado o lo que esta persona considere que más le convenga teniendo en cuenta lo que sabe acerca de sus valores y creencias personales.

Hable con su agente sobre qué es lo más importante para usted y asegúrese de que esta persona sienta que puede desempeñar este papel. Asegúrese de comunicarles a sus amistades y seres queridos a quién ha elegido para que sea su agente y por qué.

A veces, la mejor elección es su cónyuge o un miembro de la familia; otras, es mejor elegir una amistad cercana. Usted es quien mejor lo sabe.

Un buen agente de atención médica es una persona que:

- Esté dispuesta a desempeñar este papel y pueda estar razonablemente disponible.
- Conozca bien sus valores y creencias.
- Esté dispuesta a respetar y considerar sus preferencias aunque sean diferentes de las propias.
- No tenga miedo de hacer preguntas y hablar en su nombre, aunque hacerlo vaya en contra de lo convencional o los deseos de otros seres queridos.
- Pueda tomar decisiones bajo estrés.
- Siga en contacto con usted para hablar de sus preferencias a lo largo del tiempo.

También puede elegir darle a su agente de atención médica autoridad para que tome decisiones por usted de inmediato. Si así lo desea, debe indicarlo en estas Instrucciones médicas anticipadas.

Si se disuelve, anula o cancela su matrimonio o sociedad doméstica con quien haya designado como agente de atención médica, esta designación quedará sin efecto, a menos que usted llene el formulario nuevamente y designe a esa persona como agente de atención médica.

Su agente de atención médica no puede ser un operador ni un empleado de un centro de atención comunitaria o un centro de atención residencial donde usted reciba cuidados, tampoco puede ser el proveedor que supervise su atención médica ni un empleado del lugar donde esté recibiendo atención, salvo que esa persona tenga una relación con usted o sea un compañero de trabajo.

Este formulario no autoriza a su agente a tomar por usted decisiones financieras o relacionadas con los negocios.

# Planificación PARA EL CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi atención

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

Hable con su **agente** sobre los tipos de responsabilidades que podría tener al asumir este papel. Use este documento de instrucciones y las preguntas de la parte 1 como guía en la conversación.

## Cuándo entra en vigencia la autoridad de mi agente de atención médica:

### A menos que limite la autoridad de mi agente, este puede tomar por mí las siguientes decisiones:

- aceptar o rechazar algún cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o, de alguna otra manera, influir en una afección física o mental;
- seleccionar los proveedores que me brindarán o dejarán de brindarme atención médica y decidir dónde recibiré atención;
- aprobar o rechazar pruebas de diagnóstico, intervenciones quirúrgicas y programas de medicamentos;
- decidir si proporcionar, no proporcionar o detener todas las formas de tratamientos de soporte vital para mantenerme con vida;
- ocuparse del cuidado de mi cuerpo después de que muera y tomar decisiones sobre esto (por ejemplo, si hacer una autopsia, si se donarán órganos y qué ocurrirá con mis restos).

**Si deseo limitar la autoridad de mi agente de atención médica**, especificaré a continuación qué decisiones de atención médica **NO** quiero que tome mi agente. También puedo indicar quiénes **NO** quiero que participen en las decisiones de atención médica en mi nombre.

No quiero que mi agente de atención médica...

Elección de un agente de atención médica principal.

Elijo a la siguiente persona para que sea mi agente de atención médica principal (primario) y tome decisiones de atención médica en mi nombre si yo no puedo hacerlo, o **si escribo las iniciales de mi nombre aquí \_\_\_\_\_, quiero que mi agente de atención médica pueda tomar decisiones de atención médica en mi nombre de inmediato.**

## Mi agente de atención médica principal (primario):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

# Planificación PARA EL CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi atención

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

Esta sección es opcional, pero es recomendable llenarla.

Si no desea seleccionar agentes de atención médica suplentes, continúe en la página siguiente.

Si mi agente de atención médica principal no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, elijo a las siguientes personas para que sean mis agentes suplentes (primera y segunda opción).

## Primer agente suplente de atención médica:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Segundo agente suplente de atención médica:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Parte 2

Llenar la sección **Mis valores y creencias** le permite expresar qué es lo más importante en su vida. Tómese su tiempo para responder estas preguntas, ya que le ayudarán a considerar detenidamente las partes 2 y 3 de este documento.

Piense en lo que más valora. ¿Qué significa para usted calidad de vida? ¿Qué es importante para usted y quiere que lo sepa la persona que tomará decisiones en su nombre?

## Mis valores y creencias

Esta sección le permite reflexionar sobre qué significa para usted vivir bien por si no puede tomar sus propias decisiones de atención médica. Sirve como base para el resto del documento.

**Es fundamental que comprenda qué es lo más importante para usted y que reflexione sobre esto. Así podrá tomar decisiones sobre su atención médica que se adapten a su forma de ser y a lo que más le importa. También es fundamental que su agente de atención médica sepa qué es lo más importante para usted y cuáles son sus valores.**

Revise y responda las siguientes preguntas:

Para guiar a mi agente de atención médica, quiero contarle qué es lo más importante para mí.

Marque todas las opciones que correspondan y use el espacio de abajo para dar más detalles, si lo desea.

### 1. En mi vida, lo más importante para mí es:

- ☐ Poder hacer actividad física.
- ☐ Tener una vida social activa.
- ☐ Poder vivir por mi propia cuenta.
- ☐ Tener un empleo o trabajar como voluntario.
- ☐ Pasar tiempo con amistades y familiares.
- ☐ Tomar mis propias decisiones.
- ☐ Interactuar con la comunidad.
- ☐ Dedicarme a mis pasatiempos o a lo que me apasiona.
- ☐ Participar en la espiritualidad o la religión.
- ☐ Otro.

**A continuación explico POR QUÉ estas habilidades son fundamentales para que yo viva bien mi vida.**

Estas habilidades son importantes para mí porque...

# Planificación PARA EL CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi atención

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

**2. Creo que la vida ya no tendría sentido para mí si tuviera una lesión o enfermedad grave que no tenga cura y me encontrara en la siguiente situación por el resto de mi vida:** (marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ No pueda reconocer a mis familiares y amistades.
- ☐ No pueda entender o comunicarme con otras personas de una manera significativa.
- ☐ No pueda pensar con claridad o tomar mis propias decisiones.
- ☐ No pueda comer, bañarme o cuidarme por mis propios medios.
- ☐ No pueda mantenerme con vida sin estar conectado a una máquina.
- ☐ No sé con seguridad.

**Estas son otras reflexiones que quiero compartir acerca de la pregunta 2:**

Responda esto solo si es adecuado para usted.

**¿De qué manera mi fe o mi espiritualidad, mi cultura y mi sistema de creencias influyen en mi atención médica? ¿Qué tan importante es eso para mí?**

Para mí, es importante que...



## Cómo elegir mis preferencias de atención médica

Esta sección, junto con la **Parte 2: Mis valores y creencias**, describe mis preferencias para guiar a los médicos y a mi agente de atención médica para que tomen decisiones en mi nombre si yo no puedo hacerlo **Y tengo una enfermedad o lesión** por la que mis órganos no pueden mantenerme saludable y permitir que me recupere.

### Parte 3

Elegir sus **preferencias de atención médica** podría incomodarle, pero hacer esto mientras está saludable le da la oportunidad de expresar su opinión en un momento en el que tal vez no pueda hacerlo.

**Solicito que mi agente de atención médica respete mis preferencias de cuidado de la salud como se indica debajo.**

**Reconozco que las decisiones se tomarán con la colaboración de mis médicos y mi equipo de atención, y que estos considerarán mis valores y creencias y las preferencias de atención médica que indico a continuación.**

**Nota:** Al registrar sus preferencias de atención médica en estas instrucciones, su agente de atención médica y sus médicos pueden tomar decisiones basadas en lo que usted escribió, en lugar de suponer, dar por sentado o tratar de recordar. Hable sobre sus preferencias, valores y creencias con su agente de atención médica y sus médicos.

**Si tiene una enfermedad o lesión grave por la que sus órganos empiecen a fallar, los tratamientos *pueden*** incluir procedimientos médicos, dispositivos, máquinas o medicamentos para mantener artificialmente el funcionamiento de los órganos. A menudo, estos se conocen como tratamientos para el sostenimiento de la vida.

Si elige ahora que no quiere que le hagan reanimación cardiopulmonar (RCP) ni recibir tratamientos para el sostenimiento de la vida, hable con su médico. Quizás sea conveniente que llene un formulario de Órdenes médicas para el tratamiento de soporte vital (Physician Orders for Life Sustaining Treatment, POLST).

#### Definiciones:

- **Reanimación cardiopulmonar (RCP):** procedimiento para intentar que el corazón vuelva a latir si usted deja de respirar y su corazón se detiene.
- **Respirador:** una máquina que respira por usted cuando los pulmones no funcionan. Se introduce un tubo en las vías respiratorias a través de la boca o un corte en el cuello. El tubo se conecta a la máquina.
- **Sonda de alimentación (nutrición artificial):** un tubo de plástico que se coloca dentro de la nariz o en el estómago a través de un pequeño corte. Con este tubo de plástico, se le suministran alimentos y agua.
- **Máquina de diálisis:** una máquina que elimina las toxinas de la sangre si los riñones no funcionan.
- **Transfusiones de sangre:** el proceso de transferirle sangre o productos derivados de la sangre a su cuerpo a través de un tubo delgado que se coloca en una vena del brazo.

# Planificación PARA EL CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi atención

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

- **Elegir NO recibir estos tratamientos implica permitir que se produzca una muerte natural.** Esto significa que, si su corazón deja de latir o usted deja de respirar, no se le hará ningún procedimiento médico para que vuelva a respirar o para que el corazón vuelva a funcionar.

Considere la siguiente situación: A mi agente de atención médica se le pide que tome decisiones de salud en mi nombre porque **tengo un evento médico o una enfermedad grave de la que no me recuperaré, no puedo recuperar las capacidades que son importantes para mí, no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica** y es necesario que reciba tratamientos para el sostenimiento de la vida porque mis órganos no funcionan.

Elija **una** de las siguientes opciones:

**A.** Cuando elija sus preferencias de atención médica, considere lo siguiente:

\_\_\_ **NO quiero recibir ningún tratamiento para el sostenimiento de la vida.**

No quiero que se inicien tratamientos para el sostenimiento de la vida o querría que se DETENGAN los tratamientos de este tipo que se hayan iniciado. Preferiría morir de forma natural y que se tenga en cuenta mi comodidad.

\_\_\_ **Quiero probar los tratamientos para el sostenimiento de la vida por un tiempo limitado, pero no quiero seguir recibéndolos** si no me ayudan a recuperarme y hay pocas esperanzas de que mi salud mejore.

\_\_\_ **Desearía recibir o seguir recibiendo tratamientos para el sostenimiento de la vida,** aunque eso signifique continuar con estos tratamientos por el resto de mi vida.

\_\_\_ **Desearía que mi agente de atención médica tome la decisión sobre el uso de tratamientos para el sostenimiento de la vida** en mi nombre según mis valores y creencias.

Mis preferencias de un periodo de prueba y de tratamientos para el sostenimiento de la vida son... porque mi objetivo es...

Responda esto solo si es adecuado para usted.

Si tengo preferencias adicionales relacionadas con afecciones específicas (por ejemplo, demencia avanzada o cáncer terminal), las escribiré aquí o adjuntaré otra página a este formulario. Haré esto para aclarar qué quiero o no quiero y en qué condiciones.

## Información para el final de la vida

En esta sección opcional, puede registrar sus preferencias sobre el entorno en el que le gustaría morir, cómo quiere que traten su cuerpo después de que muera y cuáles son sus deseos para el funeral, la conmemoración o el entierro. También puede registrar sus preferencias sobre la donación de órganos.

### Parte 4

Registrar su información para el final de la vida podría resultarle difícil, pero ayudará a sus seres queridos a respetar sus deseos en un momento difícil.

**Indicar qué preferiría que ocurra al momento de su muerte y después les ayudará a las personas de su entorno a saber qué es más importante para usted.** Tómese un tiempo para reflexionar sobre estas preguntas y, si le ayuda, puede consultar nuevamente la **Parte 2: Mis valores y creencias**.

**Recuerde:** Esta sección es opcional. Si le cuesta pensar en esto o no tiene todas las respuestas, registre lo que sepa y continúe.

Elija **una** opción y use el espacio de abajo para dar más detalles.

#### 1. Si está por llegar el final de mi vida y puedo elegir dónde morir, elijo estar:

- ☐ En mi casa.
- ☐ En un lugar que no sea mi casa.
- ☐ No lo sé.
- ☐ En otro lugar.

Mi preferencia sobre dónde me gustaría morir es...

#### 2. Si está por llegar el final de mi vida, es importante para mí tener cerca lo siguiente (como rituales, apoyo espiritual, personas, música, alimentos, mascotas, etc.):

Mi preferencia es...

# Planificación PARA EL CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi atención

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

Usted y sus seres queridos son responsables de hacer los arreglos que se describen en esta sección.

## 3. Estas son mis preferencias de cómo quiero que se trate mi cuerpo después de que muera (funeral, conmemoración, entierro, etc.), incluidos los deseos religiosos o espirituales que tenga:

Mis preferencias son...

Elija **una** opción sobre la donación de órganos.

## 4. Cuando muera, quiero donar mis órganos, tejidos y partes del cuerpo.

☐ Sí

Al marcar la casilla anterior, e independientemente de lo que haya indicado en la **Parte 3: Cómo elegir mis preferencias de atención médica**, autorizo a mi agente de atención médica a que permita que se haga cualquier procedimiento médico temporal que sea necesario solamente con el fin de evaluar o mantener mis órganos, tejidos o partes del cuerpo para donarlos.

Elija **todas** las opciones que correspondan.

Quiero donar mis órganos para lo siguiente:

☐ Trasplante

☐ Investigación

☐ Terapia

☐ Educación

Si quiero restringir de alguna manera la donación de mis órganos, tejidos o partes del cuerpo, indicaré las restricciones a continuación:

Me gustaría restringir...

☐ No

☐ No lo sé

**Si dejo esta parte en blanco, no implica que me niego a la donación.** Se debe cumplir con mi inscripción como donante de órganos autorizada por el estado o, si no me he inscrito, mi agente de atención médica puede hacer la donación una vez que muera. Si no he designado un agente de atención médica, reconozco que la ley de California permite que una persona autorizada tome la decisión en mi nombre.

## Parte 5

### La validación legal de este documento

permite garantizar que todo el trabajo y la reflexión que dedicó a estas instrucciones tenga validez.

Recuerde que puede actualizar sus preferencias en cualquier momento.

## Validación legal de este documento

Esta sección le permite hacer que su documento de Instrucciones médicas anticipadas (Advance Health Care Directive, AHCD) tenga validez legal en el estado de California. Para que este documento sea legalmente válido, debe firmarlo y escribir la fecha o reconocer su firma frente a dos testigos, O debe reconocerlo un notario público.

Firme en la parte de abajo de esta página Y elija UNA de las siguientes opciones para que este documento tenga validez legal en el estado de California:

### Dos testigos

- Al menos uno de los testigos **no debe ser pariente suyo (por sangre, adopción o matrimonio)** ni tener derecho a ninguna parte de sus bienes.
- Sus **agentes de atención médica, tanto principal como suplentes, NO pueden firmar** como testigos.
- El operador o un empleado del lugar donde recibe atención y **su proveedor de atención médica o un empleado de dicho proveedor NO pueden firmar** como testigos.
- Cuando esté con sus testigos, firme o reconozca su firma.
- Tenga en cuenta que esto significa que sus testigos deben firmar y escribir la fecha el mismo día que usted o en una fecha posterior.
- Los testigos firmarán en la página 14.

O  
BIEN

### Notario público

- **NO** firme este documento, a menos que esté con un notario público.
- El notario público firmará en la página 15.

Lugar para su firma

¡Siga adelante!  
Para que este documento tenga validez legal en el estado de California, también debe estar firmado por testigos o un notario público.

### Mi firma

Mi nombre en imprenta

Mi firma

Fecha

Si está incapacitado físicamente para firmar, cualquier marca que haga como firma es aceptable.

**Continúe en la página siguiente para cumplir con los requisitos de la firma de testigos y un notario público.**

# Planificación PARA EL CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi atención

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

Elección de  
DOS TESTIGOS.

**Elijo que DOS TESTIGOS** reconozcan mi firma para que este documento tenga validez legal en California.

**DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS: Declaro bajo pena de perjurio según las leyes de California que:** (1) conozco personalmente a quien firmó estas Instrucciones médicas anticipadas (Advance Health Care Directive, AHCD) o reconoció haber firmado dicho documento, o se me presentaron pruebas convincentes de su identidad; (2) que la persona firmó ante mí estas AHCD o reconoció ante mí su firma en este documento; (3) que la persona parece tener pleno uso de sus facultades y actuar sin coerción, fraude o influencias indebidas; (4) que no se me ha designado como agente en estas AHCD, y (5) que no soy el proveedor de atención médica de la persona, un empleado del proveedor de atención médica de la persona, ni el operador o un empleado del centro de atención comunitaria o residencial donde la persona recibe cuidados (cabe mencionar, sin embargo, que el apartado [5] no me prohíbe ser testigo si tengo una relación con la persona o trabajo con ella).

Firma del testigo  
número uno.

1

**Testigo número uno:**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Recuerde que  
su agente de  
atención médica  
no puede ser uno  
de los testigos.

Firma del testigo  
número dos.

2

**Testigo número dos:**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Por motivos legales,  
uno de los testigos  
no puede ser  
pariente suyo.

**Declaración adicional de los testigos:** Al menos uno de los testigos anteriores debe firmar también la siguiente declaración: **Además, declaro bajo pena de falso testimonio según las leyes de California** que no tengo una relación por sangre, matrimonio o adopción con la persona que firma estas AHCD y que, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a ninguno de los bienes de la persona después de su muerte conforme a un testamento vigente o por derecho legal.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# Planificación PARA EL CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi atención

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

Firme esto solo  
si corresponde.

## Requisito especial para testigos

Si usted es paciente de un centro de enfermería especializada, el defensor de los derechos de los pacientes (*ombudsman*) debe firmar la siguiente declaración.

### DECLARACIÓN DEL DEFENSOR/A DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES:

**Declaro bajo pena de perjurio según las leyes de California** que soy defensor/a o defensor/a general de los derechos de los pacientes según designa el Departamento de Servicios para Personas Mayores (Department of Aging) del estado y que actúo como testigo tal como requiere la Sección 4675 del Código Testamentario (Probate Code) de California.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



Elección de un  
NOTARIO PÚBLICO.

**Elijo que un NOTARIO PÚBLICO** dé fe de mi firma en este documento y le otorgue validez legal en el estado de California.

## RECONOCIMIENTO

El notario público u otro funcionario que llene este certificado solo verifica la identidad de la persona que firmó el documento al que se adjunta este certificado, y no la veracidad, exactitud o validez del documento.

Estado de California,

Condado de \_\_\_\_\_

El \_\_\_\_\_, ante mí, \_\_\_\_\_  
(fecha) (nombre y cargo del funcionario)

compareció/comparecieron (nombre/s de quien/es firma/n) \_\_\_\_\_

quien/es demostró/demonstraron, mediante evidencias suficientes, ser la/s persona/s con cuyo/s nombre/s se suscribe este instrumento y reconoció/reconocieron ante mí haber formalizado dicho instrumento en su carácter de persona/s autorizada/s y que, al firmar el instrumento, la/s persona/s o la entidad en nombre de la cual la/s persona/s actuó/actuaron formalizó/formalizaron dicho instrumento.

**Certifico bajo PENA DE PERJURIO según las leyes del estado de California** que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

EN FE DE LO CUAL, firmo y sello.

Firma \_\_\_\_\_ (sello)

# Planificación PARA EL CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi atención

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

## Pasos siguientes

Ahora que ya llenó las Instrucciones médicas anticipadas (Advance Health Care Directive, AHCD), use esta lista de verificación para asegurarse de recibir el tipo de atención adecuada para usted.

### Entregue copias de sus AHCD

- ☐ **Entréguele una copia a su agente de atención médica.**
- ☐ **Proporcione una copia a su médico subiéndola a [kp.org](https://kp.org) O llevándola al Departamento de Educación para la Salud de Kaiser Permanente de su localidad.**
- ☐ **Guarde una copia para usted.**

### Hable sobre sus AHCD

- ☐ **Hable con su agente de atención médica** sobre sus valores, creencias y preferencias de atención médica. Use las AHCD como guía en la conversación y asegúrese de que su agente sienta que puede desempeñar este papel.
- ☐ **Asegúrese de comunicarles a sus amistades y seres queridos** a quién ha elegido como agente, cuáles son sus preferencias de atención médica y por qué.

### Lleve sus AHCD con usted

- ☐ Si acude a un hospital o a un centro de adultos mayores, lleve una copia de sus AHCD y pida que se incluya en su historia clínica.

### Revise sus AHCD de con regularidad

Revise sus AHCD cuando se presente alguna de las “cinco D”:

- ☐ **Década:** el inicio de una nueva década de su vida.
- ☐ **Deceso:** la muerte de un ser querido.
- ☐ **Divorcio:** un divorcio u otro cambio importante en su familia.
- ☐ **Diagnóstico:** el diagnóstico de una condición médica grave.
- ☐ **Deterioro:** cuando tenga un deterioro o un empeoramiento importante de una condición médica existente, en especial, si no puede vivir su cuenta.

**Recuerde: Puede cancelar o reemplazar estas AHCD en cualquier momento.** A medida que ocurran cambios en su vida o en su salud, puede elegir a otro agente de atención médica y cambiar sus preferencias médicas y de otro tipo.



Esta información no pretende diagnosticar problemas de salud ni reemplazar los consejos médicos o 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. Si tiene alguna pregunta o necesita más información sobre sus medicamentos, hable con su farmacéutico.

© 2024, The Permanente Medical Group, Inc. All rights reserved. Health Engagement Consulting Services.  
9134000109 (Revised 05/24) Advance Health Care Directive - Life Care Planning (LCP) (Spanish)