



*Imagine better health.<sup>SM</sup>*

## Directivas Avanzadas

*Spanish Advance Directives*



# Mision

La Misión de Catholic Health Initiatives es la de consolidar el ministerio de sanación de la Iglesia, apoyada en la educación y la investigación. La lealtad al Evangelio nos pide énfasis en la dignidad del ser humano y justicia social así como la creación de comunidades más saludables.

En CHI Health, nosotros estamos comprometidos a escuchar la voz de nuestros pacientes durante todo su cuidado. Sabemos que hay momentos en los que nuestros pacientes no pueden tomar sus propias decisiones debido a su enfermedad o situación. En esos momentos, los documentos de Directivas Avanzadas pueden ser herramientas de ayuda para aquellos que toman decisiones sobre cuidado de la salud y tratamiento en nombre del paciente.

Este folleto contiene información y formularios para completar sus propias Directivas Avanzadas para cuidado de la salud en general. Para completar las Directivas Avanzadas por separado para el cuidado de la salud mental, visite la página de Internet de CHI Health ([www.CHIhealth.com](http://www.CHIhealth.com)) o hable con un miembro de nuestro equipo del cuidado de la salud.

Si usted ya tiene documentos de Directivas Avanzadas, por favor avísele a su doctor o proveedor del cuidado de la salud para que ellos puedan revisar estos documentos con usted y colocar una copia de sus Directivas Avanzadas en su expediente médico.

## Tabla de Contenidos

Preguntas Frecuentes sobre las Directivas Avanzadas ..... Page 2

Documentos de Directivas Avanzadas ..... Page 7

Sugerencias para Hablar sobre las Directivas Avanzadas..... Page 13

Explorando sus Valores y Preferencias ..... Page 15

Referencias ..... Page 16

Tarjetas de Bolsillo sobre las Directivas Avanzadas ..... Page 17

**Si tiene alguna duda al leer este folleto, por favor hable con un miembro de su equipo de atención médica o comuníquese con CHI Health Ethics Center:**  
**[EthicsCenter@alegent.org](mailto:EthicsCenter@alegent.org) o al teléfono 402-343-4476**

# Preguntas Frecuentes Sobre Las Directivas Avanzadas

## ¿Qué son los documentos de Directivas Avanzadas?

Los documentos de Directivas Avanzadas son:

- » Documentos legales que usted puede llenar para hacer conocer a otras personas sus preferencias acerca del cuidado de su salud y necesidades de tratamiento en el caso que usted no pueda tomar sus propias decisiones.
- » Son llamadas "Directivas Avanzadas", porque son llenadas por adelantado para el momento en que usted no pueda tomar sus propias decisiones.
- » Éstas le permiten dar direcciones acerca de su futuro cuidado de la salud y tratamiento.

## ¿Necesito completar los documentos de Directivas Avanzadas para recibir atención médica?

No. Usted no necesita completar documentos de Directivas Avanzadas para recibir atención médica. El completar los documentos de Directivas Avanzadas antes que usted reciba atención médica puede ayudarle al equipo del cuidado de la salud a saber cómo tratarlo en el futuro.

## ¿Quién puede llenar los documentos de Directivas Avanzadas?

Cualquier adulto o menor emancipado con capacidad de tomar decisiones puede llenar estos documentos de Directivas Avanzadas.

- » Si usted vive en Iowa, "adulto" significa que usted tiene por lo menos 18 años de edad.
- » Si usted vive en Nebraska, "adulto" significa que por lo menos tiene 19 años de edad o se han casado.

## ¿Qué tipo de información se incluye en los documentos de Directivas Avanzadas?

Los documentos de Directivas Avanzadas incluyen información acerca de sus preferencias para el cuidado de su salud y tratamiento, y sobre quién usted quisiera que tomara decisiones en su nombre sobre el cuidado de su salud y tratamiento si usted no fuera capaz de tomar decisiones por usted mismo. A veces los documentos de Directivas Avanzadas incluyen información sobre cosas que le hace sentirse reconfortado y sobre sus preferencias de cuidado, particularmente al final de su vida.

Los tres tipos comunes de información se incluyen en los documentos de Directivas avanzadas son:

- » Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud: Información sobre quién usted quiere que tome decisiones en su nombre sobre el cuidado de su salud y tratamiento cuando usted no puede tomarlas por sí mismo. Esta persona es conocida como sucedáneo para tomar decisiones (o su "apoderado").
- » Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental: Información sobre quién quiere usted que tome decisiones en su nombre específicamente para el cuidado de su salud mental y necesidades de tratamiento. Generalmente, si usted no nombra a alguien para que tome decisiones específicamente para el cuidado de su salud mental y necesidades de tratamiento, la(s) persona(s) nombrada(s) como su sucedáneo para tomar decisiones para el cuidado de su salud y tratamiento en general puede tomar estas decisiones en su nombre.

Si usted desea recibir información acerca de completar un Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental, por favor póngase en contacto con un miembro de su equipo del cuidado de la salud mental o póngase en contacto con CHI Health Ethics Center al [EthicsCenter@alegent.org](mailto:EthicsCenter@alegent.org) o al 402-343-4476.

### Sucedáneo Para Tomar Decisiones

El sucedáneo para tomar decisiones tiene la responsabilidad de:

- » Hablar con el doctor(a) del paciente y otros miembros de su equipo del cuidado de la salud para conocer acerca de la opciones sobre el cuidado de la salud y tratamiento.
- » Tomar decisiones que reflejen os valores del paciente tanto como sea posible (esto se llama "estándar de juicio sustituido" para tomar decisiones)
- » NO tomar decisiones con las que el paciente no estaría de acuerdo.

## Tratamiento De Soporte Vital

(Como está definida por la Legislación del Estado de Nebraska)

**El tratamiento de soporte vital** está definido como cualquier procedimiento, tratamiento o intervención que usa medios mecánicos u otros medios artificiales para mantener, restaurar o suplantar una función vital espontánea y cuando se aplica a una persona con una condición terminal o quien está en un estado vegetativo persistente, sirve solo para prolongar el proceso de muerte.

## Condición Terminal

(Como se define en Iowa y la Ley del Estado de Nebraska)

Una **enfermedad terminal** se define como una condición incurable o irreversible que, sin la administración de los procedimientos de mantenimiento de la vida, puede provocar la muerte en un período relativamente corto de tiempo, o un **estado de inconsciencia permanente** desde el que, con un grado razonable de certeza médica, no puede haber recuperación.

## Estado Vegetativo Persistente

(Como está definida por la Legislación del Estado de Nebraska)

Un **“estado vegetativo persistente”** es una condición médica causada por un estado de enfermedad, una lesión o una enfermedad caracterizada por una pérdida total e irreversible de la conciencia y de la capacidad de interacción cognitiva con el ambiente. El paciente está totalmente inconsciente de sí mismo y de lo que le rodea, y a un grado razonable de certeza médica, no habrá recuperación.

## » Declaración de Testamento Vital:

Información sobre sus preferencias para **tratamientos de soporte vital** y cuidado al final de la vida si usted está en **condición terminal**, en **estado vegetativo persistente**, o en estado de inconsciencia permanente de la cual no sea probable que se recupere.

El formulario de Directivas Avanzadas en este folleto combina tanto el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud como la Declaración de Testamento Vital en un documento para su conveniencia.

## ¿A quién puedo nombrar para que sea(n) mi(s) sucesor(es) para tomar decisiones?

Usted puede nombrar a cualquier persona(s) que usted quiera que sea(n) su sucesor(es) para tomar decisiones (su(s) apoderado(s)), siempre y cuando no cumplan los criterios de exclusión establecidos por la ley del estado. Esta persona no tiene que ser un abogado.

Listado aquí abajo están las personas quienes **NO** pueden ser nombradas en sus documentos de Directivas Avanzadas como su(s) sucesor(es) para tomar decisiones (su “apoderado”), dependiendo de las leyes del estado en que usted viva.

### Para los residentes de Nebraska únicamente

- » Una persona que no sea su pariente y que sea dueño u operado de un establecimiento de atención comunitaria donde usted sea paciente o residente **no puede(n)** ser nombrado(s) como su sucesor(es) para tomar decisiones (su apoderado).
- » Una persona que no sea su pariente quien, al momento que usted complete sus documentos de Directivas Avanzadas, esté sirviendo actualmente como sucesor para tomar decisiones (“apoderado”) de diez o más personas no puede(n) ser nombrado(s) como su sucesor(es) para tomar decisiones (su “apoderado”).

### Para los residentes de Iowa y de Nebraska

- » Su proveedor del cuidado de la salud no puede(n) ser nombrados como su(s) sucesor(es) para tomar decisiones (su “apoderado”).
- » Una persona que no sea su pariente que sea empleado de proveedor del cuidado de la salud que lo esté atendiendo o del establecimiento donde usted recibe atención no puede(n) ser nombrados como su(s) sucesor(es) para tomar decisiones (su “apoderado”).

## Considere Lo Siguiente Cuando Escoja Su(S) Sucesor(es) Para Tomar Decisiones:

- » ¿Usted confiaría en esta persona para tomar decisiones en su nombre?
- » ¿Esta persona será capaz de actuar de acuerdo a sus valores, creencias y preferencias cuando tome decisiones sobre el cuidado de la salud y tratamientos?
- » ¿Será esta persona un fuerte defensor de sus valores, creencias y preferencias?
- » ¿Esta persona estará disponible para hablar con su equipo del cuidado de la salud?
- » ¿Esta persona entiende lo que es importante para usted?
- » ¿Esta persona hablará sobre asuntos difíciles con usted ahora y escuchará cuales son sus preferencias?
- » ¿Esta persona será capaz de sobrellevar opiniones conflictivas entre sus seres queridos y su equipo de cuidado de la salud?



## ¿Quién toma decisiones en mi nombre si yo no nombro a un(os) sucesor(es) para tomar decisiones en mis documentos de Directivas Avanzadas

Si usted no nombra a un(os) sucesor(es) para tomar decisiones, sus doctores y otros proveedores del cuidado de la salud buscarán a las siguientes personas para que tomen decisiones en cuanto al cuidado de su salud:

- » Su cónyuge
- » Sus hijos(as) adultos(as) (colectivamente)
- » Sus padres
- » Sus hermanos(as)
- » Su pariente más cercano
- » Si usted quisiera a alguien elegir a otra persona distinta a la primera en la lista para que tome decisiones en su nombre, usted puede nombrar a esa(s) persona(s) como su sucesor para tomar decisiones en su documento de Directivas Avanzadas.

En Nebraska y Iowa, una Declaración de Testamento Vital no puede entrar en efecto si una mujer está embarazada y es probable que el feto se desarrolle al punto de nacer vivo con la aplicación continua de tratamiento de soporte vital a la mujer.

## ¿Cuándo entran en efecto las Directivas Avanzadas?

Las preferencias que usted ha hecho conocer en sus documentos de Directivas Avanzadas entran en efecto ya sea en una fecha específica anotada en sus Directivas Avanzadas, o cuando su doctor ha determinado que usted no es capaz de tomar sus propias decisiones del cuidado de la salud, o si su doctor ha determinado que usted no tiene la capacidad de tomar decisiones. Adicionalmente, de acuerdo con la legislación de Iowa y de Nebraska, una Declaración de Testamento Vital no debe entrar en efecto hasta que:

Adicionalmente a las conversaciones con los proveedores del cuidado de la salud y su(s) sucesor(es) para tomar decisiones, que puede ser útil el hablar con otros miembros de la familia, amigos o contactos de emergencia sobre sus preferencias de cuidado de la salud y tratamiento. Esto puede ayudar a prevenir conflictos que pueden ocurrir cuando se toman decisiones en su nombre para el cuidado de su salud o tratamientos.

- 1) Su doctor(a) o proveedor(a) del cuidado de la salud tenga una copia de su Declaración de Testamento Vital;
- 2) Su doctor(a) ha determinado que usted está en una condición terminal o en un estado vegetativo persistente, y que el uso de procedimientos de soporte vital solo prolongarían su muerte;
- 3) Su doctor ha concluido que usted ya no es capaz de tomar sus propias decisiones de cuidado de la salud; y
- 4) Su doctor ha notificado a su(s) sucesor(es) para tomar decisiones, a su tutor, o a un miembro de su familia inmediata razonablemente disponible, sobre su intención de poner en efecto las preferencias que usted ha indicado en su Declaración de Testamento Vital.

## ¿Cómo mi doctor(a) u otro proveedor del cuidado de la salud y mi(s) sucesor(es) para tomar decisiones sabrán sobre mis documentos de Directivas Avanzadas para honrar mis preferencias sobre el cuidado de mi salud y tratamientos?

Es su responsabilidad darle una copia de sus documentos de Directivas Avanzadas a sus doctores y a su sucesor para tomar decisiones, para que ellos sepan y honren sus preferencias de cuidados de la salud y tratamientos.

También es su responsabilidad hablar con sus doctores y con su sucesor para tomar decisiones acerca de la información en sus documentos de Directivas Avanzadas, incluyendo sus valores, creencias y preferencias personales. La información y formularios de este folleto le ayudarán con estas conversaciones.

## ¿Cuándo mi sucesor(es) para tomar decisiones tomará una decisión en mi nombre para cuidado de la salud o tratamiento?

A menos que usted indique lo contrario, su sucesor para tomar decisiones solo tomará decisiones en su nombre para el cuidado de la salud y tratamientos cuando se determine que usted no puede tomar decisiones por usted mismo.

## ¿Quién determina si soy capaz de tomar mis propias decisiones sobre el cuidado de la salud?

Sus doctores y otros proveedores del cuidado de la salud determinarán si usted es capaz de entender y tomar decisiones sobre el cuidado de su salud. Ellos registrarán esta información en su récord médico. Esto se denomina “determinar su capacidad para tomar decisiones”. Si ellos determinan que usted no tiene capacidad para tomar decisiones, su sucedáneo para tomar decisiones puede empezar a tomar decisiones en su nombre.

Si hubiera un desacuerdo entre sus proveedores del cuidado de la salud sobre su capacidad para tomar decisiones, usted puede consultar con un psiquiatra u otro profesional para recibir asistencia. En algunos casos es necesario hacer que un juez determine su capacidad para tomar decisiones.

## ¿Cómo sé si mis preferencias sobre el cuidado de la salud y tratamiento incluidos en mis documentos de Directivas Avanzadas serán honrados?

Sus doctores y otros proveedores del cuidado de la salud y su sucedáneo para tomar decisiones harán lo que más puedan para seguir sus preferencias incluidas en sus documentos de Directivas Avanzadas.

Si sus preferencias no pueden ser seguidas, su equipo del cuidado de la salud explorarán otras opciones con usted o con su sucedáneo para tomar decisiones, incluyendo la transferir su cuidado a otro proveedor u organización del cuidado de la salud. Las razones para que sus Directivas Avanzadas puedan seguirse incluyen:

- » Riesgo de dañarlo a usted o a otros
- » Limitaciones de recursos organizacionales
- » Inquietudes legales o éticas

## ¿Todavía recibiré medicamento para el dolor y otros síntomas si mis Directivas Avanzadas están en mi récord médico?

A menos que usted especifique que usted prefiere lo contrario en sus Directivas Avanzadas, sus doctores y otros proveedores del cuidado de la salud continuarán dándole su tratamiento apropiado para controlar su dolor y otros síntomas, y para mantenerlo cómodo.

## ¿Puedo cambiar mis documentos de Directivas Avanzadas una vez que están completas si mis preferencias del cuidado de la salud y tratamiento cambian?

Usted puede cambiar sus documentos de Directivas Avanzadas en cualquier momento que sus preferencias sobre el cuidado de su salud y tratamientos cambien al actualizar sus documentos actuales o completar documentos nuevos. Recuerde de darle copias de sus documentos de Directivas Avanzadas actualizados o nuevos a su doctor u otros proveedores del cuidado de la salud y a su(s) sucedáneo(s) para tomar decisiones.

## ¿Puedo yo revocar, o cancelar, mis documentos de Directivas Avanzadas?

- » **Residentes de Iowa:** En cualquier momento usted puede revocar su Testamento Vital y su Poder Notarial para el Cuidado de la Salud **sin importar su capacidad para tomar decisiones\***, al decirle por escrito o verbalmente a su doctor o a otro proveedor del cuidado de la salud y a su(s) sucedáneo(s) para tomar decisiones.
- » Residentes de Nebraska: Usted puede revocar su Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud **únicamente cuando usted tenga la capacidad de tomar decisiones**, y de cualquier manera por la cual usted sea capaz de comunicar su intento de revocar el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud. Usted puede revocar su Declaración de Testamento Vital en cualquier momento **sin importar su capacidad para tomar decisiones o su condición física.** \*

## Mientras Usted Se Prepara Para Completar Sus Directivas Avanzadas:

- » Reflexione sobre sus valores personales y espirituales en relación a la vida y sobre aquellas cosas que le dan tienen significado para usted.
- » Considere los tipos de cuidado de la salud y tratamiento que quisiera recibir o que no quisiera si usted no pudiera comunicar sus preferencias.
- » Aprenda más sobre las opciones de cuidado de la salud y tratamientos que le pedirán a su sucedáneo para el cuidado de la salud que considere en el evento que usted no pueda tomar una decisión por usted mismo.
- » Consulte con su doctor y otros proveedores para discutir sus preguntas y compartir su valores, creencias y preferencias en relación al cuidado de la salud y tratamiento.
- » Hable con su sucedáneo para tomar decisiones y otros cercanos a usted sobre sus valores, creencias y preferencias para que ellos puedan tomar decisiones con las que usted estaría de acuerdo.

Debido a que estas leyes de estado difieren, si usted vive parte del tiempo en otro estado, es aconsejable que complete los documentos de Directivas Avanzadas que cumplan con los requerimientos de ese estado. Hable con sus proveedores del cuidado de la salud en ese estado para más información.

\*Los documentos en este folleto le dan la opción de indicar que usted quiere ser capaz de revocar sus documentos de Directivas Avanzadas (Iowa) y su Declaración de Testamento Vital (Nebraska) únicamente cuando usted tenga la capacidad para tomar decisiones.

### **¿Necesito un abogado para preparar mis documentos de Directivas Avanzadas?**

No hay requerimientos legales en Iowa o Nebraska que digan que usted necesita un abogado para preparar sus documentos de Directivas Avanzadas. Usted no necesita consultar con un abogado para completar sus documentos de Directivas Avanzadas incluidas en este folleto, siempre y cuando estén firmadas por usted, y que sean testificadas o que tengan legitimación notarial apropiada. A algunas personas sí les parece útil la ayuda de un abogado, sin embargo y si usted tiene preguntas legales o inquietudes, usted debe ponerse en contacto con su abogado.

### **¿Quién me puede servir de testigo al yo firmar mis documentos de Directivas Avanzadas?**

Las leyes varía de estado a estado en cuanto a quién puede servirle de testigo.

- » Para los residentes de Iowa: Cada testigo debe tener por lo menos 18 años de edad y no puede ser proveedor del cuidado de la salud que le atiende o un empleado del proveedor del cuidado de la salud que le atiende a la persona que está completando los documentos de Directivas Avanzadas. Solo un testigo puede ser pariente de la persona que completa los documentos de Directivas Avanzadas.
- » Para los residentes de Nebraska: Cada testigo debe tener por lo menos 19 años de edad y no puede ser el cónyuge, padre/madre, hijo(a), nieto(a), hermano(a), presunto heredero o legatario conocido; ni el doctor que atiende a la persona que está completando las Directivas Avanzadas; ni la persona nombrada como su sucedáneo para tomar decisiones (su "apoderado") dentro de sus documentos de Directivas Avanzadas; ni un empleado de un proveedor de seguros de vida o de salud. Adicionalmente, no más de un testigo puede ser administrador o empleado de un proveedor del cuidado de la salud quien le esté tratando/atendiendo a usted.

#### **Después Que Usted Complete Sus Directivas Avanzadas:**

- » Hable con sus proveedores del cuidado de la salud y con su(s) sucedáneo(s) para tomar decisiones sobre la información que usted ha incluido en sus documentos de Directivas Avanzadas.
- » Déle copias de sus documentos de Directivas Avanzadas a su doctor(a) o a otros proveedores del cuidado de la salud y a su(s) sucedáneo(s) para tomar decisiones.
- » Déle copias a otros cercanos a usted quien puede apoyar a las personas que tomen decisiones en su nombre.
- » Traiga copias de sus documentos de Directivas Avanzadas si usted va a ser admitido en el hospital.
- » Mantenga sus documentos de Directivas Avanzadas en un lugar seguro.
- » Revise sus documentos de Directivas Avanzadas periódicamente para asegurarse que reflejen sus preferencias actuales sobre el cuidado de su salud y tratamientos.

Usted puede preferir tener estos documentos legitimados notarialmente por un Notario oficial en lugar de tener un testigo.

### **¿Ya que CHI Health es una organización católica del cuidado de la salud, mis doctores serán capaces de honrar mis Directivas Avanzadas?**

Como una organización católica del cuidado de la salud, CHI Health tiene la obligación de seguir las Directivas Éticas y Religiosas para los Servicios Católicos del Cuidado de la Salud (las "ERDs" por sus siglas en inglés). Las ERDs son una serie de directivas desarrolladas por la Conferencia Católica Episcopal Estadounidense para guiar al cuidado de la salud en una forma que esté en acuerdo con las enseñanzas católicas. El desarrollo de las Directivas Avanzadas está explicado en las ERDs de la siguiente manera:

*Directiva #27: Conforme con la ley federal, una institución católica del cuidado de la salud hará disponible a los pacientes información acerca de sus derechos, bajo las leyes de su estado, para elaborar sus directivas avanzadas para su tratamiento médico. La institución, sin embargo, no honrará la directiva que sea contraria a las enseñanzas católicas. Si las directivas avanzadas están en conflicto con las enseñanzas católicas, debe brindarse una explicación del por qué la directiva no puede ser honrada.*



# Documento De Voluntades Anticipadas (Página 1 de 4)

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>INFORMACIÓN SOBRE MI(S) SU EDÁNEO(S) PARA TOMAR DECISIONES</b></p>	<p>Yo, _____, designo a _____, cuya dirección es _____, y cuyo(s) número(s) telefónico(s) es/son: (casa) _____ (celular) _____ como mi sucedáneo para tomar decisiones, conocido en este documento como mi "apoderado para el cuidado de la salud".</p> <p>Yo, _____ designo a _____, cuya dirección es _____ y cuyo(s) número(s) telefónico(s) es/son: (casa) _____ (celular) _____ como mi sucedáneo para tomar decisiones (conocido en este documento como mi "apoderado para el cuidado de la salud") si la persona nombrada arriba no estuviera disponible o no deseara tomar decisiones en mi nombre.</p> <p>Yo autorizo a estos individuos a recibir información y tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud y tratamientos en ni nombre siempre y cuando se determine que yo no soy capaz de tomar mis propias decisiones. Yo les doy la responsabilidad de abogar en mi nombre para el cuidado de mi salud y tratamientos que representen mis valores, creencias y preferencias, y que aseguren mi bienestar físico, emocional y espiritual.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>SUCEDÁNEO PARA LA TOMA DE DECISIONES</b></p>	<p>Yo entiendo que este documento de Directivas Avanzadas se refiere específicamente a mis necesidades de cuidado de la salud y tratamiento en general. En relación a las necesidades de cuidado de mi salud mental y tratamientos (escoja uno aquí abajo):</p> <p><input type="checkbox"/> Yo <u>no he</u> completado los documentos de Directivas Avanzadas por separado para las necesidades del cuidado de mi salud mental y tratamientos en este momento, y dirijo a los individuos nombrados aquí a tomar decisiones para las necesidades del cuidado de mi salud mental y tratamientos.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo he completado documentos de Directivas Avanzadas por separado para las necesidades de cuidado de mi salud mental y tratamientos. Una copia está localizada en: _____.</p> <p><i>(Nota: Hable con un miembro de su equipo del cuidado de la salud si usted desea información acerca de completar documentos de Directivas Avanzadas para las necesidades de cuidado de su salud mental y tratamientos).</i></p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>COMPARTIR MI INFORMACIÓN</b></p>	<p>Adicionalmente a los individuos listados aquí arriba, yo doy permiso a las siguientes personas para que se les dé información relacionada con el cuidado de mi salud y tratamiento:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>(Nota: Debido a las leyes de privacidad, los establecimientos del cuidado de la salud podrían necesitar formularios de autorización de Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) adicionales para poder divulgar la Información Protegida sobre su Salud.</i></p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>INSTRUCCIONES ADICIONALES</b></p>	<p>Yo dirijo a mi(s) sucedáneo(s) para tomar decisiones; mis doctores y otros proveedores del cuidado de la salud a cumplir con las siguientes instrucciones en relación a las necesidades del cuidado de mi salud y tratamientos <i>(marque una de las siguientes opciones)</i>:</p> <p><input type="checkbox"/> Yo no tengo instrucciones específicas, y dirijo solamente que las decisiones tomadas en mi nombre en relación al cuidado de mi salud y tratamientos se hagan reflejando mis valores, creencias y preferencias.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo tengo instrucciones específicas incluidas en las información suplementaria que he proveído en este documento de Directivas Avanzadas, y dirijo que estas instrucciones sean tomadas en consideración cuando se tomen decisiones en mi nombre sobre el cuidado de mi salud y tratamiento.</p>

Persona que completo este formulario Inicial \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Documento De Voluntades Anticipadas (Página 2 de 4)

DECLARACIÓN DE TESTAMENTO VITAL

Yo entiendo que esta sección de documento de Directivas Avanzadas es una Declaración de Testamento Vital que le dice a mi doctor y a otros proveedores del cuidado de la salud y a mi(s) sucesor(es) para tomar decisiones sobre mis preferencias en relación a los tratamientos y procedimientos de soporte vital.

Por favor selecciones una de las siguientes opciones:

- Yo escojo **NO** completar una Declaración de Testamento Vital en este momento, e instruyo a mi doctor, a otros proveedores del cuidado de la salud y a mi(s) sucesor(es) para tomar decisiones, que tomen decisiones en relación a tratamientos y procedimientos de soporte vital que ellos creen son apropiados y en concordancia con mis valores, creencias y preferencias.
- Yo escojo **completar** la siguiente Declaración de Testamento Vital en este momento.

*Por favor selecciones una de las siguientes opciones:*

- Para los residentes de Iowa:** yo dirijo que mi doctor y cualquier persona encargada con la responsabilidad de mi cuidado a ser guiada por esta expresión de mis deseos. Si yo tuviera una condición incurable o irreversible que resultara ya sean en muerte o en un período relativamente corto de tiempo o a un estado de inconciencia permanente de la cual, a un grado razonable de certeza médica, no puede haber recuperación, es mi deseo que mi vida no sea prolongada por la administración de procedimientos de soporte vital. Si yo fuera incapaz de participar en las decisiones del cuidado de mi salud, yo dirijo al doctor que me atiende a no usar o retirar procedimientos de soporte vital que meramente prolongan el proceso de muerte y que no son necesarios para mi bienestar o liberación del dolor.
- Para los residentes de Nebraska:** Yo dirijo a mi doctor y a cualquier persona encargada con la responsabilidad de mi cuidado sean guiados por esta expresión de mis deseos. Si yo cayera en un estado vegetativo persistente o tuviera una condición incurable e irreversible que, sin la administración de tratamiento de soporte vital, en la opinión del doctor que me atienda, causaría mi muerte dentro de un período relativamente corto y yo ya no fuera capaz de tomar decisiones en relación a mi tratamiento médico, yo dirijo al doctor que me atiende, seguidor del Acta de los Derechos de los Enfermos Terminales, a no usar o retirar el tratamiento de soporte vital que no es necesario para mi bienestar o para aliviar el dolor.
- Para cualquier persona:** Como mi Declaración de Testamento Vital personal, yo quisiera compartir la siguiente información acerca de mis preferencias para los tratamientos o procedimientos de soporte vital.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Persona que completo este formulario Inicial \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Documento De Voluntades Anticipadas (Página 3 de 4)

MI DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO, ACUERDO Y FIRMA

## DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Yo he leído estos documentos de Directivas Avanzadas y entiendo que hace una o ambas de las siguientes:

- » Permite a los individuos nombrados como mi(s) sucesáneos para tomar decisiones (mi apoderado) tomar decisiones en mi nombre si yo no tuviera la capacidad para tomarlas por mí mismo.
- » Provee información sobre mis preferencias para el cuidado de la salud y preferencias de tratamiento.

Yo también entiendo que yo puedo cambiar o revocar estos documentos de Directivas Avanzadas bajo las siguientes circunstancias:

- Para Residentes de Nebraska:** Yo puedo cambiar o revocar mi Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud en cualquier momento que yo tenga capacidad para tomar decisiones, y en cualquier manera por la cual yo sea capaz de comunicar mi intento para revocar. Yo puedo cambiar o revocar mi Declaración de Testamento Vital en cualquier momento sin importar mi capacidad para tomar decisiones o condición física\* al notificar a mi(s) sucesáneo(s) para tomar decisiones y a mi doctor u otro proveedor del cuidado de la salud.

**\*Opcional para los Residentes de Nebraska:**

\_\_\_ Mis iniciales aquí indican que yo quiere ser capaz de revocar mi documento de Declaración de Testamento Vital **solo cuando yo tenga la capacidad para tomar decisiones.**

- Para los Residentes de Iowa:** Yo puedo revocar tanto mi documento de Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud como mi Declaración de Testamento Vital al notificar a mi(s) sucesáneo(s) para tomar decisiones (mi "apoderado") y mi doctor u otro proveedor del cuidado de la salud en cualquier momento sin importar mi capacidad para tomar decisiones\*.

**\*Optional for Iowa Residents:**

\_\_\_ Mis iniciales aquí indican que yo quiero ser capaz de revocar mis documentos de Poder Notarial Duradero y Declaración de Testamento Vital **únicamente cuando yo tenga la capacidad para tomar decisiones.**

## FIRMA DE LA PERSONA QUE ESTÁ COMPLETANDO ESTE DOCUMENTO (Requerido)

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

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

REVISIÓN DE MIS DOCUMENTOS DE DIRECTIVAS AVANZADAS

## FIRMAS DE MI DOCTOR(A) Y DE OTRO(S) PROVEEDOR(ES) DEL CUIDADO DE LA SALUD (Recomendado)

Yo he revisado la información de este documento de Directivas Avanzadas.

Nombre en letra de imprenta (Printed Name): \_\_\_\_\_

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

Nombre en letra de imprenta (Printed Name): \_\_\_\_\_

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

Nombre en letra de imprenta (Printed Name): \_\_\_\_\_

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

## FIRMAS DE MI(S) SUCEDÁNEO(S) PARA TOMAR DECISIONES (MI APODERADO) (Recomendado)

Yo he revisado la información de este documento de Directivas Avanzadas.

Nombre en letra de imprenta (Printed Name): \_\_\_\_\_

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

Nombre en letra de imprenta (Printed Name): \_\_\_\_\_

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

Persona que completo este formulario Inicial \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Documento De Voluntades Anticipadas (Página 4 de 4)

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO DEL NOTARIO O TESTIGO, ACUERDO Y FIRMA

## OPCIONES PAR EL NOTARIO Y EL TESTIGO (REQUERIDO)

Para que este documento sea legalmente válido, usted debe completar UNA de las dos opciones de aquí abajo.

**Opción 1 – Certificación notarial:** Esta opción requiere que la persona que completa este documento haga certificar su firma con un notario. En este caso, las firmas de testigos no son necesarias.

Estado de (State of) \_\_\_\_\_, Condado de (County of) \_\_\_\_\_. Es este (In this) \_\_\_\_\_ día de (day of) \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, ante mí se presentó personalmente (before me personally came) \_\_\_\_\_, personalmente para mí, conozco que es idéntica a la persona cuyo nombre está fijado en este documento de Directivas Avanzadas como principal, y yo declaro que (el/ella) reconoce la ejecución del mismo a ser su acto y acción voluntaria, y que yo no soy su apoderado para el cuidado de la salud ni su apoderado sucesor par ael cuidado de la salud designado por este documento de Directivas Avanzadas. Como testigo mi mano y el sello notarial en (personally to me known to be the identical person whose name is affixed to this Advance Directives document as principle, and I declare that (he/she) acknowledges the execution of the same to be (his/her) voluntary act and deed, and that I am not the Attorney-in-fact for Healthcare or the successor Attorney-in-fact for Healthcare designated by this Advance Directives document. Witness my hand and notarial seal at) \_\_\_\_\_ (lugar donde se hizo la certificación notarial [place notarized]) en el condado, el día y año escritos aquí arriba (in such county the day and year last above written).

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario Público (Public Notary Signature)

## Opción 2 – Declaración de Testigos:

Esta opción requiere que la persona que está completando este documento haga que su firma sea testificada por dos testigos adultos que cumplan con las pautas de estado listadas aquí abajo. En este caso, la certificación notarial no es necesaria.

- » **Para los residentes de Iowa:** Cada testigo debe tener por lo menos 18 años de edad, y no pueden ser el proveedor del cuidado de la salud que le atiende ni un empleado del proveedor del cuidado de la salud que le atiende a la persona que está completando este documento. Solo un testigo puede ser pariente de la persona que completa este documento.
- » **Para los residentes de Nebraska:** Cada testigo debe tener por lo menos 19 años, y no puede ser esposo, padre o madre, hijo(a), nieto(a), presunto heredero, o legatarios conocidos; ni el doctor que le atiende a la persona que completa este documento; o la persona nombrada como Sucedáneo para Tomar Decisiones (apoderado) dentro de este documento; ni un empleado del proveedor de seguro de vida o de salud de la persona que completa este documento de Directivas Avanzadas. Adicionalmente, no más de un testigo puede ser administrador o empleado de un proveedor del cuidado de la salud quien esté tratando a la persona que completa este documento.

### Nosotros declaramos:

- » Que la persona que está completando este documento es conocida por nosotros
- » Que la persona que está completando este documento firmó o reconoció su firma en este documento de Directivas Avanzadas en nuestra presencia.
- » Que ninguno de nosotros, ni tampoco el/la doctor(a) que atiende a la persona, es la persona designada como el sucedáneo para tomar decisiones (apoderado) dentro de este documento.
- » Que cumplimos con las pautas para testigos como están especificadas por la ley estatal.

### Esta sección debe ser completada tanto por los residentes de Nebraska como de Iowa:

Nombre en letra de imprenta del Testigo 1: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo 1: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del Testigo 2: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo 2: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Esta sección debe ser completada por lo menos por uno de los testigos de los residentes de Iowa solamente:

Yo además declaro bajo las leyes del Estado de Iowa de penalidad por perjurio que yo no tengo relación sanguínea, ni por matrimonio, ni por adopción, con la persona que completa este documento dentro del tercer grado de consanguinidad (parentesco).

Testigo 1 y/o 2 Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Esta sección debe ser completada solo por los residentes de Nebraska:

También afirmamos que (el/ella) reconoce que la ejecución del documento de Directivas Avanzadas es su acto y hecho voluntario.

Testigo 1 Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo 2 Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Persona que completo este formulario Inicial \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Información Suplementaria Sobre Mis Perefencias Sobre El Cuidado De Mi Salud Y Tratamientos (Página 1 of 2)

Yo, \_\_\_\_\_, quisiera proveer la siguiente información suplementaria a mi(s) sucesáneo(s) para tomar decisiones (mi apoderado), mi doctor y otros proveedores del cuidado de la salud, y pedir que esta información sea considerada cuando se tomen decisiones en mi nombre acerca del cuidado de mi salud y tratamientos. Yo entiendo que ellos harán lo mejor de su parte para cumplir con esta información al punto que esos puedan técnica, ética y legalmente; siempre y cuando dichas decisiones no representen un riesgo de causarme un daño a mí mismo o a otros.

**Información general que quisiera que supieran sobre mí:**

---

---

---

---

**Información sobre el manejo de los síntomas y control del dolor:** *(por ejemplo, mi definición de un manejo adecuado del dolor; balance entre estado de alerta y dolor/control de los síntomas; cosas que me parecen de ayuda para tratar mi dolor y otros síntomas)*

---

---

---

---

**Información sobre comida y nutrición:** *(por ejemplo, las comidas y bebidas que me gustan, mi preferencia sobre la nutrición e hidratación asistida médicamente, o "alimentación por tubo")*

---

---

---

---

**Información sobre otras preferencias del cuidado de la salud y tratamientos:** *(por ejemplo, terapias complementarias tales como masaje, aromaterapia o meditación)*

---

---

---

---

**Información sobre donde me gustaría recibir atención para las necesidades del cuidado de mi salud y tratamientos, incluyendo cuidado al final de mi vida:** *(por ejemplo, en mi hogar, en un hospital, en un establecimiento específico para atención de la salud por un equipo de hospicio)*

---

---

---

---

---



# Información Suplementaria Sobre Mis Perefencias Sobre El Cuidado De Mi Salud Y Tratamientos (Página 1 of 2)

**Información acerca de tratamientos de soporte vital que pueden prolongar mi proceso de muerte:** *(por ejemplo soporte por un ventilador a largo plazo que me ayude a respirar, antibióticos para tratar infecciones tales como neumonía)*

---

---

**Cosas que me reconfortan** *(por ejemplo, plegarias o lecturas religiosas que me gustan, fotos de mis seres queridos, una cobija especial o una pieza de ropa, mi música o historias favoritas, gente y cosas que me gustaría que estuvieran a mi alrededor)*

---

---

**Instrucciones específicas sobre:**

**Donación de órganos, tejidos, ojos y cuerpo:** \_\_\_\_\_

---

---

**Preferencias de autopsia:** \_\_\_\_\_

---

---

**Preferencias de entierro o cremación:** \_\_\_\_\_

---

---

**Arreglos funerarios/honras fúnebres o conmemorativas:** \_\_\_\_\_

---

---

*Yo reconozco que es importante discutir la información de este documento con las personas quienes estarán involucradas en tomar las decisiones relacionadas con las necesidades del cuidado de mi salud y tratamientos si yo no puedo tomar decisiones por mí mismo. Debido a ello, (marque cualquiera de las siguientes que aplique):*

Yo he hablado sobre esta información con mi(s) sucesor(es) para tomar decisiones:

---

---

Yo he hablado sobre esta información con los siguientes doctores y otros proveedores del cuidado de la salud:

---

---

*Yo he hablado sobre esta información con las siguientes personas (por ejemplo, familiares, amigos o contactos de emergencia quien pueden estar presentes en las decisiones sobre el cuidado de mi salud y tratamientos que se tomen en mi nombre):*

---

---

*Asegúrese de adjuntar copias de este formulario de su información suplementaria a sus documentos de Directivas Avanzadas y provea copias de su información suplementaria a su doctor, sucesor(es) para tomar decisiones y a otros proveedores del cuidados de la salud.*

Persona que completo este formulario Inicial \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Sugerencias Para Hablar Sobre Las Directivas Avanzadas

Hable con su doctor, u otros proveedores del cuidado de la salud, su(s) sucedáneos para tomar decisiones y otras personas cercanas y dígales que sus preferencias, sobre el cuidado de la salud y tratamientos, son importantes. Sin embargo, el empezar estas conversaciones puede ser difícil. Los consejos de aquí abajo pueden ser de ayuda para que usted empiece a hablar sobre este tema.

## Hable Con Sus Sucédáneos Para Tomar Decisiones Y Otros Cercanos A Usted

Cuando usted hable con su(s) sucedáneos para tomar decisiones y otras personas cercanas a usted, trate de empezar con estas frases que generan conversación sobre el tema:

- » Nunca hemos hablado sobre mis preferencias sobre el cuidado de mi salud y tratamientos, y estoy preocupado que tú no sepas qué clase de cuidado yo quisiera recibir. Yo no quiero que tú te estreses si tu tuvieras que tomar decisiones por mí, por ello he puesto mis preferencias por escrito y quiero hablarlas contigo.
- » Mi doctor dice que mi enfermedad no es curable. Yo quiero decidir qué sigue a continuación, y cómo quiero que sea mi cuidado. Hablemos acerca de mis preferencias.
- » Desde que (un familiar o amigo cercano) murió, he estado pensando acerca de lo que quiero a lo que llego al final de mi vida. Yo sé que es difícil hablar sobre eso, pero yo quiero que tú sepas mis preferencias sobre el cuidado de mi salud y tratamientos. Este es un regalo que quiero darte para que tú no tengas que adivinar qué es lo que yo hubiera preferido.
- » Tú sabes, mientras más viejo uno se vuelve, más piensas en las cosas que necesitas poner en orden. Para mí, el cuidado de la salud es una de esas cosas. Yo he estado pensando mucho acerca de eso, y he completado un documento de Directivas Avanzadas que les dice a mis doctores y a mi(s) sucedáneo(s) para tomar decisiones qué tipo de cuidado y tratamiento yo prefiero. Yo quiero conversar contigo acerca de esto para que tú ayudes a asegurar que las decisiones que se tomen pasen de la manera que yo preferiría.

## HABLE CON SU DOCTOR Y PROVEEDORES DEL CUIDADO DE LA SALUD

Cuando usted hable sobre las preferencias de cuidado de la salud y tratamientos con su doctor(a) y otros proveedores del cuidado de la salud, asegúrese de:

- » Pedir una explicación de las opciones del cuidado de la salud y tratamientos que pueden parecer confusos.
- » Hable sobre las opciones de manejo del dolor.
- » Avísele a su doctor que usted está completando sus documentos de Directivas Avanzadas.
- » Asegúrese que su doctor(a) y sus proveedores del cuidado de la salud estén dispuestos a honrar sus preferencias del cuidado de su salud y tratamiento, y a explorar opciones si no fueran capaces de honrar su preferencias por alguna razón legal, ética o personal.
- » Provea una copia completa de sus documentos de Directivas Avanzadas.

Preguntas que quizá usted quisiera hacerle a su doctor y a otros proveedores del cuidado de la salud:

- » ¿Habría usted abiertamente y francamente conmigo y con aquellos cercano a mí, sobre mi enfermedad y mis opciones de cuidado de mi salud y tratamiento?
- » ¿Qué decisiones sobre el cuidado de mi salud y tratamientos se necesitará tomar, y qué clases de recomendaciones me dará para ayudarme a mí y a aquellos cercanos a mí a tomar estas decisiones?
- » ¿Qué hará usted si yo tengo mucho dolor u otros síntomas que causen molestias?
- » ¿Me avisará usted si el tratamiento deja de funcionar para que mi familia y yo podamos tomar las decisiones apropiadas para el cuidado al final de mi vida?

### Hable Con Otros Acerca De Sus Preferencias Para El Cuidado De Su Salud Y Tratamiento

Incluso si usted ha hecho todo para comunicar sus preferencias del cuidado de su salud y tratamientos, usted podría encontrarse en una situación en la que usted necesite hablar con aquellos cercanos a usted sobre sus preferencias acerca del cuidado de su salud y tratamientos. Cuando usted quiera hablar con alguien sobre completar su propio documento de Directivas Avanzadas, considere lo siguiente:

- » **Seleccione un Lugar Apropiado:** planee tener una conversación en un lugar callado, cómodo donde usted pueda hablar en privado y sin distracciones..
- » **Pida Permiso:** el pedir permiso para hablar sobre este tema muestra que usted respeta los pensamientos de la otra persona, y que usted está preparado para escuchar sus preferencias sobre el cuidado de su salud y tratamientos. Algunas maneras para pedir permiso son:
  - “Yo quisiera hablar contigo sobre cómo quisiera que se me atiende cuando me ponga muy enfermo. ¿Te parece bien si hablamos sobre eso?”
  - “Si alguna vez te enfermaras, yo tendría miedo de no saber qué clase de atención te gustaría recibir. ¿Podemos hablar acerca de eso ahora? Yo me sentiría mejor si lo hablamos”.
- » **Sepa Qué Esperar:** tenga en mente que usted está iniciando esta conversación porque a usted le importa el bienestar de la otra persona. Usualmente, es difícil tener este tipo de conversaciones. Permita que la otra persona ponga el ritmo de la conversación. Trate de enfocarse en mantener una manera cálida y cariñosa a lo largo de la conversación al mostrar su interés, amor y preocupación.

## Notas

---

---

---

---

---

---

---

---

# Explore Sus Valores Y Preferencias

El responder estas preguntas puede ser de utilidad al prepararse para hacer conocer sus preferencias sobre el cuidado de su salud y tratamientos a través del documento de Directivas Avanzadas.

¿Cómo quiero que me recuerden?

---

---

¿Qué memorias de mí quiero que otros conozcan?

---

---

¿Qué eventos de la vida me han enorgullecido y me han dado la mayor dicha?

---

---

¿Qué eventos de la vida me han entristecido o me han causado arrepentimiento?

---

---

¿Qué le da significado a mi vida? ¿Qué es importante para mí?

---

---

¿Qué es importante que otros sepan acerca de mis preferencias espirituales y religiosas?

---

---

¿Qué me asusta sobre llegar a enfermarme seriamente o morir?

---

---

¿Qué inquietudes tengo sobre tomar decisiones para mí mismo al final de mi vida?

---

---

¿Qué me da alivio/consuelo?

---

---

¿Qué clase de cuidado quiero recibir si me enfermara seriamente o si me encontrara al final de mi vida?

---

---

Si pudiera planificarlo hoy día, ¿cómo sería el último día o semana de mi vida?

---

---

# Referencias

- American Bar Association. (2011). ABA Commission on Law and Aging Tool: How to Select Your Health Care Agent or Proxy. Obtenido en Junio 20, 2011, tomado de [http://www.americanbar.org/groups/law\\_aging/resources/consumer\\_s\\_toolkit\\_for\\_health\\_care\\_advance\\_planning.html](http://www.americanbar.org/groups/law_aging/resources/consumer_s_toolkit_for_health_care_advance_planning.html).
- Center for Practical Bioethics. (2012). Caring Conversations: Making Your Healthcare Wishes Known. Obtenido en Junio 25, 2012 tomado de <http://www.practicalbioethics.org/resources/caring-conversations.html>.
- Harrold, J. & Lynn, J. (1999). *The Handbook for Mortals: Guidelines for People Facing Serious Illness*. Oxford University Press: New York, NY.
- Iowa Legislature. (2011). Iowa State Statute 144A-1 Life-Sustaining Procedures Act. Obtenido en Junio 20, 2011 tomado de <http://search.legis.state.ia.us/NXT/gateway.dll?f=templates&fn=default.htm>.
- National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO). (2010). Caring Connections: How to Talk with Your Healthcare Provider. Obtenido en Junio 20, 2011 tomado de <http://www.caringinfo.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3281>.
- National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO). (2011). Caring Connections: Talking with Others about their End-of-Life Wishes. Obtenido en Junio 20, 2011 tomado de <http://www.caringinfo.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3282>.
- Nebraska Legislature. (2011). Nebraska Revised Statute 30-3402 Terms Defined. Obtenido en Junio 20, 2011 tomado de <http://nebraskalegislature.gov/laws/statutes.php?statute=30-3402>.
- Nebraska Legislature. (2012). Nebraska Revised Statute 30-2209: General Definitions. Obtenido en Junio 25, 2012 tomado de <http://www.legislature.ne.gov/laws/statutes.php?statute=30-2209>.



# Tarjetas Para Llevar En La Billetera

Corte y complete estas tarjetas de aquí abajo. Dóblelas por la mitad y ponga una tarjeta en la billetera o cartera que use con mayor frecuencia, junto con su licencia para conducir y su tarjeta del seguro médico. Usted puede poner su segunda tarjeta en su refrigerador o en la guantera de su vehículo, o en su otra billetera o cartera, o en otro lugar fácil de encontrar.

**Atención:**  
**Proveedores Del Cuidado De La Salud**  
*(Attn: Healthcare Providers)*

**Yo he creado las siguientes Directivas Avanzadas:**  
*(I have created the following Advance Directives)*

Marque una o más, como sea apropiado

\_\_\_\_\_ Documento de Directivas Avanzadas para el Cuidado de mi Salud y Tratamiento en General *(Advance Directives for General Healthcare and Treatment)*

\_\_\_\_\_ (DOBLE AQUÍ)

\_\_\_\_\_ Documento de Directivas Avanzadas para el Cuidado de mi Salud y Tratamiento Mental *(Advance Directives for Mental Healthcare and Treatment)*

\_\_\_\_\_ Otro/Other: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (DOBLE AQUÍ)

Por favor póngase en contacto con (please contact \_\_\_\_\_  
*(Nombre/Name)*

al \_\_\_\_\_ ara más información  
*(Teléfono/Telephone)*

\_\_\_\_\_ *(Firma/Signature)* \_\_\_\_\_ *(Fecha/Date)*

**Atención:**  
**Proveedores Del Cuidado De La Salud**  
*(Attn: Healthcare Providers)*

**Yo he creado las siguientes Directivas Avanzadas:**  
*(I have created the following Advance Directives)*

Marque una o más, como sea apropiado

\_\_\_\_\_ Documento de Directivas Avanzadas para el Cuidado de mi Salud y Tratamiento en General *(Advance Directives for General Healthcare and Treatment)*

\_\_\_\_\_ (DOBLE AQUÍ)

\_\_\_\_\_ Documento de Directivas Avanzadas para el Cuidado de mi Salud y Tratamiento Mental *(Advance Directives for Mental Healthcare and Treatment)*

\_\_\_\_\_ Otro/Other: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (DOBLE AQUÍ)

Por favor póngase en contacto con (please contact \_\_\_\_\_  
*(Nombre/Name)*

al \_\_\_\_\_ ara más información  
*(Teléfono/Telephone)*

\_\_\_\_\_ *(Firma/Signature)* \_\_\_\_\_ *(Fecha/Date)*













1-800-253-4368  
CHIhealth.com