

MARYLAND ADVANCE DIRECTIVE:
 PLANNING FOR FUTURE HEALTH CARE DECISIONS
INSTRUCCIONES POR ADELANTADO DE MARYLAND:
PLANIFICACIÓN DE DECISIONES FUTURAS SOBRE ATENCIÓN MÉDICA

QUESTION: DO YOU NEED THESE TWO ENTRIES/ IS ONE ENTRY FOR THE INDIVIDUAL AND ANOTHER FOR THE PERSON HELPING HIM/HER TO FILL IT? IF IT IS ONLY FOR THE INDIVIDUAL YOU MIGHT NEED ONLY ONE ENTRY OF THE NAME.

By: _____ **Date of Birth:** _____
 (Print Name) (Month/Day/Year)
Declarante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
 (escribir en letra de imprenta) (mes/día/año)

Using this advance directive form to do health care planning is completely optional. Other forms are also valid in Maryland. No matter what form you use, talk to your family and others close to you about your wishes.

El uso de este formulario de Instrucciones por Adelantado para planificar su atención médica es completamente opcional. Existen otros formularios que también son válidos en Maryland. Cualquiera sea el formulario que use, hable con su familia y otras personas allegadas a usted sobre sus deseos.

*This form has two parts to state your wishes, and a third part for needed signatures. Part I of this form lets you answer this question: If you cannot (or do not want to) make your own health care decisions, who do you want to make them for you? The person you pick is called your health care agent. **Make sure you talk to your health care agent (and any back-up agents) about this important role.** Part II lets you write your preferences about efforts to extend your life in three situations: terminal condition, persistent vegetative state, and end-stage condition. In addition to your health care planning decisions, you can choose to become an organ donor after your death by filling out the form for that too.*

Este formulario tiene dos partes donde puede manifestar sus deseos, y una tercera para firmas que son necesarias. La Parte I del formulario le permite responder esta pregunta: Si usted no puede (o no quiere) tomar sus propias decisiones sobre atención médica, ¿quién desea que lo haga por usted? La persona que usted elija se denomina representante de atención médica. **Asegúrese de hablar con su representante de atención médica (y con otros representantes sustitutos) sobre esta importante función.** La Parte II le permite escribir sus preferencias sobre los recursos para prolongar su vida en tres situaciones: enfermedad terminal, estado vegetativo persistente y condición en fase terminal. Además de las instrucciones sobre la planificación de su atención médica, puede decidir ser donante de órganos después de su muerte completando también el formulario para ese fin.

→ You can fill out Parts I and II of this form, or only Part I, or only Part II. Use the form to reflect your wishes, then sign in front of two witnesses (Part III). If your wishes change, make a new advance directive. ←

→ Puede completar las Partes I y II de este formulario, o solamente la Parte I, o solamente la Parte II. Use el formulario para manifestar sus deseos y luego fírmelo en presencia de dos testigos (Parte III). Si cambia de opinión, complete un nuevo formulario de Instrucciones por Adelantado. ←

Make sure you give a copy of the completed form to your health care agent, your doctor, and others who might need it. Keep a copy at home in a place where someone can get it if needed. Review what you have written periodically.

Asegúrese de entregar una copia del formulario completo a su representante de atención médica, a su médico y a otros que pudieran necesitarlo. Conserve una copia en su casa, en algún lugar donde se pueda encontrar en caso de necesidad. Revise periódicamente lo que usted escribió.

PART I: SELECTION OF HEALTH CARE AGENT
PARTE I: ELECCIÓN DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

A. Selection of Primary Agent
Elección del Representante Principal

I select the following individual as my agent to make health care decisions for me:

Elijo a la siguiente persona en carácter de representante para que adopte decisiones relativas a mi atención médica:

Name:
Nombre:

Address:
Dirección:

Telephone Numbers:
Números de teléfono:

(home and cell)/(domicilio y celular)

B. Selection of Back-up Agents
(Optional; form valid if left blank)

Elección de Representantes Sustitutos
(Optativo; el formulario es válido si no se completa esta sección)

- 1. If my primary agent cannot be contacted in time or for any reason is unavailable or unable or unwilling to act as my agent, then I select the following person to act in this capacity:*

Si resultara imposible comunicarse a tiempo con mi representante principal, o por cualquier motivo no estuviera disponible, o estuviera incapacitado o se rehusara a actuar como mi representante, nombro a la siguiente persona para que actúe en esa capacidad:

Name:
Nombre:

Address:
Dirección:

Telephone Numbers:
Números de teléfono:

(home and cell) /(domicilio y celular)

2. *If my primary agent and my first back-up agent cannot be contacted in time or for any reason are unavailable or unable or unwilling to act as my agent, then I select the following person to act in this capacity:*

Si resultara imposible comunicarse a tiempo con mi representante principal y mi representante sustituto, o por cualquier motivo no estuvieran disponibles, o estuvieran incapacitados o se rehusaran a actuar como mi representante, nombro a la siguiente persona para que actúe en esa capacidad:

Name:
Nombre:

Address:
Dirección:

Telephone Numbers:
Números de teléfono:

(home and cell)/(domicilio y celular)

C. Powers and Rights of Health Care Agent
Facultades y derechos del representante de atención médica

I want my agent to have full power to make health care decisions for me, including the power to:

Deseo que mi representante tenga plenos poderes para adoptar por mí decisiones sobre mi atención médica, incluyendo el poder de:

1. *Consent or not to medical procedures and treatments which my doctors offer, including things that are intended to keep me alive, like ventilators and feeding tubes;*
Consentir o no a la práctica de los procedimientos y tratamientos médicos que ofrezcan mis médicos, incluyendo procedimientos para intentar mantenerme con vida, tales como ventiladores y tubos de alimentación;

2. *Decide who my doctor and other health care providers should be; and*

Decidir quién será mi médico y otros proveedores de atención médica; y

3. *Decide where I should be treated, including whether I should be in a hospital, nursing home, other medical care facility, or hospice program.*

Decidir dónde se debe realizar el tratamiento, incluyendo si debo estar internado en un hospital, centro de convalecencia, otra casa de atención médica o programa de atención para enfermos terminales.

4. *I also want my agent to:*

También deseo que mi representante:

a. *Ride with me in an ambulance if ever I need to be rushed to the hospital; and*

Me acompañe en la ambulancia si alguna vez necesito ser trasladado de urgencia a un hospital; y

b. *Be able to visit me if I am in a hospital or any other health care facility.*

Pueda visitarme si estoy internado en un hospital u otro centro de atención médica.

*THIS ADVANCE DIRECTIVE DOES NOT MAKE MY
AGENT RESPONSIBLE FOR ANY OF THE COSTS OF
MY CARE.*

*ESTAS INSTRUCCIONES POR ADELANTADO NO
HACEN RESPONSABLE A MI REPRESENTANTE POR LOS
COSTOS DE MI ATENCIÓN MÉDICA.*

*This power is subject to the following conditions or limitations:
(Optional; form valid if left blank)*

Estos poderes están sujetos a las siguientes condiciones o limitaciones:
(Optativo; el formulario es válido si no se completa esta sección)

D. How my Agent is to Decide Specific Issues

Forma en que mi representante debe decidir cuestiones específicas

I trust my agent's judgment. My agent should look first to see if there is anything in Part II of this advance directive that helps decide the issue. Then, my agent should think about the conversations we have had, my religious and other beliefs and values, my personality, and how I handled medical and other important issues in the past. If what I would decide is still unclear, then my agent is to make decisions for me that my agent believes are in my best interest. In doing so, my agent should consider the benefits, burdens, and risks of the choices presented by my doctors.

Confío en el criterio de mi representante. Para hacer decisiones mi representante debe, en primer lugar, consultar la Parte II de estas Instrucciones por Adelantado para ver si encuentra allí algo que le ayude a decidir la situación en cuestión. A continuación, mi representante debe pensar en las conversaciones que mantuvimos, mis creencias y valores religiosos y de otra naturaleza, mi personalidad y cómo manejé las cuestiones médicas y otras situaciones importantes en el pasado. Si lo que yo decidiría continúa siendo incierto, mi representante debe tomar por mí las decisiones que según su criterio sean las mejores para mí. Al hacerlo, mi representante debe considerar los beneficios, cargas y riesgos de las opciones que presentan mis médicos.

E. People My Agent Should Consult

(Optional; form valid if left blank)

Personas a quienes mi representante debe consultar

(Optativo; el formulario es válido si no se completa esta sección)

In making important decisions on my behalf, I encourage my agent to consult with the following people. By filling this in, I do not intend to limit the number of people with whom my agent might want to consult or my agent's power to make decisions.

Cuando mi representante deba adoptar decisiones importantes en mi nombre, sugiero que consulte a las siguientes personas. Al completar esta sección no pretendo limitar la cantidad de personas a quien mi representante puede consultar o el poder de mi representante para tomar decisiones.

Name(s)
Nombre(s)

Telephone Number(s):
Número(s) de teléfono:

F. In Case of Pregnancy

(Optional, for women of child-bearing years only; form valid if left blank)

Si estoy embarazada

(Optativo para mujeres en edad fértil; el formulario es válido si no se completa esta sección)

If I am pregnant, my agent shall follow these specific instructions:

Si estoy embarazada, mi representante debe seguir estas instrucciones específicas:

G. Access to my Health Information – Federal Privacy Law (HIPAA) Authorization

Acceso a mi Información Médica – Autorización Prevista en la Ley Federal de Privacidad (HIPAA)

- 1. If, prior to the time the person selected as my agent has power to act under this document, my doctor wants to discuss with that person my capacity to make my own health care decisions, I authorize my doctor to disclose protected health information which relates to that issue.*

Si, antes de que la persona elegida para ser mi representante tenga el poder para actuar en virtud de este documento, mi médico desea conversar con esa persona sobre mi capacidad para tomar mis propias decisiones sobre atención médica, autorizo a mi médico a divulgar la información médica protegida relacionada con esa cuestión.

- 2. Once my agent has full power to act under this document, my agent may request, receive, and review any information, oral or written, regarding my physical or mental health, including, but not limited to, medical and hospital records and other protected health information, and consent to disclosure of this information.*

Una vez que mi representante tenga plenos poderes para actuar en virtud de este documento, podrá solicitar, recibir y revisar toda la información, oral o escrita, referente a mi salud física o mental, incluso los registros médicos y del hospital y otra información médica protegida, pero sin limitarse a la antedicha información, y consentir su divulgación

- 3. For all purposes related to this document, my agent is my personal representative under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). My agent may sign, as my personal representative, any release forms or other HIPAA-related materials.*

Para todos los fines relacionados con este documento, mi representante es también mi representante personal de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Mi representante puede firmar, en carácter de representante personal, cualquier formulario de deslinde de responsabilidad u otros materiales relacionados con la HIPAA.

H. Effectiveness of this Part

(Read both of these statements carefully. Then, initial one only.)

Eficacia de esta Parte

(Lea ambas declaraciones con cuidado. Luego, ponga su inicial en sólo una de ellas).

My agent's power is in effect:

Los poderes de mi representante entrarán en vigencia:

1. *Immediately after I sign this document, subject to my right to make any decision about my health care if I want and am able to.*

Inmediatamente después de que yo firme este documento, con sujeción a mi derecho de tomar decisiones sobre mi atención médica si así lo deseo y estoy en condiciones de hacerlo.

>>OR/O<<

2. *Whenever I am not able to make informed decisions about my health care, either because the doctor in charge of my care (attending physician) decides that I have lost this ability **temporarily**, or my attending physician and a consulting doctor agree that I have lost this ability **permanently**.*

Cuando no esté en condiciones de tomar decisiones informadas sobre mi atención médica, ya sea porque el médico responsable de mi tratamiento (médico a cargo) decide que he perdido la capacidad en **forma temporal**, o porque el médico a cargo de mi tratamiento y un médico de consulta están de acuerdo en que la he perdido en **forma permanente**.

If the only thing you want to do is select a health care agent, skip Part II. Go to Part III to sign and have the advance directive witnessed. If you also want to write your treatment preferences, go to Part II. Also consider becoming an organ donor, using the separate form for that.

Si lo único que usted desea es elegir un representante de atención médica, no necesita llenar la Parte II. Vaya a la Parte III para firmar las Instrucciones por Adelantado ante la vista de los testigos. Si usted también desea manifestar sus preferencias de tratamiento, vaya a la Parte II. También puede manifestar su voluntad de ser donante de órganos, usando el formulario separado al efecto.

PART II: TREATMENT PREFERENCES (“LIVING WILL”)
PARTE II: PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO (“TESTAMENTO EN VIDA”)

A. Statement of Goals and Values
(Optional: Form valid if left blank)

Declaración de metas y valores
(Optativo; el formulario es válido si no se completa esta sección)

I want to say something about my goals and values, and especially what’s most important to me during the last part of my life:

Deseo manifestar mis metas y valores, y especialmente lo que es más importante para mí durante la última parte de mi vida:

B. Preference in Case of Terminal Condition
*(If you want to state what your preference is, initial **one** only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)*

Preferencia en caso de condición terminal
(Si usted desea indicar cuál es su preferencia, inicie **sólo** una. Si aquí no desea indicar una preferencia, tache toda la sección).

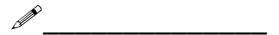
If my doctors certify that my death from a terminal condition is imminent, even if life-sustaining procedures are used:

Si mis médicos certifican que mi muerte por una condición terminal es inminente, aun si se utilizan procedimientos para prolongar la vida:

- 1. Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. No deseo recibir nutrición ni hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

>>OR/O<<



2. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. Si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, no obstante, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

>>OR/O<

3. *Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Traten de prolongar mi vida tanto como sea posible, recurriendo a todas las intervenciones disponibles que de acuerdo con un criterio médico razonable puedan evitar o retrasar mi muerte. Si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, no obstante, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

C. ***Preference in Case of Persistent Vegetative State***

*If you want to state what your preference is, initial **one** only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)*

Preferencia en caso de estado vegetativo persistente

(Si usted desea indicar cuál es su preferencia, inicie **sólo** una. Si aquí no desea indicar una preferencia, tache toda la sección).

If my doctors certify that I am in a persistent vegetative state, that is, if I am not conscious and am not aware of myself or my environment or able to interact with others, and there is no reasonable expectation that I will ever regain consciousness:

Si mis médicos certifican que me encuentro en estado vegetativo persistente, es decir, si no estoy consciente y no me doy cuenta de mí mismo o de mi entorno, o no puedo interactuar con otros, y no existen expectativas razonables de que pueda recobrar la conciencia:

1. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. No deseo recibir nutrición ni hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

>>OR/O<<



2. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. No obstante, si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.



>>OR/O<<

3. *Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Traten de prolongar mi vida tanto como sea posible, recurriendo a todas las intervenciones disponibles que de acuerdo con un criterio médico razonable puedan evitar o retrasar mi muerte. No obstante, si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.



D. Preference in Case of End-Stage Condition

*(If you want to state what your preference is, initial **one** only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)*

Preferencia en Caso de Condición Final Mortal

(Si usted desea indicar cuál es su preferencia, inicie sólo una. Si aquí no desea indicar una preferencia, tache toda la sección).

If my doctors certify that I am in an end-state condition, that is, an incurable condition that will continue in its course until death and that has already resulted in loss of capacity and complete physical dependency:

Si mis médicos certifican que me encuentro en condición final mortal, es decir, en una condición incurable que continuará su curso hasta la muerte y que ya ha producido la pérdida de capacidad y una dependencia física completa:

1. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. No deseo recibir nutrición ni hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

>>OR/O<<



2. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. No obstante, si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

>>OR/O<<

3. *Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Traten de prolongar mi vida tanto como sea posible, recurriendo a todas las intervenciones disponibles que de acuerdo con un criterio médico razonable puedan evitar o retrasar mi muerte. No obstante, si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

E. Pain Relief
Alivio del dolor

No matter what my condition, give me the medicine or other treatment I need to relieve pain.

Cualquiera sea la condición en la que me encuentre, suminístrenme remedios u otro tratamiento necesario para aliviar mi dolor.

F. In Case of Pregnancy
(Optional, for women of child-bearing years only; form valid if left blank)

Si estoy embarazada
(Opcional para mujeres en edad fértil; el formulario es válido si no se completa esta sección)

If I am pregnant, my decision concerning life-sustaining procedures shall be modified as follows:

Si estoy embarazada, mi decisión relativa a los procedimientos para prolongar la vida debe modificarse de la siguiente manera:

G. Effect of Stated Preferences
(Read both of these statements carefully. Then, initial **one** only.)

Efecto de las preferencias manifestadas
(Lea ambas declaraciones con cuidado. Luego, ponga su inicial en **sólo** una).

1. *I realize I cannot foresee everything that might happen after I can no longer decide for myself. My stated preferences are meant to guide whoever is making decisions on my behalf and my health care providers, but I authorize them to be flexible in applying these statements if they feel that doing so would be in my best interest.*

Soy consciente de que no puedo prever todo lo que podría suceder después de que ya no pueda tomar decisiones por mí mismo. Las preferencias que manifiesto tienen por objeto constituir una guía para quien tome decisiones por mí y para mis proveedores de atención médica, pero los autorizo a ser flexibles en la aplicación de estas declaraciones si creen que esa flexibilidad redundará en mi beneficio.

>>OR/O <<



2. *I realize I cannot foresee everything that might happen after I can no longer decide for myself. Still, I want whoever is making decisions on my behalf and my health care providers to follow my stated preferences exactly as written, even if they think that some alternative is better.*

Soy consciente de que no puedo prever todo lo que podría suceder después de que ya no pueda tomar decisiones por mí mismo. De todas maneras, deseo que la persona que tome decisiones por mí y para mis proveedores de atención médica sigan estrictamente las preferencias que yo he indicado, aun si creen que otra alternativa sería mejor.



PART III: SIGNATURE AND WITNESSES
PARTE III: FIRMA Y TESTIGOS

By signing below as the Declarant, I indicate that I am emotionally and mentally competent to make this advance directive and that I understand its purpose and effect. I also understand that this document replaces any similar advance directive I may have completed before this date.

Al firmar a continuación en calidad de Declarante, indico que poseo la capacidad emocional y mental para emitir estas instrucciones por adelantado y entiendo su propósito y efecto. Entiendo asimismo que este documento reemplaza a todas las instrucciones por adelantado similares que pueda haber completado con anterioridad a la fecha de la presente.

(Signature of Declarant)
(Firma del Declarante)

(Date)
(Fecha)

The Declarant signed or acknowledged signing this document in my presence and, based upon personal observation, appears to be emotionally and mentally competent to make this advance directive.

El Declarante firmó o reconoció haber firmado este documento en mi presencia y, de acuerdo con mi observación personal, parece tener la competencia emocional y mental para emitir estas instrucciones por adelantado.

(Signature of Witness)
(Firma del testigo)

(Date)
(Fecha)

Telephone Number(s):
Número(s) de teléfono:

(Signature of Witness)
(Firma del testigo)

(Date)
(Fecha)

Telephone Number(s):
Número(s) de teléfono:

(Note: Anyone selected as a health care agent in Part I may not be a witness. Also, at least one of the witnesses must be someone who will not knowingly inherit anything from the Declarant or

*otherwise knowingly gain a financial benefit from the Declarant's death. Maryland law does **not** require this document to be notarized.)*

(Nota: La persona designada como representante de atención médica en la Parte I no puede actuar como testigo. Además, por lo menos uno de los testigos debe ser una persona que no tenga conocimiento de ser heredero de ninguna parte de los bienes del Declarante ni de obtener algún beneficio financiero a causa de la muerte del Declarante. Las leyes de Maryland **no** exigen la intervención de un Notario Público en este documento).

AFTER MY DEATH
DESPUÉS DE MI MUERTE


By: _____ **Date of Birth:** _____
(Print Name) (Month/Day/Year)

Donante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
(en letra de imprenta) (mes/día/año)


(Initial the ones that you want. Cross through any that you do not want.)
(Ponga sus iniciales en las que desea. Tache las que no desea).

Upon my death I wish to donate:
Después de mi muerte deseo donar:

Any needed organs, tissues, or eyes.  _____
Los órganos, tejidos u ojos que se necesiten.

Only the following organs, tissues, or eyes:  _____
Sólo los siguientes órganos, tejidos u ojos:

I authorize the use of my organs, tissues, or eyes:
Autorizo el uso de mis órganos, tejidos u ojos:

For transplantation  _____
Para trasplante

For therapy  _____
Para fines terapéuticos

For research  _____
Para investigación

For medical education  _____
Para educación médica

For any purpose authorized by law  _____
Para cualquier fin autorizado por la ley

I understand that no vital organ, tissue, or eye may be removed for transplantation until after I have been pronounced dead. This document is not intended to change anything about my health care while I am still alive. After death, I authorize any appropriate support measures to maintain the viability for transplantation of my organs, tissues, and eyes until organ, tissue, and eye recovery has been completed. I understand that my estate will not be charged for any costs related to this donation.

Entiendo que no puede extraerse ningún órgano vital, tejido u ojos para ser transplantados hasta que haya sido declarado muerto. *Este documento no tiene por objeto modificar mi tratamiento médico mientras continúe con vida.* Después de mi muerte, autorizo que se adopten las medidas de apoyo necesarias para mantener la viabilidad de trasplante de mis órganos, tejidos y ojos hasta que los mismos hayan sido extraídos. Entiendo que mis herederos no deberán pagar los gastos relacionados con esta donación.

PART II: DONATION OF BODY

PARTE II: DONACIÓN DEL CUERPO

After any organ donation indicated in Part I, I wish my body to be donated for use in a medical study program.

Después de efectuada la donación de órganos mencionada en la Parte I, deseo que mi cuerpo sea donado para ser utilizado en algún programa de estudio médico.

 _____

PART III: DISPOSITION OF BODY AND FUNERAL ARRANGEMENTS

PARTE III: DISPOSICIÓN DEL CUERPO Y SERVICIO FÚNEBRE

I want the following person to make decisions about the disposition of my body and my funeral arrangements: (Either initial the first or fill in the second.)

Deseo que la siguiente persona tome decisiones sobre la disposición de mi cuerpo y mi servicio fúnebre: (Ponga su inicial en la primera o complete la segunda).

The health care agent who I named in my advance directive.

El representante de atención médica que designé en mis Instrucciones por Adelantado.

 _____

>>OR/O<<

This person:

La siguiente persona:

Name:

Nombre:

Address:

Dirección:

Telephone Number(s):

(Home and Cell)

Número(s) de teléfono:

(De la casa y celular)

If I have written my wishes below, they should be followed. If not, the person I have named should decide based on conversations we have had, my religious or other beliefs and values, my

personality, and how I reacted to other peoples' funeral arrangements. My wishes about the disposition of my body and my funeral arrangements are:

Si he escrito mis deseos más abajo, deben cumplirse. Si no lo he hecho, la persona que he designado deberá decidir según las conversaciones que mantuvimos, mis creencias y valores religiosos y de otra naturaleza, mi personalidad y la forma en que reaccioné ante el servicio fúnebre de otras personas. Mis deseos sobre la disposición de mi cuerpo y mi servicio fúnebre son:

PART IV: SIGNATURE AND WITNESSES

PARTE IV: FIRMA Y TESTIGOS

By signing below, I indicate that I am emotionally and mentally competent to make this donation and that I understand the purpose and effect of this document.

Al firmar a continuación, indico que poseo la capacidad emocional y mental de realizar esta donación y entiendo el propósito y efecto de este documento.

(Signature of Donor)
(Firma del donante)

(Date)
(Fecha)

The Donor signed or acknowledged signing the foregoing document in my presence and, based upon personal observation, appears to be emotionally and mentally competent to make this donation.

El Donante firmó o reconoció haber firmado este documento en mi presencia y, de acuerdo con mi observación personal, parece tener la competencia emocional y mental para realizar esta donación.

(Signature of Witness)
(Firma del testigo)

(Date)
(Fecha)

Telephone Number(s):
Número(s) de teléfono:

(Signature of Witness)
(Firma del testigo)

(Date)
(Fecha)

Telephone Number(s):
Número(s) de teléfono:

Did You Remember To...?
¿Recordó...?

- *Fill out Part I if you want to name a health care agent?*

¿Completar la Parte I si desea nombrar a un representante de atención médica?

- *Name one or two back-up agents in case your first choice as health care agent is not available when needed?*

¿Designar a uno o más representantes sustitutos para el caso de que la persona que eligió en primer término como representante de atención médica no estuviera disponible cuando fuera necesario?

- *Talk to your agents and back-up agent about your values and priorities, and decide whether that's enough guidance or whether you also want to make specific health care decisions in the advance directive?*

¿Hablar con sus representantes y representantes sustitutos sobre sus valores y prioridades y decidir si esto constituye una orientación suficiente, o si también desea incluir decisiones específicas sobre el tratamiento médico en las Instrucciones por Adelantado?

- *If you want to make specific decisions, fill out Part II, choosing carefully among alternatives?*

¿Completar la Parte II si desea tomar decisiones específicas, eligiendo con cuidado entre las alternativas?

- *Sign and date the advance directive in Part III, in front of two witnesses who also need to sign?*

¿Firmar y escribir la fecha de las Instrucciones por Adelantado en la Parte III, en presencia de dos testigos que también deben firmar?

- *Look over the “After My Death” form to see if you want to fill out any part of it?*

¿Leer el formulario “Después de Mi Muerte” para decidir si desea completar alguna parte del mismo?

- *Make sure your health care agent (if you named one), your family, and your doctor know about your advance care planning?*

¿Asegurarse de que su representante de atención médica (si lo designó), su familia y su médico conozcan su planificación anticipada sobre su atención médica?

- *Give a copy of your advance directive to your health care agent, family members, doctor, and hospital or nursing home if you are a patient there?*

¿Entregar una copia de sus Instrucciones por Adelantado a su representante de atención médica, miembros de la familia, médico y al hospital o centro de atención si está internado?