

Mire en el reverso para ver las instrucciones
(See pages 3-4 for completion directions)

Nombre y Apellidos: _____
Full Name

Fecha de Nacimiento: _____
Date of birth

1. Nombro a la siguiente persona como mi principal representante de la salud. Esta persona puede tomar decisiones de atención de la salud en mi nombre si no puedo comunicarme o tomar mis propias decisiones:

I appoint the following person to serve as my primary (main) health care agent.

Nombre: _____
Name

Relación: _____
Relationship

Teléfono celular: _____
Cell phone

Otro número de teléfono: _____
Other phone

(Opcional): Nombro a la siguiente persona como mi representante alternativo del cuidado de mi salud en caso de que mi primer representante de la salud no esté disponible:

(Optional): I appoint this person as my alternate health care agent in the event my first health care agent is not available:

Nombre: _____
Name

Relación: _____
Relationship

Teléfono celular: _____
Cell phone

Otro número de teléfono: _____
Other phone

2. (Opcional): Doy las siguientes instrucciones acerca de mi cuidado de salud (mis valores y creencias, lo que quiero y no quiero, puntos de vista sobre tratamientos médicos específicos): Si necesita más espacio continúe en el otro lado.

(Optional): I give the following instructions about my health care (my values and beliefs, what I do and do not want, views about specific medical treatments or situations): *If you need more space, continue on page 4.*

Firma: _____
Signature

Fecha: _____
Date

¹Un formulario más largo está disponible si lo desea para describir con más detalle sus deseos de atención médica.

¹A long form is available if you wish to more fully describe your health care wishes.

²Este documento no se aplica a los tratamientos invasivos de salud mental (terapia electro-convulsiva o medicamentos neurolépticos).

²This document will not apply to any intrusive mental health treatments (electroconvulsive therapy or neuroleptic medications).

Use el espacio abajo para continuar escribiendo sus deseos sobre su atención de la salud (pregunta 2 de la primera página) o para añadir otros comentarios.

Use the space below to continue your wishes about your health care (question 2 from front page), or to add comments.

Notary Public in the State of Minnesota

County of _____

Notary seal

In my presence on: _____ (date)

(Name): _____

acknowledged his or her signature on this document, or acknowledged that he or she authorized the person signing this document to sign on his or her behalf.

Signature of Notary: _____

My commission expires _____ (date)

O Declaración de los Testigos

OR Statement of Witnesses

Testigo 1: _____
Witness 1

Testigo 2: _____
Witness 2

Escriba su nombre: _____
Print Name

Escriba su nombre: _____
Print Name

[Los testigos deben ser mayores de 18 años de edad o más y no pueden ser su representante de la salud o suplente. Uno de los testigos no puede ser su proveedor de atención médica o un empleado de su proveedor de salud.]

(Witnesses must be 18 years of age or older and cannot be your primary or alternate health care agent. One witness cannot be your health care provider or an employee of your health care provider.)

¿Tengo que completar la presente Directiva del Cuidado de la Salud?

Do I have to complete this Health Care Directive?

No. Usted puede completar este formulario hoy, o en una fecha posterior, o negarse a completarlo. Sin embargo, completar este formulario le ayudará a asegurarse de que reciba la atención que desea. El documentar sus decisiones por escrito ayuda a sus seres queridos a asegurarse que están haciendo lo que usted quiere.

No. You may complete it today or at a later date, or you can decline to complete it. However, completing this form will help make sure you get the care you want. Putting your choices in writing helps loved ones know if they're doing what you would want.

¿Qué información se me pide?

What information am I being asked for?

Pregunta 1: Esta pregunta es acerca de su “representante de la salud”. Su representante es la persona que usted elige para hablar y tomar decisiones sobre su salud en su nombre si usted no pudiera. Considere la posibilidad de nombrar a un familiar o un amigo que le conozca bien y entienda sus valores. Es importante mostrar este documento a la persona que va a ser su representante de la salud. Haga copias adicionales para compartir con su representante de la salud, sus médicos, y otras personas importantes en su vida.

Question 1: This question is about your health care “agent.” Your agent is someone you choose to speak and make health care decisions for you if you cannot. Consider naming a family member or friend who knows you well and understands your values. Showing your agent this document and talking about it with him or her is important. Make extra copies to share with your health care agent, health care providers, and other important people in your life.

Pregunta 2 (Opcional): Esta pregunta es sobre el cuidado de la salud y otros deseos que usted pueda tener. Usted puede ser tan específico o general como desee. Usted puede incluir:

Question 2 (Optional): This question is about health care and other wishes you may have. You may be as specific or general as you like. You may include:

- **sus metas, valores, y preferencias acerca del cuidado médico**
- your goals, values, and preferences about medical care

- **los tipos de tratamiento médico que quiere o no quiere**
- the types of medical treatment you would want or not want

- **cómo quiere que sus representantes de salud tomen decisiones**
- how you want your agent or agents to decide

- **en qué lugar desea recibir la atención (como por ejemplo, en su hogar o en el hospital)**
- where you would like to receive care (such as at home or a hospital)

- **si usted desea donar órganos, tejidos y/u ojos**
- whether or not you would like to donate your organs, tissues, and eyes

Notario Público o Testigos

Notary Public or Witnesses

Un notario público o dos testigos deben verificar su firma en la presente Directiva de Cuidado de la Salud. Los testigos deben ser mayores de 18 años y no pueden ser su representante de salud o suplente. Al menos uno de los testigos no puede ser su proveedor de salud o un empleado del mismo.

A notary public or 2 witnesses must verify your signature on this Health Care Directive. The witnesses must be 18 years of age or older, and cannot be your primary or alternate health care agent. At least one witness cannot be your health care provider or an employee of your health care provider.

Qué debo hacer después de completar la presente Directiva del Cuidado de la Salud?

What should I do after I complete this Health Care Directive?

Comuníquese a la persona que ha elegido como representante del cuidado de la salud y a su suplente si no lo ha hecho todavía. Asegúrese de que se sienten capaces de hacer este importante trabajo para usted en el futuro. Dé una copia de su directiva de atención de salud a su proveedor de salud. Guarde copias adicionales para sus archivos y para compartir con sus representantes de la salud, su familia y otras personas que usted desee.

Tell the people you named as your primary and alternate health care agents, if you have not already done so. Make sure they feel able to do this important job for you in the future. Give a copy of your health care directive to your health care provider. Keep additional copies for your records and to share with your health care agents and family or others as you wish.

¿Con quién puedo hablar si tengo preguntas?

Who can I talk with if I have questions?

Su proveedor de salud puede responder a sus preguntas e inquietudes. Él o ella puede referirle a un Facilitador de Planificación Anticipada del cuidado médico para que le ayude.

Your health care provider can answer your questions or concerns. He or she may refer you to an Advance Care Planning Facilitator for help.