

Instrucción anticipada de atención de salud de Nuevo Hampshire

New Hampshire Advance Health Care Directive

Este formulario le permite indicar cómo desea ser atendido si usted no puede hablar por sí mismo.

This form lets you have a say about how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

Este formulario consta de 3 partes: This form has 3 parts:

Parte 1 Escoger una persona decisora, página 3

Part 1: Choose a medical decision maker, page 3

Una persona decisora es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo.

A medical decision maker is a person who can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

Esta persona será su representante. This person will be your advocate.

También se les llama un agente de salud, un representante, o un sustituto.

They are also called a health care agent, proxy, or surrogate.



Parte 2 Tomar sus propias decisiones de atención de salud, página 7

Part 2: Make your own health care choices, page 7

Este formulario le permite escoger el tipo de atención de salud que desea. De esta manera, las personas encargadas de su cuidado no tendrán que adivinar lo que desea si no puede decirlo por usted mismo.

This form lets you choose the kind of health care you want. This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are not able to tell them yourself.

Parte 3 Firmar el formulario, página 13

Part 3: Sign the form, page 13

El formulario se debe firmar antes de que se pueda usar.

The form must be signed before it can be used.



Usted puede llenar la Parte 1, la Parte 2, o ambas. You can fill out Part 1, Part 2, or both.

Llene solamente las partes que desee. Siempre firme el formulario en la Parte 3.

Fill out only the parts you want. Always sign the form in Part 3.

Es necesario que 2 testigos firmen en la página 14, o que un notario firme en la página 15. 2 witnesses need to sign on page 14, or a notary on page 15.

Este es un formulario legal que le permite ser partícipe en su atención médica.

This is a legal form that lets you have a voice in your health care.

Le permitirá a su familia, amigos y proveedores médicos saber cómo desea ser atendido si usted no puede hablar por sí mismo.

It will let your family, friends, and medical providers know how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

¿Qué debo hacer con este formulario? What should I do with this form?

- Por favor, comparta este formulario con sus familiares, amigos y proveedores médicos.
Please share this form with your family, friends, and medical providers.
- Por favor, asegúrese de que existan copias de este formulario en su expediente médico en todos los lugares donde recibe atención médica.
Please make sure copies of this form are placed in your medical record at all the places you get care.

¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el formulario? What if I have questions about the form?

- Está bien omitir cualquier parte de este formulario si tiene preguntas o no desea responder. It is OK to skip any part of this form if you have questions or do not want to answer.
- Pídale a sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, familiares o amigos que respondan sus preguntas. Ask your doctors, nurses, social workers, family, or friends to help.
- También los abogados pueden ayudar. Este formulario no da consejos legales.
Lawyers can help too. This form does not give legal advice.

¿Qué sucede si tengo decisiones de atención de salud que no aparecen en este formulario?

What if I want to make health care choices that are not on this form?

- En la página 12, puede anotar cualquier otra cosa que sea importante para usted. On page 12, you can write down anything else that is important to you.



¿Cuándo debiera de llenar este formulario de nuevo? When should I fill out this form again?

- Si cambia de opinión sobre sus opciones de atención médica
If you change your mind about your health care choices
- Si tiene cambios en su salud If your health changes
- Si cambia de opinión sobre su persona decisora If your medical decision maker changes

Si su cónyuge es su persona decisora, y se divorcian, esa persona ya no será su persona decisora. If your spouse is your decision maker, and you divorce, that person will no longer be your decision maker.

Entregue el nuevo formulario a su persona decisora y proveedores médicos.

Give the new form to your medical decision maker and medical providers.

Destruya los formularios anteriores. Destroy old forms.

Nos hemos asegurado de que este formulario legal sea de fácil lectura. Pero, la ley de Nuevo Hampshire requiere que usemos términos y palabras legales también. Esos términos legales se encuentran al final de este formulario. We made sure this legal form is easy to read. But, New Hampshire law requires us to use legal terms and words too. Those legal terms are at the end of this form.

Comparta este formulario y sus deseos médicos con sus familiares, amigos y proveedores médicos. Share this form and your choices with your family, friends, and medical providers.

Parte 1

Escoger su persona decisora

Part 1: Choose your medical decision maker

Su persona decisora puede tomar decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo.

Your medical decision maker can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

Una buena persona decisora es un familiar o amigo que:

A good medical decision maker is a family member or friend who:

- tiene 18 años de edad o más is 18 years of age or older
- puede hablar con usted sobre sus deseos can talk to you about your wishes
- puede estar con usted cuando usted lo necesite can be there for you when you need them
- es de confianza para seguir sus deseos y hacer lo que es mejor para usted
you trust to follow your wishes and do what is best for you
- es de confianza para tener conocimiento sobre su información médica
you trust to know your medical information
- no tiene miedo de hacerles preguntas a los doctores y expresar los deseos de usted
is not afraid to ask doctors questions and speak up about your wishes



Legalmente, su persona decisora **no puede** ser su médico o alguien que le da atención médica en su hospital o clínica. Legally, your decision maker cannot be your doctor or someone who provides you care at your hospital or clinic.

¿Qué sucede si no elijo una persona decisora? What will happen if I do not choose a medical decision maker?

Si usted no es capaz de tomar sus propias decisiones, los médicos le pedirán a sus familiares y amigos o a un juez que tomen decisiones por usted. Es posible que esta persona no sepa sobre sus deseos médicos. If you are not able to make your own decisions, your doctors will turn to family and friends or a judge to make decisions for you. This person may not know what you want.

Si usted no es capaz, su persona decisora podrá elegir lo siguiente por usted:

If you are not able, your medical decision maker can choose these things for you:

- médicos, enfermeras, trabajadores sociales, cuidadores doctors, nurses, social workers, caregivers
- hospitales, clínicas, o casa de reposo hospitals, clinics, nursing homes
- medicamentos, exámenes, o tratamientos medications, tests, or treatments
- permitir que usted esté en un estudio de investigación o ensayo
allow you to be in a research study or trial
- quién puede ver su expediente médico who can look at your medical information
- lo que sucederá con su cuerpo y órganos después de su muerte
what happens to your body and organs after you die



Decisiones adicionales que su persona decisora podrá tomar:

Here are more decisions your medical decision maker can make:

Iniciar o suspender tratamientos de soporte vital, tales como:

Start or stop life support or medical treatments, such as:

- **RCP o reanimación cardiopulmonar** CPR or cardiopulmonary resuscitation
cardio = corazón • pulmonar = pulmones • reanimación = intento de resucitación
cardio = heart • pulmonary = lungs • resuscitation = try to bring back

Estos tratamientos pueden implicar: This may involve:

- presionar con fuerza el pecho para intentar mantener la circulación de la sangre pressing hard on your chest to try to keep your blood pumping
- descargas eléctricas para intentar que el corazón vuelva a palpar electrical shocks to try to jump start your heart
- medicamentos a través de las venas medicines in your veins

- **Respirador artificial** Breathing machine or ventilator

El respirador bombea aire a los pulmones e intenta respirar por usted. Usted no puede hablar cuando se encuentra conectado al respirador.

The machine pumps air into your lungs and tries to breathe for you. You are not able to talk when you are on the machine.

- **Diálisis** Dialysis

Una máquina que intenta limpiar la sangre si los riñones dejan de funcionar.

A machine that tries to clean your blood if your kidneys stop working.

- **Sonda de alimentación** Feeding Tube

Un tubo que se usa para intentar alimentarle si no puede beber o comer. Este tubo se inserta por su nariz hacia su garganta y estómago.

También se puede colocar mediante una cirugía directamente al estómago.

A tube used to try to feed you if you cannot swallow. The tube can be placed through your nose down into your throat and stomach. It can also be placed by surgery into your stomach.

- **Transfusión intravenosa de sangre y agua** Blood and water transfusions (IV)

Poner sangre y agua dentro su cuerpo.

To put blood and water into your body.

- **Cirugía** Surgery

- **Medicamentos** Medicines

*La eficacia de estos tratamientos dependerá de su estado de salud y su edad. Pregunte al equipo médico sobre la calidad de vida después de estos tratamientos.

*How well these treatments work will depend on your health and your age. Ask the medical care team about [Quality of Life](#) after these treatments.

Decisiones sobre el final de la vida que su persona decisora puede tomar:

End of life decisions your medical decision maker can make:

- llamar a un guía espiritual call in a religious or spiritual leader
- decidir si muere en su casa o en el hospital decide if you die at home or in the hospital
- decidir acerca de una autopsia y donación de órganos decide about autopsy or organ donation
- decidir si será sepultado o cremado decide about burial or cremation

Al firmar este formulario, usted le da permiso a su persona decisora a:

By signing this form, you allow your medical decision maker to:

- aceptar, rechazar o retirar cualquier soporte vital o tratamiento médico si usted no puede hablar por sí mismo agree to, refuse, or withdraw any life support or medical treatment if you are not able to speak for yourself
- decidir qué le sucede a su cuerpo después de morir, como planes de su funeral o donación de sus órganos decide what happens to your body after you die, such as funeral plans and organ donation



Si hay decisiones que no desea que se hagan, escríbalas aquí:

If there are decisions you do not want them to make, write them here:

Escriba el nombre de su persona decisora. Write the name of your medical decision maker.

#1: Deseo que esta persona tome mis decisiones médicas en caso que yo no pueda tomarlas por mi cuenta: #1: I want this person to make my medical decisions if I am not able to make my own:

primer nombre first name	apellido last name	relación relationship
número de teléfono 1 phone #1	número de teléfono 2 phone #2	email
dirección address	ciudad city	estado state código postal zip code

#2: Si la primera persona no puede hacerlo, deseo que esta otra persona tome por mí las decisiones relacionadas con mi atención médica:

#2: If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions:

primer nombre first name	apellido last name	relación relationship
número de teléfono 1 phone #1	número de teléfono 2 phone #2	email
dirección address	ciudad city	estado state código postal zip code

Si quiere, puede escribir por qué eligió su persona decisora #1 y #2.

If you want, you can write why you chose your #1 and #2 decision makers.

Escriba el nombre de cualquier persona que NO quiere que ayude a tomar decisiones médicas por usted.

Write down anyone you would NOT want to help make medical decisions for you.

Si su familia toma decisiones en grupo, ¿a quién quiere en el grupo? Su(s) persona(s) decisora(s) en la página 5 seguirá(n) teniendo la última palabra.

If your family makes decisions as a group, who do you want in the group? Your medical decision maker(s) on page 5 will still have the final say.

¿Qué tan estrictamente quiere que su persona decisora siga sus deseos si usted no es capaz de hablar por sí mismo?

How strictly do you want your medical decision maker to follow your wishes if you are not able to speak for yourself?

La flexibilidad le da a la persona decisora la libertad de trabajar con sus doctores y cambiar las decisiones médicas que usted tomó antes, si los doctores piensan que hay una mejor opción en el momento. Flexibility allows your decision maker to change your prior decisions if doctors think something else is better for you at that time.

Las decisiones previas pueden ser los deseos que usted escribió o discutió con su persona decisora. Puede escribir sus deseos en la Parte 2 del formulario. Prior decisions may be wishes you wrote down or talked about with your medical decision maker. You can write your wishes in Part 2 of the form.

Marque una opción con la cual esté más de acuerdo.

Check the one choice you most agree with.

Flexibilidad Total: Está bien que mi persona decisora cambie cualquiera de mis decisiones médicas si los doctores piensan que es lo mejor para mí en ese momento.

Total Flexibility: It is OK for my decision maker to change any of my medical decisions if my doctors think it is best for me at that time.

Flexibilidad Limitada: Está bien que mi persona decisora cambie algunas de mis decisiones médicas si los doctores piensan que es lo mejor. Pero, algunos de mis deseos jamás quiero que se cambien. Estos son: Some Flexibility: It is OK for my decision maker to change some of my decisions if the doctors think it is best. But, these wishes I NEVER want changed:

Ninguna Flexibilidad: Quiero que mi persona decisora siga mis deseos médicos exactos en todo momento. NO ESTÁ BIEN cambiar mis decisiones aunque los doctores lo recomienden.

No Flexibility: I want my decision maker to follow my medical wishes exactly. It is NOT OK to change my decisions, even if the doctors recommend it.

Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera.

If you want, you can write why you feel this way.

Para tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página 7. Si ha terminado, debe firmar este formulario en la página 13. Por favor comparta sus deseos con sus familiares, amigos y proveedores médicos.

To make your own health care choices, go to Part 2 on page 7. If you are done, you must sign this form on page 13. Please share your wishes with your family, friends, and medical providers.

Parte 2

Tomar sus propias decisiones de atención de salud

Sólo llene las preguntas que quiera.

Make your own health care choices
Fill out only the questions you want.

¿Cómo prefiere tomar decisiones médicas? How do you prefer to make medical decisions?

Algunas personas prefieren tomar sus propias decisiones médicas. Algunas personas prefieren las opiniones de otros (familiares, amigos y proveedores médicos) antes de tomar una decisión. Y, algunas personas prefieren que otras personas tomen decisiones por ellos.
Some people prefer to make their own medical decisions. Some people prefer input from others (family, friends, and medical providers) before they make a decision. And, some people prefer other people make decisions for them.

Tome nota: Los proveedores médicos no pueden tomar decisiones por usted. Ellos solo pueden dar información para ayudar en la toma de decisiones.
Please note: Medical providers cannot make decisions for you. They can only give information to help with decision making.

¿Cómo prefiere tomar decisiones médicas? How do you prefer to make medical decisions?

Prefiero tomar decisiones médicas sin las opiniones de otras personas.
I prefer to make medical decisions on my own without input from others.

Prefiero tomar decisiones médicas solo después de recibir las opiniones de otras personas.
I prefer to make medical decisions only after input from others.

Prefiero que otras personas tomen decisiones médicas por mí.
I prefer to have other people make medical decisions for me.

Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera, y quién desea que dé sus opiniones.
If you want, you can write why you feel this way, and who you want input from.

¿Qué es lo que más importa en la vida? La calidad de vida es diferente para cada persona. What matters most in life? Quality of life differs for each person.

¿Qué es lo más importante en su vida? What is most important in your life?

Escoja todas las que quiera.
Check as many as you want.

Su familia o amigos Your family or friends _____

Sus mascotas Your pets _____

Pasatiempos, como la jardinería, caminatas, y cocinar Hobbies, such as gardening, hiking, and cooking

Sus pasatiempos Your hobbies _____

Trabajo o trabajar como voluntario Working or volunteering _____

Cuidarse a sí mismo y ser independiente Caring for yourself and being independent

No ser una carga para su familia Not being a burden on your family

Religión y espiritualidad: Su religión Religion or spirituality: Your religion _____

Alguna otra cosa Something else _____

¿Qué trae felicidad a su vida? ¿Qué es lo que más espera que ocurra en su vida?
What brings your life joy? What are you most looking forward to in life?

¿Qué es lo que más importa para su cuidado médico? Esto es diferente para cada persona. What matters most for your medical care? This differs for each person.

Para algunas personas, lo más importante es mantenerse con vida el mayor tiempo posible incluso si: For some people, the main goal is to be kept alive as long as possible even if:

- Tienen que estar conectados a máquinas y están sufriendo They have to be kept alive on machines and are suffering
- Están demasiado enfermos para hablar con sus familiares y amistades They are too sick to talk to their family and friends

Para otras personas, lo más importante es enfocarse en su calidad de vida y comodidad.

For other people, the main goal is to focus on quality of the life and being comfortable.

- Estas personas prefieren una muerte natural, y no ser conectadas a máquinas para seguir con vida These people would prefer a natural death, and not be kept alive on machines

Otras personas están en un punto intermedio. **¿Qué es importante para usted?**

Other people are somewhere in between. What is important to you?

Sus objetivos pueden cambiar entre hoy con su salud actual, y al final de la vida.

Your goals may differ today in your current health than at the end of life.

HOY, EN SU ESTADO ACTUAL DE SALUD TODAY, IN YOUR CURRENT HEALTH

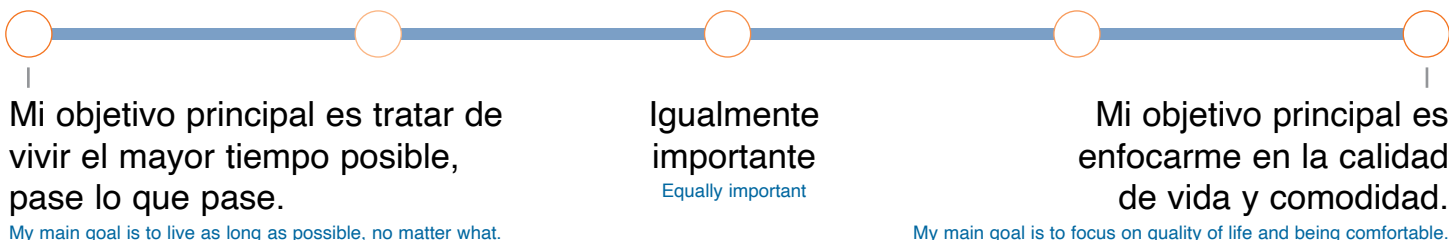
Marque una opción sobre la balanza para mostrar cómo se siente hoy en su estado actual de salud. Check one choice along this line to show how you feel today, in your current health.



Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera. If you want, you can write why you feel this way.

AL FINAL DE LA VIDA AT THE END OF LIFE

Marque una opción sobre la balanza para mostrar cómo se sentiría si estuviera tan enfermo que pudiera morir pronto. Check one choice along this line to show how you would feel if you were so sick that you may die soon.



Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera. If you want, you can write why you feel this way.

La calidad de vida es diferente para cada persona al final de la vida.

¿Qué sería lo más importante para usted?

Quality of life differs for each person at the end of life.
What would be most important to you?

AL FINAL DE LA VIDA

AT THE END OF LIFE

Algunas personas están dispuestas a pasar por mucho para tener la oportunidad de vivir más tiempo. Some people are willing to live through a lot for a chance of living longer.

Otras personas ya saben que ciertas cosas afectarían negativamente su calidad de vida.

Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

- Estas cosas pudieran hacerles preferir enfocarse en su comodidad en lugar de intentar vivir el mayor tiempo posible. Those things may make them want to focus on comfort rather than trying to live as long as possible.

Al final de la vida, ¿cuáles de las siguientes cosas afectarían negativamente su calidad de vida?

Escoja todas las que quiera. At the end of life, which of these things would be very hard on your quality of life? Check as many as you want.

No poder despertar nunca de un coma ni poder hablar con familiares y amigos

Being in a coma and not able to wake up or talk to my family and friends

No poder vivir sin estar conectado a máquinas

Not being able to live without being hooked up to machines

No poder pensar por mí mismo, como en caso de demencia severa

Not being able to think for myself, such as severe dementia

No poder alimentarme, bañarme, o cuidarme a mí mismo

Not being able to feed, bathe, or take care of myself

No poder vivir por mi cuenta, como vivir en una casa de reposo

Not being able to live on my own, such as in a nursing home

Tener dolor o malestar constante y severo

Having constant, severe pain or discomfort

Alguna otra cosa

Something else

O, estoy dispuesto a enfrentar todas estas cosas para tener la oportunidad de vivir más tiempo. OR, I am willing to live through all of these things for a chance of living longer.

Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera. If you want, you can write why you feel this way.

¿Qué experiencias ha tenido con enfermedades serias o con alguien cercano a usted que estaba muy enfermo o muriendo?

What experiences have you had with serious illness or with someone close to you who was very sick or dying?

- Si quiere, puede escribir qué salió bien o qué no salió bien, y por qué.

If you want, you can write down what went well or did not go well, and why.

Si estuviera muriendo, ¿en dónde quisiera estar?

If you were dying, where would you want to be?

en casa
at home

en el hospital
in the hospital

cualquiera de las dos opciones
either

No estoy seguro
I am not sure

¿Qué otra cosa sería importante, como comida, música, mascotas, o gente que quisiera a su alrededor?

What else would be important, such as food, music, pets, or people you want around you?

¿Cómo equilibra su calidad de vida y su atención médica?

A veces las enfermedades y los tratamientos que son utilizados para ayudar a las personas a vivir más tiempo pueden causar dolor, efectos secundarios e incapacidad para cuidarse a sí mismo.

How do you balance quality of life with medical care? Sometimes illness and the treatments used to try to help people live longer can cause pain, side effects, and the inability to care for yourself.

Por favor, lea esta página completamente antes de tomar sus decisiones.

Please read this whole page before making a choice.

AL FINAL DE LA VIDA algunas personas están dispuestas a pasar por mucho para tener la oportunidad de vivir más tiempo. Otras personas ya saben que ciertas cosas afectarían negativamente su calidad de vida.

AT THE END OF LIFE, some people are willing to live through a lot for a chance of living longer. Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

Los tratamientos de soporte vital pueden ser RCP, respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis o transfusiones de sangre.

Life support treatment can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, or transfusions.

*La eficacia de estos tratamientos dependerá de su estado de salud y su edad. Pregunte al equipo médico sobre la calidad de vida después de estos tratamientos.

*How well these treatments work will depend on your health and your age. Ask the medical care team about [Quality of Life](#) after these treatments.

Marque una opción con la cual esté más de acuerdo.

Check the one choice you most agree with.

Si estuviera tan enfermo que pudiera morir pronto, ¿cuál sería su preferencia?

If you were so sick that you may die soon, what would you prefer?

Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos crean que pueden ayudar. **Quiero permanecer en tratamientos de soporte vital**, incluso si hay pocas esperanzas de mejorarme o vivir una vida que valoro.

Try all life support treatments that my doctors think might help. I want to stay on life support treatments even if there is little hope of getting better or living a life I value.

Deseo probar tratamientos de soporte vital que mis médicos crean que pueden ayudar. Pero, **NO DESEO permanecer en tratamientos de soporte vital** si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de mejorarme o vivir una vida que valoro.

Do a trial of life support treatments that my doctors think might help. But, I DO NOT want to stay on life support treatments if the treatments do not work and there is little hope of getting better or living a life I value.

No deseo tratamientos de soporte vital, y quisiera enfocarme en sentirme cómodo. Prefiero tener **una muerte natural**.

I do not want life support treatments, and I want to focus on being comfortable. I prefer to have a natural death.

Comida y agua artificiales:

Artificial food and water:

Debe marcar aquí si desea detener la comida y el agua por tubos de alimentación y transfusiones (IV) si no le están ayudando a vivir la vida que valora.

You must check here if you would want to stop food and water by feeding tubes and transfusions (IV) if they are not helping you live the life you value.

¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y su persona decisora acerca de su decisión? ¿Qué más sería importante para usted? Puede escribir más en la página 12.

What else should your medical providers and decision maker know about this choice? What else would be important to you? You can write more on page 12.

Se le puede preguntar a su persona decisora sobre la donación de sus órganos y autopsia después de morir. Por favor, infórmenos acerca de sus deseos.

Your decision maker may be asked about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

DONACIÓN DE ÓRGANOS

ORGAN DONATION

Algunas personas deciden donar sus órganos o partes del cuerpo a otras personas. ¿Cuál sería su preferencia?

Some people decide to donate their organs or body parts. What do you prefer?

Deseo donar mis órganos o partes del cuerpo.

I want to donate my organs or body parts.

¿Qué órgano o parte del cuerpo desea donar?

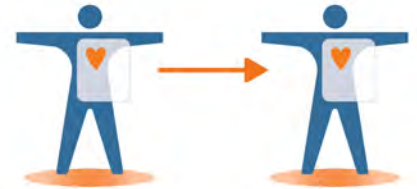
Which organ or body part do you want to donate?

Cualquier órgano o parte del cuerpo

Any organ or body part

Sólo

Only



No deseo donar mis órganos o partes del cuerpo.

I do not want to donate my organs or body parts.

¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y su persona decisora sobre la donación de sus órganos o partes del cuerpo?

What else should your medical providers and medical decision maker know about donating your organs or body parts?

AUTOPSIA

AUTOPSY

Se puede realizar una autopsia después de la muerte para saber por qué murió una persona. Se realiza mediante una cirugía. Puede tomar algunos días.

An autopsy can be done after death to find out why someone died. It is done by surgery. It can take a few days.

Deseo una autopsia.

I want an autopsy.

No deseo una autopsia.

I do not want an autopsy.

Deseo una autopsia sólo si existe alguna duda sobre mi muerte.

I only want an autopsy if there are questions about my death.



DESEOS FÚNEBRES O DE ENTIERRO

FUNERAL OR BURIAL WISHES

¿Qué debieran saber sus proveedores médicos y su persona decisora sobre la forma en que desea que se trate su cuerpo después de morir, y sus deseos fúnebres o de entierro?

What should your medical providers and decision maker know about how you want your body to be treated after you die, and your funeral or burial wishes?

- **¿Tiene usted deseos religiosos o espirituales para su funeral o entierro?**

Do you have religious or spiritual wishes for your funeral or burial?

OPCIONAL: ¿Cómo prefiere obtener información médica?

OPTIONAL: How do you prefer to get medical information?

Algunas personas pueden querer saber toda su información médica. Otras personas no pueden. Some people may want to know all of their medical information. Other people may not.

Si tuvo una enfermedad grave, ¿le gustaría que sus doctores y proveedores médicos le digan qué tan enfermo está o cuánto tiempo debe vivir? If you had a serious illness, would you want your

doctors and medical providers to tell you how sick you are or how long you may have to live?

Sí, me gustaría saber esta información. Yes, I would want to know this information.

No, no quisiera saberlo. Por favor, hable con mi persona decisora.

No, I would not want to know. Please talk with my decision maker instead.

Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera. If you want, you can write why you feel this way.

* Hable con sus proveedores médicos para que sepan cómo desea obtener información.

* Talk to your medical providers so they know how you want to get information.

¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y su(s) persona(s) decisora(s) sobre usted y sus preferencias de atención médica?

What else should your medical providers and medical decision maker(s) know about you and your choices for medical care?

Aquí hay algunos ejemplos: Here are just a few examples:

- ¿Tiene usted deseos religiosos o espirituales que guíen su cuidado médico? Do you have religious or spiritual beliefs that guide your medical care?
- ¿Qué hay si usted sufre de pérdida de memoria o demencia, ya no es seguro para usted conducir, o ya no es seguro para usted vivir en casa? What if you get memory loss or dementia, are no longer safe to drive, or are no longer safe to live at home?
¿Cómo quisiera que su equipo de cuidado médico, su familia y amigos hablen con usted de esto? ¿Qué le preocuparía? ¿Qué sería importante para usted? How would you want your medical care team, family, and friends to talk with you about these things? What would you be worried about? What would be important to you?
- Si usted estuviera en el hospital, ¿quién podría ayudar con sus cuentas y sus mascotas? Nota: para dar a esta persona poder legal para ayudar con sus finanzas, cuentas, mascotas, y poseciones, usted también debe dejar esto por escrito en otros formularios legales. PlanforClarity.org If you were in the hospital, who could help with your bills or pets? Note: To give this person legal power to help with your money, bills, pets, and things you own, you also need to write this in other legal forms. See PlanforClarity.org.

Usted puede escribir más acerca de sus preferencias en la página siguiente. You can write more about your choices on the next page.

¿Qué más debieran saber sus proveedores de atención médica y su(s) persona(s) decisora(s) sobre usted y sus preferencias de atención médica?

What else should your medical providers and medical decision maker(s) know about you and your choices for medical care?

Parte 3

Firmar el formulario

Part 3: Sign the form



Antes de que se pueda usar este formulario, usted debe: Before this form can be used, you must:

- firmar este formulario si tiene 18 años de edad o más sign this form if you are 18 years of age or older
- tener dos testigos o un notario que puedan verle firmar este formulario have two witnesses or a notary who can watch you sign this form

Firme su nombre y escriba la fecha. Sign your name and write the date.

firma signature

fecha de hoy today's date

primer nombre en letra de molde first name

apellido en letra de molde last name

fecha de nacimiento DOB

dirección address

ciudad city

estado state

código postal
zip code

Testigos o un Notario

Witnesses or Notary

Antes de que se pueda usar este formulario, usted debe pedirle a 2 testigos o a un notario que lo firmen. El trabajo de un notario es verificar que usted es quien está firmando el formulario. Before this form can be used, you must have 2 witnesses or a notary sign the form. The job of a notary is to make sure it is you signing the form.

Sus testigos deben: Your witnesses must:

- tener 18 años de edad o más be 18 years of age or older
- verle firmar el formulario see you sign the form

Sus testigos no pueden: Your witnesses cannot:

- ser su persona decisora be your medical decision maker
- ser su proveedor de atención de salud be your health care provider
- ser su cónyuge be your spouse
- beneficiarse financieramente (recibir dinero o propiedades) después de su muerte benefit financially (get any money or property) after you die



Además, uno de los testigos no puede: Also, one witness cannot:

- trabajar para su proveedor de atención de salud work for your health care provider
- trabajar en el lugar donde usted vive work at the place that you live

Los testigos deben de firmar la página 14. Si no tiene testigos, un notario tiene que firmar la página 15.

Witnesses need to sign their names on page 14. If you do not have witnesses, a notary must sign on page 15.

Pídale a sus testigos que firmen con sus nombres y anoten la fecha.

Have your witnesses sign their names and write the date.

Por medio de mi firma, doy fe que _____ firmó este formulario mientras yo miraba.

(la persona nombrada en la página 13)

By signing, I promise that (the person named on page 13) signed this form while I watched.

Esta persona tenía pleno uso de sus capacidades mentales y no fue forzada a firmar. They were thinking clearly and were not forced to sign it.

También doy fe de que: I also promise that:

- Tengo 18 años de edad o más I am 18 years of age or older
- No soy su persona decisora I am not their medical decision maker
- No soy su proveedor de atención de salud I am not their health care provider
- No soy su cónyuge I am not their spouse
- No voy a beneficiarme financieramente (obtener dinero o propiedad) después de que la persona muera I will not benefit financially (get any money or property) after they die

Uno de los testigos también debe dar fe de lo siguiente: One witness must also promise that:

- No trabajo para su proveedor de atención de salud I do not work for their health care provider
- No trabajo en el lugar donde vive esta persona I do not work where they live



Testigo 1 Witness #1

firma signature

fecha date

primer nombre en letra de molde print first name

apellido en letra de molde print last name

dirección address

ciudad city

estado state

código postal zip code

Testigo 2 Witness #2

firma signature

fecha date

primer nombre en letra de molde print first name

apellido en letra de molde print last name

dirección address

ciudad city

estado state

código postal zip code

Ha terminado de llenar este formulario. You are now done with this form.

Comparta este formulario con sus familiares, amigos y proveedores médicos. Hable con ellos sobre sus deseos médicos. También puede pedirles que le ayuden a hacer copias y a poner el formulario en su expediente médico. Share this form with your family, friends, and medical providers. Talk with them about your medical wishes. You can also ask them to help make copies and get the form into your medical record.

Para obtener más información, vaya a www.prepareforyourcare.org To learn more go to www.prepareforyourcare.org

Notario Público: Lleve este formulario a un notario público SOLAMENTE si no lo han firmado dos testigos. Lleve una identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.).

Notary Public: Take this form to a notary public ONLY if two witnesses have not signed this form. Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.).

State of New Hampshire

County of _____

This instrument was acknowledged before me this _____ (date)
by _____ (name(s) of person(s)).

Signature of Notarial Officer

(Seal, if any)

Title and Rank

My commission expires: _____

Los términos legales de Nuevo Hampshire que debemos darle

New Hampshire legal terms we must give you

Nos hemos asegurado de que esta forma legal sea de fácil lectura.

Pero, la ley de Nuevo Hampshire requiere que usemos términos y palabras legales también.

Las siguientes 2 páginas tienen el lenguaje legal que debemos darle.

Aquí están los 5 puntos principales:

1. Puede cambiar sus decisiones en cualquier momento.
2. Nunca será obligado a someterse a un tratamiento en contra de su voluntad.
3. Si no puede tomar sus propias decisiones, su persona decisora podrá tomar todas las decisiones médicas por usted.
4. Su persona decisora debe seguir sus deseos lo mejor que pueda.
5. Si está embarazada, hay algunas decisiones que su persona decisora no puede tomar. Por ejemplo, no podrán suspender el tratamiento de soporte vital a menos que tenga un gran dolor.

La declaración de revelación que debe acompañar a una instrucción anticipada deberá estar sustancialmente en la siguiente forma:

UNA INSTRUCCIÓN ANTICIPADA ES UN DOCUMENTO LEGAL.

Este formulario le permite elegir a alguien que usted quiere que tome decisiones sobre su cuidado médico cuando usted no pueda tomar decisiones por su cuenta. A esta persona se le llama su “agente.” Usted debiera considerar elegir a una persona alternativa en caso de que su agente no pueda actuar.

El agente debe tener 18 años de edad o más. Debiera ser alguien que usted conoce y en quien confía. No puede ser alguien que le proporciona cuidados en una instalación de salud o residencia de cuidados.

Este formulario es una “instrucción anticipada” que define la manera de tomar decisiones médicas en el futuro, cuando usted no pueda tomar sus propias decisiones. No es una orden médica (por ejemplo, no es una DNR propiamente tal (orden de no resucitar o (POLST)).

Usted siempre tomará sus propias decisiones hasta que su médico le examine y certifique que usted ya no puede comprender o tomar decisiones por sí mismo/a. Este es el momento en que su “agente” se convierte en la persona que puede tomar decisiones por usted. Si se recupera, usted volverá a tomar sus propias decisiones médicas.

Con algunas excepciones(*), cuando usted ya no pueda tomar sus propias decisiones médicas, su agente las tomará por usted, a menos que usted limite la autoridad de su agente en la Parte I.B del formulario de poder notarial duradero. Su agente puede aceptar el comenzar o detener tratamientos médicos, incluso cerca del final de su vida. Algunas personas no quieren permitir que sus agentes tomen ciertas decisiones. Aquí hay algunos ejemplos de lo que usted puede escribir: “NO quiero que mi agente...”

- pida o acepte detener tratamientos de soporte vital (como respiradores, nutrición y/o hidratación administrada médicamente (tubos de alimentación), diálisis, otros dispositivos mecánicos, transfusiones, y ciertos medicamentos).”
- pida o acepte una Orden de no resucitar (DNR).
- aceptar tratamientos incluso si yo me niego en el momento, después que haya perdido la capacidad de tomar mis propias decisiones médicas.

La ley permite que su agente le ponga en un ensayo clínico (estudio médico) o que acepte tratamientos nuevos o experimentales que intenten beneficiarle si usted tiene una condición que sea de inmediato riesgo vital o que si se deja sin tratamiento pudiera causar una seria discapacidad (por ejemplo, un tratamiento nuevo para una infección pandémica que aún no ha sido probado). Usted puede cambiar esto escribiendo en el formulario de poder notarial duradero para la atención médica:

- “Quiero que mi agente pueda aceptar estudios médicos o tratamientos experimentales en cualquier situación.” O
- “No quiero participar en estudios médicos o tratamientos experimentales incluso si el tratamiento puede ayudarme o yo probablemente pueda morir sin él.

Su agente debe tratar de tomar las mejores decisiones por usted, basándose en lo que usted ha dicho o escrito anteriormente. Diga a su agente que usted le ha designado como su persona decisora para la atención médica. Hable con su agente sobre sus deseos.

En la sección “testamento vital” del formulario, usted puede anotar deseos, valores, o metas como guía para su agente, sustituto, y/o para sus médicos en cuanto a tomar decisiones sobre su atención de salud.

Usted no necesita de un abogado para completar este formulario, pero puede contactar a uno si tiene preguntas.

Usted debe firmar este formulario en presencia de 2 testigos o un notario o juez de paz para que sea válido. Los testigos no pueden ser su agente, cónyuge, heredero, o cualquiera que sea nombrado en su testamento, fideicomiso o que pueda de otro modo recibir propiedad suya cuando muera, o su médico tratante o cualquiera que trabaje directamente para él/ella. Solo un testigo puede ser empleado de su proveedor de cuidados médicos o de atención residencial.

Dé copias del formulario completo a su agente, sus proveedores médicos, y su abogado.

* Excepciones: Su agente no puede evitar que usted coma y beba como usted quiere. Tampoco puede aceptar el ingreso voluntario a una institución estatal; esterilización voluntaria; retener tratamientos de soporte vital si está embarazada, a menos que este le cause daño severo; o psicocirugía.