

Poder para la Atención Médica para:

(Power of Attorney for Health Care for)

Nombre (Name): _____

Fecha de Nacimiento (Date of Birth): _____

Domicilio (Address): _____

Teléfono (Telephone): _____

Este documento está archivado en _____
(This document is on file at)

Se han repartido copias de este documento con mis agentes de atención médica y:
(Copies of this document have been given to my health care agent(s) and:)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Cortesía de:



Agradacimientos a:
La Fundación Médica Luterana Gunderson

1 de 17
(Las páginas 14 a 17 son opcionales.)

Instrucciones para completar este Poder para la Atención Médica

Resumen

El formulario adjunto para el Poder para la Atención Médica es un documento desarrollado conforme con los requisitos legales del Estado de Wisconsin. Es posible que no satisfaga los requisitos legales de otros estados.

Este Poder para la Atención Médica le permite nombrar a otra persona para tomar decisiones sobre su salud en caso que Ud. se encuentre incapaz de tomar estas decisiones por sí mismo. La persona que Ud. escoja será su Agente de Atención Médica. Este documento le otorgará a su Agente de Atención Médica la autoridad de tomar decisiones por Ud. sólo cuando su(s) médico(s) determine(n) que Ud. sea incapaz de tomar decisiones sobre el cuidado de su propia salud. Este documento no le otorga a su Agente de Atención Médica la autoridad para tomar decisiones sobre sus finanzas o negocios. Además, no le da a su Agente de Atención Médica la autoridad de tomar ciertas decisiones sobre el tratamiento de su salud mental.

Antes de completar este formulario de Poder para la Atención Médica, tome tiempo para leerla cuidadosamente. ¡También es importante que comunique sus puntos de vista, valores y este documento con su Agente de Atención Médica! Si Ud. no se comunica claramente con su Agente de Atención Médica, cabe la posibilidad que sus opiniones y sus valores no sean completamente respetados porque no serán completamente comprendidos.

Pasos que seguir para completar este documento

1. Por favor complete este documento usando solo **tinta negra**, para que se pueda leer bien en su expediente médico electrónico.
2. Detenidamente, lea y siga las instrucciones de cada parte de este documento.
3. Complete la información en la página 1.
4. Parte I – Nombrar a su Agente de Atención Médica. Asigne al menos una persona que actúe como su Agente de Atención Médica. Incluya sus datos en la página apropiada.
5. Parte II – Autorización General del Agente de Atención Médica – Indique sus preferencias.
6. Parte III – Para legalizar el documento:
 - Firme y feche el documento en la página 9 con los testigos presentes;
 - Los testigos firman el documento en la presencia de Ud.
7. Parte IV – Declaración de Deseos – Indique cualquier instrucciones o deseos especiales.

Después de Completar este Documento

Después de completar el documento, se sugiere que Ud.:

1. guarde el original en un lugar seguro al cual Ud. tenga acceso fácil;
2. saque fotocopias para repartir de la siguiente manera:
 - una copia para cada agente nombrado en el documento;
 - una copia para su expediente en la oficina de su médico;
 - una copia para proveerle a cualquier hospital al que sea ingresado o al cual vaya para recibir tratamiento de emergencia;
 - copias adicionales para compartir con otros, si así desea (seres queridos, ministro/clero/rabino, y su abogado).

Una fotocopia o copia de fax es tan válida legalmente como una original.

Poder para la Atención Médica

Aviso a la persona que prepara este documento:

Ud. tiene el derecho de tomar decisiones sobre el cuidado de su propia salud. Ningún cuidado de salud se le puede administrar si Ud. tiene alguna objeción, y el cuidado de salud no puede ser detenido o retenido si Ud. tiene alguna objeción.

En algunos casos puede ser que sus proveedores de salud no hayan tenido la oportunidad de establecer una relación larga con Ud. y, por lo tanto, no están familiarizados con sus creencias, valores y los detalles de sus relaciones familiares. Esta situación puede acarrear problemas si llegara a ser físicamente o mentalmente incapaz de tomar decisiones sobre su cuidado de salud.

Para evitar este problema, Ud. puede firmar este documento legal para especificar a quien Ud. quiera que se encargue de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud, en nombre de Ud., si no las puede tomar por sí mismo. A esta persona se le conoce como su "Agente de Atención Médica". Ud. debe tomar su tiempo para explicar sus opiniones y creencias sobre el tratamiento médico, con la persona o las personas a quien(es) Ud. decida designar como agente(s). En este documento puede Ud. enumerar cualquier tipo de cuidado de salud que Ud. desee o no desee, y Ud. puede limitar la autoridad de su Agente de Atención Médica. Si su agente no sabe cuáles son sus deseos con respecto a alguna decisión en particular acerca del cuidado de su salud, se requiere que él o ella considere lo que sería mejor para Ud. al tomar su decisión.

Este es un documento legal de suma importancia. Le dará a su agente amplios poderes para tomar decisiones sobre el cuidado de salud en nombre de Ud. Esta copia revocará cualquier Poder para la Atención Médica anterior. Si Ud. desea cambiar su Poder para la Atención Médica, podrá revocar este documento en cualquier momento: al destruirlo, al pedir a otra persona que lo destruya en su presencia, al firmar una declaración escrita y fechada, o al declarar en presencia de dos testigos que ha sido revocado. Si Ud. lo revoca, debe avisar a su agente, sus proveedores médicos, y a cualquier otra persona a quien Ud. le haya entregado una copia. Si su agente es su cónyuge y su matrimonio es anulado o Ud. se divorcia después de firmar este documento, el documento quedará inválido.

Ud. también puede usar este documento para hacer, o renunciar a hacer, regalos anatómicos a la hora de su fallecimiento. Si emplea este documento para hacer o renunciar a hacer un regalo anatómico, este documento revocará cualquier documento previo que Ud. haya preparado. Ud. puede revocar o cambiar cualquier regalo anatómico al tachar la provisión de regalos en este documento.

No firme este documento si no lo entiende claramente.

Se recomienda que Ud. guarde la copia original de este documento con su médico.

Guarde esta página con su Poder para la Atención Médica una vez que lo complete.

Parte I – Nombrar a una persona que pueda tomar las decisiones sobre mi atención médica cuando yo no las pueda tomar

(Part I – Appointing a person to make my health care decisions when I cannot make my own health care decisions)

Si ya no me es posible tomar mis propias decisiones de salud por mí mismo, este documento nombra a la persona que yo elijo para tomar estas decisiones por mí. Esta persona será mi Agente de Atención Médica. Esta persona tomará las decisiones del cuidado de mi salud cuando se determine que yo sea incapaz de tomar decisiones de salud según se ha provisto bajo la ley del Estado de Wisconsin. Yo entiendo que es importante que mi Agente de Atención Médica y yo conversemos continuamente sobre mi salud y mis preferencias acerca del cuidado de mi salud.

(If I am no longer able to make my own health care decisions, this document names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent. This person will make my health care decisions when I am determined to be incapable to make health care decisions as provided under Wisconsin law. I understand that it is important for my Health Care Agent and me to have ongoing discussions about my health and health care choices.)

Instrucciones para completar la Parte I *(Instructions for Completing Part I):*

Cuando elija a alguien como su Agente de Atención Médica, elija a alguien que lo conozca bien, en quien usted confíe, que esté dispuesto a respetar sus opiniones y sus valores, y que sea capaz de tomar decisiones difíciles en circunstancias tensas. Los familiares suelen ser buenas opciones, pero no siempre es el caso. Elija a alguien que vaya a seguir de cerca lo que Ud. desearía, alguien que sea buen representante para Ud. Tome tiempo para conversar sobre este documento y aclarar sus opiniones con la persona que Ud. elija como su Agente de Atención Médica.

(When selecting someone to be your health care agent, choose someone who knows you well, whom you trust, who is willing to respect your views and values, and who is able to make difficult decisions in stressful circumstances. Choose someone who will closely follow what you want and will be a good advocate for you. Take time to discuss this document and your views with the person you choose to be your Health Care Agent.)

Su Agente de Atención Médica necesita tener al menos 18 años de edad, y no ser uno de sus proveedores de salud ni un empleado (ni el cónyuge de un empleado) de su proveedor de salud, a no ser que sea un pariente cercano de usted. Se ha proveído espacio suficiente para designar un segundo y un tercer agente alternativo de atención médica.

(Your Health Care Agent should be at least 18 years old and must not be one of your health care providers or an employee [or the spouse of an employee] of your health care provider or facility unless they are a close relative. Space has been provided for a second and third alternate health care agent.)

La persona que yo elijo como mi Agente de Atención Médica es:

(The person I choose as my Health Care Agent is:)

Nombre (Name): _____

Teléfono preferido (Preferred phone): _____ Teléfono alternativo (Alternate phone): _____

Domicilio (Address): _____

Ciudad (City): _____ Estado (State): _____ Código Postal (Zip): _____

Si este agente de atención médica no está disponible o no está de acuerdo con tomar estas decisiones por mí, **entonces mi siguiente elección para Agente de Atención Médica es:**

(If this health care agent is unable or unwilling to make these choices for me, then my next choice for a health care agent is:)

Segunda elección (Second Choice):

Nombre (Name): _____

Teléfono preferido (Preferred phone): _____ Teléfono alternativo (Alternate phone): _____

Domicilio (Address): _____

Ciudad (City): _____ Estado (State): _____ Código Postal (Zip): _____

Si este agente de atención médica no está disponible o no está de acuerdo con tomar estas decisiones por mí, **entonces mi siguiente elección para Agente de Atención Médica es:**

(If this health care agent is unable or unwilling to make these choices for me, then my next choice for a health care agent is:)

Tercera elección (Third Choice):

Nombre (Name): _____

Teléfono preferido (Preferred phone): _____ Teléfono alternativo (Alternate phone): _____

Domicilio (Address): _____

Ciudad (City): _____ Estado (State): _____ Código Postal (Zip): _____

Parte II – Autoridad General para el Agente de Atención Médica

(Part II – General Authority of the Health Care Agent)

Yo le autorizo a mi Agente de Atención Médica a hacer lo siguiente, a menos que yo haya especificado lo contrario en este documento:

- Tomar las decisiones por mí sobre el cuidado o servicios de mi salud, por ej., estudios, medicina y cirugía, de acuerdo con mis instrucciones o deseos expresados y/o mi filosofía personal sobre las decisiones del cuidado de salud si a mí me fuera capaz de tomarlas;
- Interpretar cualquier instrucción que yo haya expresado en este formulario o expresado en otras discusiones de acuerdo al entendimiento que tiene mi Agente de Atención Médica de mis deseos y valores;
- Hacer elecciones por mí, basadas en lo que mi Agente de Atención Médica crea ser en mi mejor interés si yo no he expresado una elección sobre el cuidado en duda y no se pueda comunicar conmigo;
- Revisar y revelar información de mis expedientes médicos y archivos personales según sea necesario para mi cuidado médico;
- Mudarme a otro estado si fuera necesario; y
- Decidir cuáles de los profesionales de atención médica y organizaciones de salud me proveerán tratamiento médico.

Si ninguno de los Agentes de Atención Médica asignados por mí en este documento está disponible después de haber hecho varios intentos para contactarlos, entonces yo pido a las siguientes personas:

- mis proveedores de la atención médica,
- cualquier tutor nombrado más tarde, y/o
- los allegados/cercanos a mí

que si participan en tomar decisiones sobre la atención médica que yo reciba, en mi nombre, cuando yo esté incapacitado, pido que ellos sigan y cumplan con los principios e instrucciones expresados en este Poder Duradero para la Atención Médica o en cualquier otro Directriz Anticipado (Testamento Vital) que yo haya firmado, hasta el grado que la ley permita.

Limitaciones sobre el Tratamiento de la Salud Mental *(Limitations on Mental Health Treatment)*

Mi Agente de Atención Médica no puede someterme ni ingresarme como paciente interno a ninguna institución para las enfermedades mentales, centro de cuidados intermedios para personas retrasados en su desarrollo mental, centro de tratamiento estatal ni centro de tratamiento. Mi Agente de Atención Médica no podrá consentir a ninguna investigación de salud mental experimental ni a la psico-cirugía, ni al tratamiento electroconvulsivo, ni a procedimientos drásticos para el tratamiento de mi salud mental.

Instrucciones para completar la Parte II: (Instructions for Completing Part II:)

Marque las casillas apropiadas en cada una de las siguientes seis secciones con sus iniciales:
(Initial applicable boxes in the following six sections:)

Debido a los límites de la ley del Estado de Wisconsin, si Ud. no pone sus iniciales en ninguna casilla y no elige claramente, su Agente de Atención Médica podría no tener la autoridad para tomar las decisiones sobre los tratamientos mencionados en las secciones 1 a 6, y podría ser necesario ir a un juzgado para obtener una decisión sobre su tratamiento.

(Due to limits in Wisconsin law, if you do not initial any box in a section and do not make a clear choice, your health Care Agent may not have the authority to make the decision about the treatment discussed in sections 1 through 6, and it may be necessary to go to court to obtain a decision about your treatment.)

1. Ingreso a un asilo de ancianos o centro residencial comunitario: (Admission to Nursing Homes or Community-Based Residential Facilities:)

Aviso: Mi Agente de Atención Médica me puede ingresar a corto plazo a un asilo de ancianos o centro residencial comunitario para que yo reciba cuidado recuperativo o tiempo de respiro.

(Note: My Health Care Agent may admit me to a nursing home or community-based residential facility for short-term stays for recuperative or respite care.)

Autoridad del agente para ingresarme a un asilo de ancianos o centro residencial comunitario con el propósito de recibir atención médica a largo plazo.

(Agent authority to admit me to a nursing home or community-based residential facility for the purpose of long-term care.)

(Marque una casilla con sus iniciales.) Deseos adicionales se pueden apuntar en la sección 7.

Sí, mi Agente de Atención Médica tiene autoridad, si es necesario, para ingresarme a un asilo de ancianos o a un centro residencial comunitario a largo plazo, sujeto a cualquier límite que yo haya expuesto en este documento.

(Yes, my Health Care Agent has authority, if necessary, to admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay subject to any limits I have set forth in this document.)

No, mi Agente de Atención Médica no tiene autoridad de ingresarme a un asilo de ancianos o a un centro residencial comunitario a largo plazo. Si marco "no," yo no puedo ser ingresado a un asilo de ancianos o a un centro residencial comunitario a largo plazo sin la participación de un juzgado.

(No, my Health Care Agent does not have authority to admit me to a nursing home or a community-based residential facility for a long-term stay. If I check "no," I cannot be admitted to a nursing home or community-based residential facility for purposes of a long-term stay without court involvement.)

2. No usar o quitar el tubo de alimentación: (Withholding or Withdrawal of feeding tube:)

(Marque con sus iniciales una casilla): Deseos adicionales se pueden apuntar en la sección 7.

Sí, mi Agente de Atención Médica tiene la autoridad de decidir que no me pongan, o que me quiten, el tubo de alimentación, a no ser que el médico que me atienda aconseje que, a su juicio profesional, el hecho de no usarlo o de retirarlo me cause dolor o una reducción de comodidad.

(Yes, my Health Care Agent has authority to have a feeding tube withheld or withdrawn from me, unless my attending physician advises that, in his or her professional judgment, the withholding or withdrawing will cause me pain or reduced comfort.)

No, mi Agente de Atención Médica no tiene autoridad de decidir que no me pongan, o que me quiten, el tubo de alimentación. Yo estoy consciente de que si marco "no," puede ser que se requiera que un juzgado participe en las decisiones sobre la negación o el retiro de un tubo de alimentación.

(No, my Health Care Agent does not have authority to have a feeding tube withheld or withdrawn from me. I am aware that if I check no, court involvement may be required for decisions to withhold or withdraw a feeding tube.)

Bajo la ley de Wisconsin, mi Agente de Atención Médica no puede consentir a la negación o el retiro de nutrición o hidratación ingerida *oralmente* (por boca) a no ser que la provisión de tal nutrición o hidratación sea médicamente contraindicada.

(Under Wisconsin law, my Health Care Agent may not consent to the withholding or withdrawal of orally ingested nutrition or hydration unless the provision of such nutrition or hydration is medically contraindicated.)

3. Decisiones durante el embarazo:

(Decisions During Pregnancy)

(Marque con sus iniciales una casilla): Deseos adicionales se pueden apuntar en la sección 7.

Sí, mi Agente de Atención Médica tiene la autoridad de tomar decisiones por mí si estoy embarazada, sujeto a cualquier límite que yo haya expuesto más adelante en este documento.

(Yes, my Health Care Agent has authority to make decisions for me if I am pregnant subject to any limits I have later set forth in this document.)

No, mi Agente de Atención Médica no tiene la autoridad de tomar decisiones por mí si estoy embarazada. Estoy consciente que si marco "no," puede ser que se requiera que un juzgado participe en las decisiones durante mi embarazo.

(No, my Health Care Agent does not have authority to make decisions for me if I am pregnant. I am aware that if I check no, court involvement may be required for health care decision making during my pregnancy.)

No corresponde. *(Not Applicable.)*

4. Preferencias acerca de los tratamientos que sirven para intentar prolongar la vida:

(Preferences Regarding Attempts at Life Prolonging Treatments)

(Marque con sus iniciales una casilla): Deseos adicionales se pueden apuntar en la sección 7.

He considerado los beneficios e inconveniencias de continuar recibiendo tratamiento en caso de sufrimiento prolongado, enfermedad terminal, diagnóstico irreversible, o en caso que sea razonablemente seguro que ya no me vaya a recuperar de mi condición:

Yo quiero que **se detengan o se suspendan todos los tratamientos** que se podrían usar para prolongar mi vida. Estos incluyen, pero no se limitan al respirador/ventilador (máquina respiratoria), la administración de productos de sangre y antibióticos, e intervenciones que yo haya recibido para condiciones médicas crónicas, u otros medicamentos, a no ser que la falta o la suspensión de estos tratamientos me produzca dolor o incomodidad.

*(I want **to stop or withhold all treatments** that might be used to prolong my dying. This includes, but is not limited to, respirator/ventilator (breathing machine), administration of blood products and antibiotics, medications and interventions that I have received for chronic medical conditions, or other medications unless the withholding or withdrawal of these treatments would cause me pain or discomfort.)*

Yo sí quiero recibir todos los tratamientos apropiados que mi médico recomiende, hasta el momento en que mi médico y mi agente estén de acuerdo en que tales tratamientos sean dañinos o hayan dejado de ser beneficiosos.

*(I **do want** all appropriate treatments recommended by my doctor, until my doctor and agent agree that such treatments are harmful or no longer beneficial.)*

Con ambas selecciones, entiendo que continuaré recibiendo medicamentos para controlar mi dolor y sentirme cómodo, además de recibir comida y líquidos por boca si tuviera la habilidad de tragarlos sin peligro.

(With either choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and fluids by mouth if I am able to swallow safely.)

5. Resuscitación cardiopulmonar (RCP):

(Cardiopulmonary Resuscitation [CPR]:)

La RCP es un tratamiento practicado en un intento de reanimar el ritmo cardíaco y la respiración cuando estos se han detenido. Puede incluir compresiones del pecho (empujones fuertes al pecho a fin de hacer contraer el corazón), medicamentos, choques eléctricos, y un tubo respiratorio. Entiendo que la RCP podría salvarme la vida. También entiendo que la RCP no sirve tanto a los que padecen de enfermedades crónicas (a largo plazo) y/o de funcionamiento deteriorado. Entiendo que si no quiero que se intente realizar la RCP y prefiero tener una muerte natural, hay que informar a mi médico de esta preferencia. Por lo tanto:

(CPR is a treatment used to attempt to restore heart rhythm and breathing when they have stopped. It may include chest compressions [forceful pushing on the chest to make the heart contract], medicines, electrical shocks, and a breathing tube. I understand that CPR can save my life. I also understand that it does not work as well for people who have chronic (long-term) diseases and/or impaired functioning. I understand that if I do not want CPR attempted and prefer to allow a natural death, my physician should be made aware of this choice. Therefore:)

(Marque con sus iniciales una casilla): Deseos adicionales se pueden apuntar en la sección 7.

Yo quiero que se intente realizar la Resuscitación Cardiopulmonar (RCP) **a menos que** mi médico determine una de las siguientes condiciones:

- Que yo tenga una enfermedad o lesión incurable y estoy muriendo; O
- Que yo no tenga posibilidad razonable de sobrevivir si mi corazón se detiene; O
- Que yo tenga muy poca posibilidad de sobrevivir a largo plazo si mi corazón se detiene y el proceso de resuscitación me causaría sufrimiento significativo.

*(I want Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) attempted **unless** my physician determines one of the following:*

- I have an incurable illness or injury and am dying; OR*
- I have no reasonable chance of survival if my heart stops; OR*
- I have little chance of long term survival if my heart stops and the process of resuscitation would cause significant suffering.)*

No quiero que se intente realizar la RCP si mi corazón se detiene, sino que preferiría tener una muerte natural. *(I do not want CPR attempted if my heart stops, but rather want to allow natural death to occur.)*

Con ambas selecciones, si tengo una enfermedad terminal y quiero asegurar de que el personal de urgencias no realice la RCP, tendré que obtener de mi médico una *Pulsera DNR (De No Resucitar)*.

(With either choice, if I have a terminal illness and want to ensure that emergency personnel not perform CPR, I will need to obtain a DNR Bracelet from my physician.)

6. Dispositivos Cardíacos Implantables (si corresponde)

(Implantable Cardiac Devices, if applicable)

Los dispositivos cardíacos implantables, tales como marcapasos o desfibriladores, son eficaces para evitar anomalías eléctricas del corazón que ponen en peligro la vida, así como para el tratamiento de ritmos cardíacos anormales y potencialmente mortales. Los dispositivos siempre pueden ser apagados o incluso retirados. Es importante que hable con su médico de cabecera, cardiólogo y/o electrofisiólogo sobre su decisión de seguir usando el dispositivo cardíaco en relación con su salud general. Con el paso del tiempo, usted como paciente podrá determinar mejor los beneficios e inconvenientes de los mismos.

(Implantable cardiac devices, like pacemakers or defibrillators, are effective in bypassing life-threatening electrical abnormalities of the heart and treating potentially fatal abnormal heart rhythms. Devices can always be turned off, or even removed. It is important to talk with your primary physician, cardiologist and/or electrophysiologist about your decision to continue the use of a cardiac device in relationship to your overall health. As you continue to live with these devices, the benefits and burdens of the devices are best determined by you as patient.)

(Marque con sus iniciales la(s) casilla(s) que le **corresponda(n)**. Puede añadir más instrucciones en la sección 7.)

Yo quiero que se apague o se desactive mi desfibrilador cardioversor implantable (ICD por sus siglas en inglés) si:

- Indiqué que yo no quiero ser resucitado; o
- Tengo una enfermedad o herida incurable y estoy muriendo; o
- Me aceptan para recibir atención paliativa (en mi casa o en una instalación médica).

(I want my Implantable cardioverter-defibrillator (ICD) turned off or deactivated if:

- *I am a Do-Not-Resuscitate; or*
- *I have an incurable illness or injury and am dying; or*
- *I am admitted to Hospice [e.g., inpatient or home].)*

Yo quiero que se apague o se desactive mi marcapasos si:

- Indiqué que yo no quiero ser resucitado; o
- Tengo una enfermedad o herida incurable y estoy muriendo; o
- Me aceptan para recibir atención paliativa (en mi casa o en una instalación médica).

a menos que mi médico considere que la desactivación causaría más sufrimiento.

(I want my Pacemaker turned off or deactivated if:

- *I am a Do-Not-Resuscitate; or*
- *I have an incurable illness or injury and am dying; or*
- *I am admitted to Hospice [e.g., inpatient or home])*

unless my physician believes deactivation would cause further burden or suffering.

No corresponde. *(Not Applicable.)*

7. Mis deseos adicionales a las elecciones de las secciones 1 a 6 están escritas abajo. Los comentarios de abajo se deberán usar para interpretar y clarificar mis elecciones en las secciones 1 a 6.

(My additional guidance to the choices in Sections 1 through 6 is written below. The comments below should be used to interpret and clarify my choices in sections 1 through 6.)

Parte III – El hacer que el documento sea legal bajo las Leyes de Wisconsin -
(Part III – Making the Document Legal under Wisconsin Law)

Instrucciones para completar esta parte:
(Instructions for Completing this Part:)

Este documento se tiene que firmar y fechar en la presencia de dos testigos que cumplan con los requisitos explicados abajo.
(This document must be signed and dated in the presence of two witnesses who meet the qualifications explained below.)

Yo estoy en pleno uso de mis facultades mentales, estoy de acuerdo con todo lo que se ha escrito en este documento, y he completado este documento voluntariamente. Si yo requiero tratamiento en un estado que no reconozca este Poder para la Atención Médica, quiero que mi Agente de Atención Médica sea reconocido como mi sustituto elegido para tomar mis decisiones, y que las instrucciones dentro de este documento sean seguidas según mi derecho legal a dirigir mi propio cuidado de salud.
(I am of sound mind, I agree with everything that is written in this document, and I have made this document voluntarily. If I require treatment in a state that does not recognize this Power of Attorney for Health Care, I want my Health Care Agent to be recognized as my chosen surrogate decision-maker and the instructions within this document to be followed based on my legal right to direct my own health care.)

El Principal y ambos testigos tienen que firmar el documento al mismo tiempo.
(The Principal and both witnesses must all sign the document at the same time.)

Mi firma (My signature)

Fecha (Date)

Nombre en letra de molde (Print Name)

Si no puedo firmar mi nombre, puedo pedirle a un adulto que firme este documento por mí, y en mi presencia. *(If I cannot sign my name, I can ask an adult to sign this document for me, and in my presence.)*

Firma del adulto a quien yo pedí que firmara este documento por mí, y en mi presencia.
(Signature of the adult whom I asked to sign this document for me, and in my presence.)

Nombre, en letra de molde, del adulto a quien yo pedí que firmara este documento por mí, y en mi presencia.
(Print the name of the adult whom I asked to sign this document for me, and in my presence.)

Declaración de Testigos
(Statement of Witnesses)

El Principal estuvo personalmente en mi presencia con fines de completar este documento, y yo sé que es tal persona, o me presentó como tal persona. Yo creo que él o ella está en pleno uso de sus facultades mentales y tiene por lo menos 18 años de edad. Yo le atestigüé personalmente a él o ella cuando firmó este documento, y creo que él o ella lo hizo voluntariamente.

(The principal personally came before me to execute this document and is known to me to be such person or presented to me that s/he is such person. I believe him or her to be of sound mind and at least 18 years of age. I personally witnessed him or her sign this document, and I believe that he or she did so voluntarily.)

Al firmar este documento como testigo, certifico que yo:

(By signing this document as a witness, I certify that I am:)

- Tengo por lo menos 18 años de edad.
(at least 18 years of age.)
- No soy agente de atención médica nombrado por la persona que firma este documento.
(not a health care agent appointed by the person signing this document.)
- No tengo parentesco con la persona que crea este documento, sea por relación consanguínea, por matrimonio o por adopción.
(not related to the person making this document by blood, marriage or adoption.)
- No me recaen directamente a mí las responsabilidades económicas de la atención médica recibida por esta persona.
(not directly financially responsible for that person's health care.)
- Actualmente no soy proveedor de atención médica que atienda directamente a la persona.
(not a health care provider directly serving the person at this time.)
- No soy empleado (aparte de trabajador social o capellán) de ninguno de los proveedores de atención médica que están atendiendo directamente a la persona actualmente.
(not an employee [other than a social worker or chaplain] of a health care provider directly serving the person at this time.)
- No estoy enterado de que yo tal vez tenga derecho a, o reclamo en contra de, los bienes de la persona.
(not aware that I am entitled to or have a claim against the person's estate.)

Testigo Número 1:
(Witness Number 1:)

Firma (Signature)

Fecha (Date)

Nombre en letra del molde (Print Name)

Domicilio (Address)

Testigo Número 2:
(Witness Number 2:)

Firma (Signature)

Fecha (Date)

Nombre en letra de molde (Print Name)

Domicilio (Address)

Declaración del agente y agente alterno (La firma de los agentes se recomienda pero no se requiere.)
Statement of Agent and Alternate Agent (Signature of agents are recommended, but not required.)

Yo entiendo que _____ (nombre del principal) me ha designado a ser su Agente de Atención Médica o Agente Alterno de Atención Médica si en algún momento él o ella se encuentra incapacitado(a) e incapaz de tomar sus propias decisiones acerca de su atención médica.

_____ (nombre del principal) me ha comunicado sus deseos con respecto a sus decisiones sobre su atención médica.

I understand that _____ (name of principal) has designated me to be his or her Health Care Agent or alternate Health Care Agent if he or she is ever found to be incapacitated and incapable of making his or her own healthcare decisions. _____ (name of principal) has discussed his or her desires regarding health care decisions with me.

Firma del Agente _____
(Signature of Agent)

Escriba en letra de molde el nombre del Agente _____
(Print Name of Agent)

Firma del Primer Agente Alterno _____
(Signature of First Alternative Agent)

Escriba en letra de molde el nombre del Primer Agente Alterno _____
(Print Name of First Alternative Agent)

Firma del Segundo Agente Alterno _____
(Signature of Second Alternative Agent)

Escriba en letra de molde el nombre del Segundo Agente Alterno _____
(Print Name of Second Alternative Agent)

Donación de mis órganos o tejidos para la trasplatación: *(Marque una casilla con sus iniciales.)*
(Donation of My Organs or Tissue for Transplantation: *[Initial one box.]*)

Yo autorizo la donación de mis órganos y tejidos para la trasplatación.
(I authorize donation of my organs and tissue for transplantation.)

Yo solamente autorizo la donación de los siguientes órganos y tejidos (nombre Ud. los tejidos y órganos específicos) para la trasplatación:
(I authorize donation of the following organs and tissue (name the specific organs or tissue) for transplantation:)

Yo no autorizo la donación de ningún órgano ni tejido para la trasplatación.
(I do not authorize donation of any organ or tissue for transplantation.)

Si le interesa la donación de órganos o tejidos, por favor regístrese al: <http://yesiwillwisconsin.com>
(If you are interested in organ or tissue donation please register at: <http://yesiwillwisconsin.com>)

Donación de mis órganos o tejidos para la investigación médica: *(Marque una casilla con sus iniciales.)* **(Donation of My Organs or Tissue for Medical Research:** *[Initial one box.]*)

Si Ud. quisiera donar su cuerpo para las investigaciones médicas después de su fallecimiento, necesita hacer arreglos de antemano. Por favor comuníquese con el Medical College of Wisconsin (Colegio Médico de Wisconsin) al <http://www.mcw.edu/AnatomicalGiftRegistry.htm> o la Universidad de Wisconsin-Madison al: <http://www.bdp.wisc.edu>

(If you wish to donate your body for medical research after death, arrangements must be made in advance. Please contact the Medical College of Wisconsin at: <http://www.mcw.edu/AnatomicalGiftRegistry.htm> or University of Wisconsin-Madison at: <http://www.bdp.wisc.edu>)

De acuerdo con mi selección anterior, yo autorizo la donación de mis órganos y tejidos para la trasplatación y el resto de mi cuerpo, órganos y tejidos para la investigación médica.
(In accordance with my selection above, I authorize donation of my organs and tissue for transplantation and the remainder of my body, organs and tissue for medical research.)

Yo autorizo la donación de mi cuerpo entero, órganos y tejidos para la investigación médica.
(I authorize donation of my entire body, organs and tissue for medical research.)

Yo no autorizo la donación de ninguna parte de mi cuerpo, órganos o tejidos para la investigación médica.
(I do not authorize donation of any part of my body, organs or tissue for medical research.)

Autopsia: *(Marque con iniciales todas las casillas que apliquen.)*
(Autopsy: *[Initial any boxes that apply.]*)

Yo no tengo ninguna objeción a una autopsia si les ayuda a mis parientes por consanguinidad a entender la causa de mi fallecimiento o si les ayuda en las decisiones futuras de su propia atención médica.
(I do not object to an autopsy if it can help my blood relatives understand the cause of my death or assist them with their future health care decisions.)

Yo no tengo objeción a una autopsia si puede ayudar con los avances médicos o la educación médica.
(I do not object to an autopsy if it can help the advancement of medicine or medical education.)

Yo no quiero que se me realice una autopsia.
(I do not want an autopsy performed on me.)

Próximos pasos (Next Steps):

Ahora que Ud. ha completado este Poder de Abogado Duradero para la Atención Médica, favor de hacer lo siguiente: *(Now that you have completed this Durable Power of Attorney for Healthcare, please also consider the following:)*

- Entregarle una copia de este documento a su agente de atención médica;
(Give your health care agent a copy of this document;)
- Entregarle una copia de este documento a su médico, y estar seguro que comprenda claramente sus deseos;
(Give a copy of this document to your doctor and make sure your wishes are understood;)
- Si Ud. llegue a ser paciente de un hospital o de un centro para las personas de la tercera edad, traiga una copia de este documento y muéstréselo cuando se lo pida; y
(If you go to a hospital or nursing home, bring a copy of this document and present it when requested; and)
- Informar a sus familiares y amistades cercanas de este documento.
(Let family and close friends know about this document.)

Parte IV – Declaración de deseos, si es probable que mi condición resulte en mi fallecimiento

(Part IV – Statement of Desires If My Condition is Likely to Result in Death)

Religión (Religion):

Si yo estoy acercándome a mi fallecimiento,
(If I am Nearing My Death)

Yo quiero que se le avise a mi pastor / líder espiritual de mi condición médica.
(I want my pastor / spiritual leader notified of my medical condition.)

Yo quiero que un representante de mi culto religioso esté presente conmigo mientras yo me prepare para mi fallecimiento.
(I want a representative of my place of worship with me as I prepare for my death.)

Mi religión es _____, y soy miembro de la congregación o grupo religioso siguiente: _____.

(I am of the _____ faith, and am a member of the _____ congregation or worship group.)

Número telefónico de mi iglesia/parroquia o grupo religioso (si lo conoce): _____.
(Phone number of congregation or worship group (if known): _____.)

Los siguientes son asuntos que Ud. quizás quisiera contemplar. Si Ud. no se siente cómodo con que esta información quede en su expediente médico, Ud. la puede registrar en otro lugar.

(The following are matters that you may wish to address. If you are not comfortable with this information being in your medical record, you can record it elsewhere.)

Si me estoy acercando a mi fallecimiento, quiero que se hagan las siguientes cosas: (Enumere aquí las cosas que darían más sentido a su fallecimiento.)

(If I Am Nearing My Death, I Want the Following: [List things that would make dying more meaningful for you.]

Si me estoy acercando a mi fallecimiento y no puedo hablar, quiero que mis amigos y familia sepan lo siguiente:

(If I am Nearing My Death and Cannot Speak, I Want My Friends and Family to know:)

A la hora de mi fallecimiento:

(Upon My Death:)

A la hora de mi fallecimiento, mis instrucciones son las que siguen. Si mi Agente de Atención Médica no tiene la autoridad de tomar estas decisiones, yo pido que mi pariente más cercano y mi médico sigan estos deseos, si es posible.

(Upon my death, the following are my instructions. If my Health Care Agent does not have the authority to make these decisions, I ask that my next of kin and physician follow these requests if possible.)

Las páginas 14-17 (comenzando con la Parte IV) tienen el fin de proveerle a mi Agente de Atención Médica información sobre mis deseos, además de los ya expresados en mi Poder para la Atención Médica. Estas páginas no llevan la intención de tomar el lugar de mi Poder para la Atención Médica. Si algunas de las guías que yo he escrito en las páginas 14-17 contradicen directamente mi Poder para la Atención Médica, yo quiero que los deseos expresados en mi Poder para la Atención Médica determinen las decisiones que se tomen.

Pages 14 (beginning with Part IV) through 17 are intended to provide my Health Care Agent with information about my wishes and desires in addition to those expressed in my Power of Attorney for Health Care. These pages are not intended to replace my Power of Attorney for Health Care. If any of the guidance I have written on pages 14 to 17 conflicts directly with my Power of Attorney for Health Care, I want my wishes and desires expressed in my Power of Attorney for Health Care to control the decision to be made.

Firma (Signature)

Fecha (Date)

Nombre en letra de molde (Print Name)