



## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y ASUNTOS DE SALUD EN EL ESTADO DE GEORGIA

Por: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
**Print Name** **Month/Day/Year**  
Escriba su nombre en letra de imprenta Mes/Día/Año

Este documento de instrucciones anticipadas para la atención médica y asuntos de salud, está compuesto por cuatro secciones:

- PRIMERA SECCIÓN** **REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE SALUD.** Esta sección, le permite elegir a la persona que tomará decisiones médicas en su nombre; en caso de que usted no pueda o no desee hacerlo. La persona que usted elija se le llama representante para asuntos de salud. Asimismo, usted puede hacer que su representante sea quien tome decisiones médicas después de su fallecimiento, respecto a autopsias, donación de órganos, donación del cuerpo, y sobre la disposición de su propio cuerpo. Usted debería conversar con su representante para asuntos de salud acerca del rol importante que éste desempeñará.
- SEGUNDA SECCIÓN** **PREFERENCIAS EN CUANTO A TRATAMIENTOS.** Esta sección le permite establecer sus preferencias en caso de padecer de una enfermedad terminal o en caso de quedar en estado inconsciente en forma permanente. La SEGUNDA SECCIÓN entrará en vigencia solamente en el caso que usted sea incapaz de comunicar por usted mismo sus preferencias en cuanto a tratamientos. Antes de que la SEGUNDA SECCIÓN entre en vigencia, haremos todo lo posible, dentro de lo razonable y apropiado, para poder comunicarnos con usted y conocer cuáles son sus preferencias en cuanto a tratamientos. Usted debería hablar con sus familiares y otras personas cercanas a usted para hacerles saber cuáles son sus preferencias en cuanto a tratamientos.
- TERCERA SECCIÓN** **TUTELA LEGAL.** Esta sección le permite designar a la persona que será su tutor legal, en el caso que alguna vez sea necesario.
- CUARTA SECCIÓN** **VIGENCIA Y FIRMAS.** Esta sección requiere de su firma y de las firmas de dos testigos. **Usted debe completar la CUARTA SECCIÓN si es que ha llenado cualquier otra sección del presente formulario.**

Usted puede completar todas o sólo alguna de las secciones enumeradas anteriormente. Para que el presente formulario tenga validez, usted debe llenar la CUARTA SECCIÓN del mismo.

Debe entregarles una copia del formulario lleno y firmado a las personas que podrían necesitarlo, como por ejemplo a su representante para asuntos de salud, a su familia y a su médico. Guarde una copia del formulario lleno y firmado en la casa, en un lugar donde pueda ser encontrado fácilmente cuando se necesite. Una vez lleno y firmado, revise periódicamente el presente formulario para asegurarse que todavía siga reflejando sus preferencias. Si con el paso del tiempo usted cambia de parecer, puede llenar un nuevo formulario de instrucciones anticipadas para asuntos de salud.

El uso de este formulario de instrucciones anticipadas para asuntos de salud es totalmente opcional. En el estado de Georgia se pueden utilizar otros formularios de instrucciones anticipadas para asuntos de salud.

Usted puede revocar el presente formulario en cualquier momento, aunque el mismo ya esté lleno y firmado. Este formulario, cuando esté lleno y firmado, remplazará cualquiera de los documentos, enumerados seguidamente, que usted haya completado antes de llenar el presente formulario: instrucciones anticipadas para asuntos de salud, poder notarial duradero para asuntos médicos, carta-poder para asuntos médicos, o testamento de vida.

**PART ONE: HEALTH CARE AGENT**  
**PRIMERA SECCIÓN: REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE SALUD**

[La PRIMERA SECCIÓN tendrá vigencia aunque la SEGUNDA SECCIÓN no esté completa. Un médico o un proveedor de servicios de atención médica no puede desempeñarse como su representante para asuntos de salud. Si está casado, un futuro divorcio o anulación del matrimonio revocará la designación de su cónyuge como su representante para asuntos de salud. Si usted no está casado, un futuro matrimonio revocará la designación de su representante para asuntos de salud, a menos que la persona que usted haya seleccionado como su representante sea su nuevo cónyuge.]

**(1) HEALTH CARE AGENT/REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE SALUD**

Yo designo o selecciono a la siguiente persona como mi representante para asuntos de salud, para que tome las decisiones médicas que me conciernen en mi lugar:

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Domicilio: \_\_\_\_\_

Telephone Numbers/Números de teléfono: \_\_\_\_\_

**Home, Work, and Mobile/Casa, trabajo y celular**

**(2) BACK-UP HEALTH CARE AGENT/REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE SALUD SECUNDARIO**

[Esta sección es opcional, la PRIMERA SECCIÓN entrará en efecto aunque se deje en blanco esta sección.]

Si mi representante para asuntos de salud no puede ser localizado dentro de un período aceptable ni se lo puede ubicar mediante esfuerzos apropiados, o por cualquier razón mi representante para asuntos de salud no está disponible o no puede o no desea actuar como mi representante para asuntos de salud, entonces designo a las siguientes personas como mis representantes para asuntos de salud secundarios, cada una de ellas actuaría en orden sucesivo tal como se las nombra a continuación:

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Domicilio: \_\_\_\_\_

Telephone Numbers/Números de teléfono: \_\_\_\_\_

**Home, Work, and Mobile/Casa, trabajo y celular**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Domicilio: \_\_\_\_\_

Telephone Numbers/Números de teléfono: \_\_\_\_\_

**Home, Work, and Mobile/Casa, trabajo y celular**

**(3) GENERAL POWERS OF HEALTH CARE AGENT/PODERES GENERALES DEL REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE SALUD**

Mi representante para asuntos de salud tomará las decisiones médicas que me conciernen en mi nombre, cuando yo sea incapaz de comunicar mis propias decisiones en cuanto a salud, o cuando yo elija que mi representante para asuntos de salud sea quien comunique mis decisiones sobre asuntos médicos.

Mi representante para asuntos de salud tendrá la misma autoridad en la toma de decisiones referentes a mi salud que yo mismo tendría. La autoridad de mi representante para asuntos de salud incluye, por ejemplo, el poder de:

- Internarme o darme el alta de cualquier hospital, establecimiento de atención médica especializada, residencia para enfermos terminales, o cualquier otro establecimiento o servicio médico;
- Solicitar, autorizar, impedir, o cancelar cualquier tipo de atención médica; o
- Contratar cualquier establecimiento o servicio médico para mí, y hacerme financieramente responsable por dichos servicios (y mi representante para asuntos de salud no tendrá ninguna responsabilidad financiera por ninguno de los servicios o tipo de atención contratado para mí o en mi nombre).

Mi representante para asuntos de salud será mi representante personal para cualquier propósito relacionado con las leyes federales o estatales referentes a la confidencialidad o privacidad de expedientes o historiales médicos (incluyendo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros Médicos de 1996), y tendrá el mismo acceso a mi historial médico que yo tengo, y podrá develar los contenidos de mi historial médico a terceros para mantener mi atención médica.

Mi representante para asuntos de salud podrá acompañarme en una ambulancia convencional o en una ambulancia aérea, si el personal de la ambulancia es de la opinión que su protocolo permite tener un pasajero, y mi representante para asuntos de salud podrá visitarme o consultarme en persona mientras yo esté en un hospital, establecimiento de atención médica especializada, residencia para enfermos terminales, o cualquier otro establecimiento o servicio médico; si es que los protocolos de los establecimientos y servicios mencionados así lo permiten.

Mi representante para asuntos de salud podrá presentar una copia del presente documento de instrucciones anticipadas para asuntos de salud en lugar del original, y la copia tendrá la misma validez y efecto que el original.

Yo entiendo que bajo las leyes del Estado de Georgia:

- Mi representante para asuntos de salud podrá rehusarse a actuar como tal;
- Un tribunal (la corte) puede quitarle los poderes a mi representante para asuntos de salud si encuentra que el mismo no está actuando en forma adecuada; y
- Mi representante para asuntos de salud no tiene el poder de tomar decisiones médicas en mi nombre en relación a psicocirugías, esterilización, ni a tratamientos o internaciones en contra de mi voluntad por enfermedades mentales o emocionales, retardo mental, o enfermedades adictivas.

#### **(4) GUIDANCE FOR HEALTH CARE AGENT/INDICACIONES PARA EL REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE SALUD**

Al tomar una decisión en mi nombre, mi representante para asuntos de salud debe pensar en cuáles acciones concordarían o serían coherentes con las conversaciones que hayamos sostenido en el pasado, con mis preferencias en cuanto a tratamientos según han sido expresadas en la SEGUNDA SECCIÓN (si es que he llenado y firmado la SEGUNDA SECCIÓN), con mis creencias y valores religiosos o de otra índole, y con la manera en que he manejado en el pasado a mis asuntos médicos u otros temas importantes. Si aún así no se aclara lo que yo decidiría, entonces mi representante para asuntos de salud debe tomar, en mi nombre, las decisiones que crea sean en mi propio beneficio, tomando en consideración los beneficios, los problemas, y los riesgos de mis circunstancias en ese momento y de las opciones de tratamiento que pueda tener.

#### **(5) POWERS OF HEALTH CARE AGENT AFTER DEATH/LOS PODERES DEL REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE SALUD DESPUÉS DEL FALLECIMIENTO**

##### **(A) AUTOPSY/AUTOPSIA**

Mi representante para asuntos de salud tendrá el poder para autorizar una autopsia de mi cuerpo, excepto en el caso que yo haya limitado el poder de mi representante para asuntos de salud escribiendo las letras iniciales de mi nombre a continuación.

\_\_\_\_\_ **My health care agent will not have the power to authorize an autopsy of my body (unless an autopsy is**  
**Initials/Iniciales required by law)/Mi representante para asuntos de salud no tiene el poder de autorizar la autopsia de mi cuerpo**  
(a menos que la ley requiera que se realice una autopsia)

##### **(B) ORGAN DONATION AND DONATION OF BODY/DONACIÓN DE ÓRGANOS Y DONACIÓN DEL CUERPO**

Mi representante para asuntos de salud tendrá el poder de disponer de mi cuerpo o de cualquier parte del mismo, para propósitos médicos y en acuerdo con *Georgia Anatomical Gift Act* (Ley de Donación Anatómica de Georgia), excepto en el caso que yo haya limitado el poder de mi representante para asuntos de salud escribiendo las letras iniciales de mi nombre a continuación.

[Escriba sus iniciales en cada una de las declaraciones que desee apliquen en su caso]

\_\_\_\_\_ **My health care agent will not have the power to make a disposition of my body for use in a medical study**  
**Initials/Iniciales program./Mi representante para asuntos de salud no tiene el poder de disponer de mi cuerpo para ser usado en**  
un programa de investigación médica.

\_\_\_\_\_ **My health care agent will not have the power to donate any of my organs./Mi representante para asuntos de**  
**Initials/Iniciales salud no tiene el poder de donar ninguno de mis órganos.**

**(C) ORGAN DONATION AND DONATION OF BODY/DISPOSICIÓN FINAL DEL CUERPO**

Mi representante para asuntos de salud tendrá el poder de decidir acerca de la disposición final de mi cuerpo, excepto en el caso que yo haya escrito las letras iniciales de mi nombre a continuación.

\_\_\_\_\_ **I want the following person to make decisions about the final disposition of my body/Deseo que la persona que nombro a continuación sea quien tome las decisiones acerca de la disposición final de mi cuerpo:**

**Name/Nombre:** \_\_\_\_\_

**Address/Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Telephone Numbers/Números de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Home, Work, and Mobile/Casa, trabajo y celular**

Deseo que mi cuerpo sea:

\_\_\_\_\_ **Buried/Enterrado**

**Initials/Iniciales**

O

\_\_\_\_\_ **Cremated/Cremado**

**Initials/Iniciales**

**PART TWO: TREATMENT PREFERENCES**

**SEGUNDA SECCIÓN: PREFERENCIAS EN CUANTO A TRATAMIENTOS**

[La SEGUNDA SECCIÓN entrará en vigencia solamente si usted es incapaz de comunicar cuáles son sus preferencias en cuanto a tratamientos, y una vez se hayan realizado esfuerzos apropiados y dentro de lo aceptable para comunicarse con usted y conocer cuáles son dichas preferencias. La SEGUNDA SECCIÓN tendrá vigencia aunque la PRIMERA SECCIÓN no esté completa y firmada. Si usted no ha designado un representante para asuntos de salud en la PRIMERA SECCIÓN, o en el caso que su representante para asuntos de salud no estuviera disponible, entonces la SEGUNDA SECCIÓN le informará al médico u otros proveedores de atención médica acerca de sus preferencias en cuanto a tratamientos. Si usted ha designado un representante para asuntos de salud en la PRIMERA SECCIÓN, entonces su representante para asuntos de salud tendrá la autoridad de tomar todas las decisiones concernientes a su salud en referencia a los asuntos tratados en la SEGUNDA SECCIÓN. Sus preferencias en cuanto a tratamientos serán la guía que su representante para asuntos de salud utilizará, así como otros factores descritos en el Apartado (4) de la PRIMERA SECCIÓN.]

**(6) CONDITIONS/CONDICIONES**

La SEGUNDA SECCIÓN entrará en vigencia si yo me encuentro en alguna de las condiciones que se detallan a continuación:

[Escriba las letras iniciales de su nombre junto a cada una de las condiciones en las que desea que la SEGUNDA SECCIÓN tenga vigencia]

\_\_\_\_\_ **A terminal condition, which means I have an incurable or irreversible condition that will result in my death in a relatively short period of time./Una condición de salud terminal, lo cual significa que padezco de una condición incurable o irreversible que provocará mi fallecimiento en un período relativamente corto.**

**Initials/Iniciales**

\_\_\_\_\_ **A state of permanent unconsciousness, which means I am in an incurable or irreversible condition in which I am not aware of myself or my environment and I show no behavioral response to my environment./Un estado permanente de inconsciencia, lo cual significa que padezco de una condición incurable o irreversible y que no tengo conciencia de mí mismo ni del ambiente que me rodea, y que no muestro ninguna respuesta conductual manera al ambiente que me rodea.**

**Initials/Iniciales**

Mi condición será determinada por escrito luego de que el médico que me atiende y un segundo médico, hayan realizado una examinación personal, en acuerdo con los estándares médicos aceptados en el momento.

**(7) TREATMENT PREFERENCES/PREFERENCIAS EN CUANTO A TRATAMIENTOS**

[Para determinar sus preferencias en cuanto a tratamiento, debe escribir las letras iniciales de su nombre en (A), (B), o (C). Si opta por (C), determine sus preferencias adicionales en cuanto a tratamientos escribiendo sus letras iniciales junto a una o más de las declaraciones a continuación de (C). Usted puede proporcionar instrucciones adicionales sobre sus preferencias en cuanto a tratamientos en la próxima sección. Se le proporcionará atención para mantenerle cómodo, incluyendo medidas de alivio de dolor, pero usted también puede determinar cuáles son sus preferencias específicas en cuanto a alivio de dolor en la siguiente sección.]

Si me encuentro en cualquiera de las condiciones descritas en el Apartado (6) anterior, que tengan mis iniciales adjuntas, y luego de haberse realizado esfuerzos apropiados y razonables para comunicarse conmigo y conocer cuáles son mis preferencias en cuanto a tratamientos, y yo ya no puedo comunicar mis preferencias en cuanto a tratamientos, entonces:

(A) \_\_\_\_\_ **Try to extend my life for as long as possible, using all medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive. If I am unable to take nutrition or fluids by mouth, then I want to receive nutrition or fluids by tube or other medical means.**/Traten de extender mi vida el mayor tiempo que sea posible, utilizando todos los medicamentos, equipamiento técnico u otros procedimientos médicos que podrían mantenerme con vida, de acuerdo con un juicio médico aceptable. Si no puedo alimentarme por la boca, entonces deseo recibir mi nutrición o fluidos por tubos o por otros medios médicos.

O  
(B) \_\_\_\_\_ **Allow my natural death to occur. I do not want any medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive but cannot cure me. I do not want to receive nutrition or fluids by tube or other medical means except as needed to provide pain medication.**/Permitan que fallezca en forma natural. No deseo medicamentos, maquinaria ni ningún otro procedimiento médico que podría mantenerme con vida, de acuerdo con un juicio médico aceptable, pero que no pueden curarme. No deseo recibir nutrición ni fluidos por intermedio de tubos ni por ningún otro medio médico, excepto lo que sea necesario para proveerme medicación para el alivio del dolor.

O  
(C) \_\_\_\_\_ **I do not want any medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive but cannot cure me, except as follows:**/No deseo medicamentos, uso de equipamiento ni ningún otro procedimiento médico que podría mantenerme con vida, de acuerdo con un juicio médico aceptable, pero que no pueden curarme, excepto como se indica a continuación:

[Escriba sus iniciales en **cada una de las declaraciones** que desea se apliquen a la opción (C).]

\_\_\_\_\_ **If I am unable to take nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube or other medical means.**/Si  
Initials/Iniciales no puedo alimentarme por la boca, deseo recibir nutrición por intermedio de un tubo u otros medios médicos.

\_\_\_\_\_ **If I am unable to take fluids by mouth, I want to receive fluids by tube or other medical means.**/Si no  
Initials/Iniciales puedo obtener fluidos por la boca, deseo recibir fluidos por intermedio de un tubo u otros medios médicos.

\_\_\_\_\_ **If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator used.**/Si necesito asistencia para respirar, deseo  
Initials/Iniciales que se utilice un respirador artificial.

\_\_\_\_\_ **If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used.**/Si mi pulso y  
Initials/Iniciales mi corazón se han detenido, deseo que se me practique resucitación cardiopulmonar (RCP).

#### **(8) ADDITIONAL STATEMENTS /DECLARACIONES ADICIONALES**

[La presente sección es opcional. La SEGUNDA SECCIÓN tendrá validez aunque esta sección se deje en blanco. Esta sección le permite determinar preferencias adicionales en cuanto a tratamientos, brindar indicaciones adicionales que le sirvan de guía a su representante para asuntos de salud (si es que ha designado un representante para asuntos de salud en la PRIMERA SECCIÓN), incluso proporcionar información acerca de sus valores personales y religiosos en cuanto a tratamientos médicos. Por ejemplo, usted podría declarar sus preferencias en cuanto a tratamientos, referentes la medicación para tratar las infecciones, cirugías, amputaciones, transfusiones de sangre, o diálisis renal. Sabiendo que usted no puede prever todo lo que podría pasarle después de que ya no pueda comunicar sus preferencias en cuanto a tratamientos, quizás desee brindarle una guía a su representante para asuntos de salud (si es que ha designado un representante para asuntos de salud en la PRIMERA SECCIÓN) acerca de cómo cumplir con sus deseos en cuanto a tratamientos. Usted puede declarar sus preferencias específicas en cuanto a alivio de dolor.]

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **(9) IN CASE OF PREGNANCY/EN CASO DE EMBARAZO**

[La SEGUNDA SECCIÓN tendrá validez aunque esta sección se deje en blanco.]

Entiendo que bajo las leyes del estado de Georgia, la SEGUNDA SECCIÓN no tendrá vigencia ni efecto si estoy embarazada, a menos que el feto no tenga posibilidades de desarrollarse (no sea viable) y yo haya indicado adjuntando mis letras iniciales que deseo que la SEGUNDA SECCIÓN se lleve a cabo.

\_\_\_\_\_ **I want PART TWO to be carried out if my fetus is not viable.**/Deseo que se cumpla con la SEGUNDA  
Initials/Iniciales SECCIÓN si el feto no es viable.

**PART THREE: GUARDIANSHIP**  
**TERCERA SECCIÓN: CUSTODIA O TUTELA**

**(10) GUARDIANSHIP/TUTELA LEGAL**

[La **TERCERA SECCIÓN** es **opcional**. El presente documento de instrucciones anticipadas para asuntos de salud tendrá validez aunque se deje en blanco la **TERCERA SECCIÓN**. Si usted desea designar una persona para que sea su tutor legal, en caso que un tribunal decida que tiene que haber uno, debe completar la **TERCERA SECCIÓN**. Un tribunal puede designarle un tutor legal, si el mismo determina que usted no es capaz de tomar las decisiones importantes y de responsabilidad que le atañen en cuanto a su propio apoyo, seguridad o bienestar personal. Un tribunal puede designar a la persona que usted haya elegido si es que dicho tribunal encuentra que esa decisión es para su beneficio y bienestar. Si ha elegido un representante para asuntos de salud en la **PRIMERA SECCIÓN**, usted puede (aunque no está obligado a hacerlo) nominar a la misma persona para que sea su tutor legal. Si el representante para asuntos de salud y el tutor legal no son la misma persona, su representante para asuntos de salud tendrá prioridad sobre su tutor legal para tomar las decisiones sobre salud en su nombre, a menos que un tribunal determine algo diferente.]

[Para determinar sus preferencias, debe escribir las letras iniciales de su nombre en (A), o en (B). Puede elegir (A) solamente si ha completado la **PRIMERA SECCIÓN**.]

(A) \_\_\_\_\_ **I nominate the person serving as my health care agent under PART ONE to serve as my**  
Initials/Iniciales **guardian.**/Designo a la persona que actúa como mi representante para asuntos de salud bajo la **PRIMERA**  
**SECCIÓN** para que actúe también como mi tutor legal.

**O**

(B) \_\_\_\_\_ **I nominate the following person to serve as my guardian:**/Designo a la siguiente persona para que actúe  
Initials/Iniciales como mi tutor legal.

**Name/Nombre:** \_\_\_\_\_

**Address/Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Telephone Numbers/Números de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Home, Work, and Mobile/Casa, trabajo y celular**

**PART FOUR: EFFECTIVENESS AND SIGNATURES**  
**CUARTA SECCIÓN: VIGENCIA Y FIRMAS**

Las presentes instrucciones anticipadas para la atención médica y asuntos de salud tendrán efectividad solamente si yo soy incapaz de, o decido no hacerlo, comunicar mis propias decisiones acerca de mi atención médica.

Este formulario revoca cualquier otro documento de instrucciones anticipadas para asuntos de salud, cualquier poder notarial duradero para asuntos médicos, carta-poder para asuntos médicos, o testamento de vida que haya completado antes de la fecha de hoy.

A menos que yo haya escrito las letras iniciales de mi nombre y haya proporcionado fechas futuras o acontecimientos alternativos, este documento de instrucciones anticipadas para asuntos de salud entrará en vigencia a partir del momento en que lo firme, y continuará siendo efectivo hasta mi fallecimiento (y hasta después de mi fallecimiento en tanto lo autorice lo estipulado en el Apartado (5) de la PRIMERA SECCIÓN).

\_\_\_\_\_ **This advance directive for health care will become effective on or upon**/Este documento de instrucciones anticipadas para asuntos de salud se hará efectivo el o a partir del \_\_\_\_\_, **and will terminate on or upon**/y finalizará su vigencia el o partir del \_\_\_\_\_.

[Usted debe firmar y escribir la fecha o reconocer que ha firmado y escrito la fecha del presente formulario en presencia de dos testigos. Ambos testigos deben estar en pleno uso de sus facultades mentales y deben tener por lo menos 18 años de edad, pero no tienen por qué estar juntos a la vez o en su presencia cuando usted firme el documento.]

Los testigos:

- No puede ser la misma persona que usted seleccionó para que sea el representante para asuntos de salud principal o secundario en la PRIMERA SECCIÓN;
- No puede ser una persona que sabe que va a heredar algo de usted, o que puede obtener algún tipo de beneficio financiero si usted fallece; o
- No puede ser una persona que está directamente involucrada en su atención médica.

Solo uno de los testigos puede ser un empleado, representante o miembro del personal médico del hospital, de un establecimiento de atención médica especializado, de una residencia para enfermos terminales, o de cualquier otro establecimiento o servicio médico en donde usted recibe atención (pero ese testigo no puede estar directamente involucrado en su atención médica).]

Al firmar a continuación, yo declaro que soy emocional y mentalmente capaz de crear este documento de instrucciones anticipadas para asuntos de salud, y que además entiendo el propósito y el efecto del mismo.

\_\_\_\_\_  
**Signature of Declarant**/Firma del declarante **Date**/Fecha

El declarante firmó el presente formulario en mi presencia, o reconoció haber firmado el formulario ante mí. Basándome en mis observaciones personales, el declarante se muestra emocional y mentalmente capaz de crear este documento de instrucciones anticipadas para asuntos de salud y de firmar el presente formulario espontánea y voluntariamente.

\_\_\_\_\_  
**Signature of First Witness**/Firma del primer testigo **Date**/Fecha

**Print Name**/Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

**Address**/Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature of Second Witness**/Firma del segundo testigo **Date**/Fecha

**Print Name**/Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

**Address**/Dirección: \_\_\_\_\_

[Este formulario no necesita ser notariado]

**Interpreter**/Intérprete \_\_\_\_\_

**Note:** If phone interpretation used, record interpreter ID #