



# Planificación anticipada de la atención

Cómo comunicar sus deseos sobre  
su atención médica

---

**SANFORD**<sup>®</sup>  
HEALTH

**Bemidji**

Programa de planificación anticipada de la atención

Teléfono: (218) 333-6060

Correo electrónico: [acp.bemidji@sanfordhealth.org](mailto:acp.bemidji@sanfordhealth.org)

**Fargo**

Programa de planificación anticipada de la atención

Teléfono: (701) 234-6980

Correo electrónico: [acp.fargo@sanfordhealth.org](mailto:acp.fargo@sanfordhealth.org)

**Bismarck**

Programa de planificación anticipada de la atención

Teléfono: (701) 323-1ACP (1227)

Correo electrónico: [acp.bismarck@sanfordhealth.org](mailto:acp.bismarck@sanfordhealth.org)

**Sioux Falls**

DeGroot Center

Teléfono: (605) 312-3520

Correo electrónico: [acp.siouxfalls@sanfordhealth.org](mailto:acp.siouxfalls@sanfordhealth.org)

# Índice

Cómo comenzar .....	4
Selección de un agente de atención médica .....	5
Un mensaje para mi agente de atención médica .....	6
Considere lo que significa vivir bien .....	7
Más información sobre posibles tratamientos médicos .....	8
Mi plan de atención anticipado .....	1 de 10 al 10 de 10
Después de concluir el plan de atención anticipado .....	10 de 10

# Cómo comenzar

## ¿Por qué es importante un plan de atención anticipado?

La planificación anticipada de la atención es el proceso de decidir qué atención médica desea recibir en el futuro. Así garantiza que sus deseos se llevarán a cabo si usted no puede hablar por sí mismo. Contar con una directiva médica por adelantado puede ayudarles a usted y a sus familiares a estar listos en caso de que se produzca una enfermedad o una lesión grave.

Todas las personas de 18 años en adelante deben tener un plan de atención anticipado.

## ¿Por qué necesito un plan de atención anticipado?

Piense acerca de esta situación: usted se enferma o sufre una lesión repentinamente. Está recibiendo todos los tratamientos médicos necesarios para mantenerlo con vida. Pero sus médicos creen que hay pocas o nulas posibilidades de que usted sea capaz de saber quién es o reconocer a quienes lo rodean.

- ¿Quién tomará decisiones por usted?
- ¿Qué objetivos desea que tenga su atención médica?
- ¿Qué tipos de tratamientos desea continuar o suspender?
- ¿Cómo puede ayudar a sus seres queridos a tomar esas decisiones?
- ¿Le preocupa el costo de los tratamientos médicos fútiles?

Esta situación podría ocurrir a cualquier edad a causa de una lesión al cerebro provocada por un accidente, un derrame cerebral o una enfermedad progresiva lenta, como el Alzheimer. Sus seres queridos podrían estar asustados, abrumados y confundidos respecto a lo que usted desea.

Al hacer la planificación anticipada de la atención, las personas podrían redactar instrucciones que no sean muy claras, o no ofrecer suficiente información para orientar la toma de decisiones sobre su atención médica. Pueden incluir comentarios como los siguientes:

- "Si voy a ser un vegetal, déjenme ir".
- "Nada de medidas heroicas".
- "Hagan todo lo posible para mantenerme con vida".

La planificación anticipada de la atención es diferente para cada persona. Por ejemplo, ¿qué significa para usted "ser un vegetal"? ¿O qué consideraría usted una "medida heroica" en su atención médica? ¿O durante cuánto tiempo debe hacerse "todo lo posible"? Para las personas que tomarán decisiones por usted es importante que exprese sus deseos con claridad.

Si desea recibir ayuda para expresar sus deseos con claridad, comuníquese con su proveedor de servicios de salud para organizar una consulta, o haga una cita con un facilitador capacitado de planificación anticipada de la atención en su región.

La planificación anticipada de la atención puede reducir su angustia y brindarles tranquilidad a usted y a quienes deban tomar sus decisiones.

# Selección de un agente de atención médica

Elegir a su agente de atención médica, o tomador de decisiones, es un paso muy importante. Esta persona no tiene que ser alguien que esté relacionado con sus asuntos financieros o testamentarios. El deber de su agente de atención médica es asegurarse que se cumplan sus deseos en cuanto a su atención médica.

- Si no se conocen sus deseos, su agente trataría de decidir lo que usted quiere.
- Las decisiones que tome su agente por usted se respetarán por encima de los deseos de cualquier otra persona en lo referente a usted.
- Su agente tomará decisiones sobre su atención médica solamente si usted no puede tomar sus propias decisiones.

**Nota:** los requisitos legales para los agentes de atención médica pueden variar en cada estado. Consulte el documento de plan de atención anticipado adjunto para ver detalles específicos.

## Recomendaciones para elegir un agente

Su agente de atención médica debe:

- Ser alguien de su confianza
- Conocer bien lo que usted desea
- Hablar en su nombre cuando usted no pueda hablar
- Respetar sus deseos

## Selección de un agente suplente

Es recomendable elegir a una segunda persona que funja como su agente en caso de que su primera opción de agente no esté disponible cuando lo necesite. Después de elegir a un agente, pídale que lea o fotocopie la carta de la siguiente página, para darle más información sobre las responsabilidades que conlleva ser un agente.

## Para quienes viven en Dakota del Norte

En Dakota del Norte, su agente debe aceptar **por escrito** convertirse en su agente. Sus agentes deberán firmar el plan de atención anticipado en la página 9 de 10.

Utilice este espacio para hacer una lista de sus posibles agentes, sus direcciones y sus números de teléfono antes de llenar el formulario legal.

---

---

---

---

---

---

---

---

# Un mensaje para mi agente de atención médica

Te he elegido como mi agente de atención médica. Un agente de atención médica es una persona que conoce mis deseos respecto al tratamiento y que está dispuesta a llevarlos a cabo después de que uno o más de mis médicos decidan que yo no puedo tomar mis propias decisiones. Tendrás que saber qué es lo que considero importante. Tendré que hablar contigo acerca de mis decisiones. Planeo escribir mis decisiones sobre mi atención médica en mi plan de atención anticipado. Te entregaré una copia del plan.

Gracias por ser mi agente.

## Lo que puedes hacer

Las restricciones sobre lo que un agente puede y no puede hacer varían en cada estado. Revisaremos juntos las leyes de mi estado. En la mayoría de los estados, como mi agente podrás hacer lo siguiente:

- Aceptar o rechazar tratamientos para mantener la vida y otros tratamientos médicos para mí.
- Consentir a tratamientos, y luego suspenderlos si mi salud no mejora.
- Consultar y divulgar mis registros médicos.
- Transferirme a otro centro de atención y elegir a mi proveedor de atención médica.
- Solicitar una autopsia y donar mis órganos, excepto cuando yo haya especificado lo contrario en mi plan de atención anticipado.

Ser mi agente de atención médica no te confiere control de mi dinero, ni responsabilidad por mis deudas.

## Preguntas que debes hacerte

- ¿Estoy dispuesto a asumir esta función y responsabilidad?
- ¿Conozco los deseos de la persona respecto a su atención médica futura?
- ¿Puedo tomar las decisiones que la persona querría que tome, incluso si mis opiniones son diferentes?
- ¿Puedo tomar decisiones importantes sobre atención médica en situaciones de estrés?

Si contestas que "No" a cualquiera de estas preguntas, habla conmigo sobre tus inquietudes.

## Si no te sientes cómodo de convertirte en mi agente

Podemos hablar sobre tus sentimientos e inquietudes. Mientras más información tengas, más confianza tendrás en tomar decisiones por mí. Podría haber maneras de ayudarte a sentirte más cómodo para tomar decisiones por mí.

- Quizá puedas acompañarme a una cita con el médico. Podrás hacer preguntas sobre mi estado de salud y las opciones médicas que podrían surgir.
- Lee mi plan de atención anticipado. Asegúrate de que he expresado mis deseos con claridad.
- Quizá quieras consultar a profesionales capacitados que ayudan a las personas a tomar decisiones médicas. Por ejemplo, facilitadores de planificación anticipada de la atención, trabajadores sociales, administradores de casos y líderes religiosos y espirituales.

# Considere lo que significa vivir bien para usted

Explore sus pensamientos usando esta hoja de trabajo **opcional**. Considere su atención médica futura y sus valores antes de llenar el formulario de plan de atención anticipado.

## Reflexione sobre sus creencias y valores

1. Si estuviera pasando un día realmente bueno, ¿qué ocurriría en ese día? ¿Con quién hablaría? ¿Qué haría?

---

---

2. ¿Qué le ayuda a enfrentar los desafíos más difíciles en su vida?

---

---

3. ¿Qué papel desempeñan la religión, la fe y la espiritualidad en la forma en que vive su vida?

---

---

4. Si tiene problemas de salud importantes, ¿cuáles son y a qué le teme en el futuro?

---

---

5. Al reflexionar en los tratamientos médicos futuros, ¿qué no querría que le ocurra?

---

---

6. ¿Cómo influye el costo sobre sus decisiones referentes a la atención médica?

---

---

7. ¿Cuándo querría que los objetivos del tratamiento médico cambien de tratar de prolongar su vida a concentrarse en su comodidad? Describa esas circunstancias con el mayor nivel posible de detalle.

---

---

8. ¿Cuál es su idea de una "muerte natural"?

---

---

---

---

# Más información sobre posibles tratamientos médicos

Los siguientes son tratamientos médicos que podrían usarse para salvar o prolongar su vida. Cada uno de estos tratamientos puede ser exitoso si se utiliza como un puente hacia su recuperación. Cuando se aproxime a final de su vida, su uso podría provocar sufrimiento sin esperanza de que recupere la capacidad de saber quién es o con quién está.

## RCP (reanimación cardiopulmonar)

El término RCP se refiere a los métodos utilizados para tratar de reiniciar la actividad del corazón y los pulmones en caso de que dejen de funcionar.

- **La RCP** se usa para tratar de reiniciar la actividad de su corazón si deja de latir. Para ello, se aplica presión sobre su pecho y se respira dentro de su boca.
- **La intubación** se usa en caso de que no pueda respirar. Se introduce un tubo a través de su boca o nariz, hasta su tráquea. El tubo puede conectarse a una máquina para respirar (respirador). La máquina bombea aire a través del tubo y hacia sus pulmones.
- **Las descargas eléctricas (desfibrilación)** pueden usarse para enviar breves descargas a su corazón a través de pequeños electrodos colocados en su pecho. Pueden ayudar a restablecer su ritmo cardíaco normal.
- **Los medicamentos** pueden usarse para ayudar a reiniciar la actividad de su corazón.

### ¿Cuál es el resultado más probable de la RCP?

La RCP puede salvar vidas, pero su índice de éxito es bajo. Su edad, su estado de salud y su enfermedad pueden afectar el resultado. Cuando se inicia la RCP en personas de edad avanzada y débiles en casas de reposo, alrededor de 1 de cada 30 sobrevive. La RCP funciona mejor si se encuentra en buen estado de salud y se inicia con rapidez. Cuando se inicia en un hospital, alrededor de 1 de cada 5 personas sobrevive. Incluso si sobrevive, pueden ocurrir complicaciones durante la RCP que provoquen más problemas de salud. La atención médica después de la RCP puede implicar atención en una UCI (unidad de cuidados intensivos) por los siguientes motivos:

- Un respirador mecánico para ayudarle a respirar
- Daños a sus costillas
- Posible daño cerebral debido a la falta de oxígeno

### ¿Cómo expreso mi decisión respecto a la RCP?

En el hospital, su médico y otros proveedores de atención médica iniciarán la RCP cuando sea necesaria, excepto cuando usted les diga que no lo hagan o lo haya escrito en un plan de atención anticipado. Si decide que no se le administre RCP, el médico escribe una **orden de no reanimar (ONR)**. Esta orden les indica a los proveedores de atención médica que no apliquen RCP si su corazón y sus pulmones dejan de funcionar. Usted puede cambiar esta decisión en cualquier momento.

### ¿Qué ocurrirá si no quiero recibir RCP?

Su corazón dejará de latir y usted tendrá una muerte natural. Es posible mantenerlo cómodo.

## Respiradores mecánicos o BiPAP

Un respirador mecánico puede usarse por unas horas o por varios meses o años.

- **Un respirador mecánico** es una máquina que ayuda a respirar a una persona. La máquina está conectada a un tubo que pasa por su nariz o boca, hasta la tráquea. Empuja aire a sus pulmones cuando usted está demasiado débil para respirar por su cuenta.
- **El BiPAP** (presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias) empuja aire a sus pulmones a través de una mascarilla que se ajusta con firmeza sobre su nariz y boca.



## Posibles inquietudes relacionadas con respiradores y BiPAP

- Podría tener que recibir atención en una unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Podría necesitar medicamentos para mantenerlo somnoliento o dormido.
- No puede hablar ni tragar mientras tenga el tubo del respirador en la tráquea.
- El respirador podría no funcionar bien si su organismo se está apagando debido a problemas de salud de larga duración.
- Para su uso a largo plazo, el tubo de respiración podría colocarse en un orificio practicado en su garganta (traqueotomía).
- Con una mascarilla de BiPAP, parte del aire podría llegar a su estómago y causar dolores por gases. Puede ser difícil hablar o comer mientras usa una mascarilla.

## ¿Qué ocurrirá si no quiero un respirador mecánico o una máquina de BiPAP?

Si no puede respirar por su cuenta o con un respirador, morirá de forma natural. Es posible mantenerlo cómodo.

## Diálisis renal

La diálisis es un tratamiento que hace el trabajo de los riñones al filtrar la sangre. Hay 2 tipos de diálisis:

- **La hemodiálisis** elimina fluidos y desechos de la sangre por medio de un filtro. La sangre fluye de su organismo a la máquina de diálisis, y después pasa por un filtro especial, llamado dializador o riñón artificial, y regresa a su organismo. Conforme la sangre pasa por el dializador, se eliminan los fluidos y desechos.
- **La diálisis peritoneal (DP)** es un tratamiento para la insuficiencia renal que utiliza la membrana peritoneal en el vientre del mismo organismo como filtro. La DP se hace aproximadamente cuatro veces al día en los descansos normales: por la mañana, al mediodía, en la tarde y a la hora de dormir.

## ¿Qué ocurrirá si decido no recibir diálisis?

Todos los pacientes tienen derecho a decidir no iniciar la diálisis. Si ya inició la diálisis, tiene derecho a suspenderla. Decidir no recibir tratamiento, o suspender la diálisis, causará la muerte natural en un período de algunos días a varias semanas. Usted también tiene derecho a reiniciar la diálisis si cambia de opinión.

## Alimentación artificial o hidratación artificial

La alimentación artificial (tubo de alimentación) y la hidratación artificial se utilizan para sostener a su organismo si usted ya no puede ingerir alimentos o líquidos por la boca. Algunos de los tubos que se utilizan son:

- **Un tubo NG (nasogástrico)** puede pasarse por la nariz hasta llegar al estómago. Envía fórmula y agua directamente al estómago.
- **Una sonda G (gastrostomía) o un tubo PEG (gastrostomía endoscópica percutánea)** puede pasarse por un pequeño agujero en el vientre. Envía fórmula y agua directamente al estómago.
- **Una vía IV (intravenosa)** se coloca en una vena. Envía nutrición y líquidos directamente a los vasos sanguíneos.

## Posibles inquietudes sobre la alimentación artificial

Los riesgos pueden incluir hemorragias o infección en el lugar de inserción del tubo, y problemas con el tubo. Inhalar la fórmula por accidente puede causar neumonía, un problema que pone en peligro la vida. La alimentación con tubo puede provocar problemas como hinchazón de vientre, malestar en el vientre y diarrea.

## **¿Qué ocurrirá si decido recibir alimentación artificial?**

La alimentación artificial puede ayudarle a sentirse mejor y mejorar su calidad de vida por un tiempo. Si está cerca del final de su vida, puede ser difícil tolerar los problemas que pueden ocurrir con el tratamiento.

## **¿Qué ocurrirá si decido no recibir alimentación artificial?**

Si no puede alimentarse por la boca y decide no recibir alimentación artificial, su organismo se apagará lentamente. La muerte probablemente ocurrirá en pocos días o semanas. Quizá le reconforte saber que la mayoría de los pacientes que están cerca del final de su vida habitualmente no sienten hambre ni sed.

## **Posibles inquietudes sobre la hidratación artificial**

La hidratación artificial puede hacer que se acumule demasiado líquido en el organismo. Eso puede provocar una hinchazón incómoda en los brazos, las piernas y el vientre. También puede acumularse líquido en los pulmones, que puede causar problemas para respirar y falta de aire. Los riesgos también incluyen hemorragias e infecciones en el sitio de inserción del tubo.

## **¿Qué ocurrirá si decido recibir hidratación artificial?**

La hidratación artificial ayudará al funcionamiento de su organismo. Puede aumentar su comodidad y mejorar su calidad de vida por un tiempo. Si está cerca del final de su vida, puede resultarle difícil tolerar los problemas que pueden ocurrir con este tratamiento.

## **¿Qué ocurrirá si decido no recibir hidratación artificial?**

Al no tener suficientes líquidos, el organismo se apagará lentamente. La muerte ocurrirá en pocos días o semanas. Quizá le reconforte saber que la deshidratación es una parte natural del proceso de morir. La mayoría de los pacientes que están cerca del final de su vida no sienten sed. En los últimos días de la vida, la deshidratación puede ayudar a desencadenar la producción de sustancias químicas en el cerebro que provoquen una sensación de tranquilidad y bienestar. Eso puede ayudarle a pasar sus últimas horas con más comodidad.

## **Desactivación de dispositivos cardiacos**

Puede usarse un desfibrilador cardiaco implantable (DCI) o un dispositivo de asistencia ventricular izquierdo (LVAD, por sus siglas en inglés) para ayudar al funcionamiento de su corazón. Puede llegar el momento en que usted desee desactivar esos dispositivos y tener una muerte natural. Será de utilidad que hable previamente con su médico sobre este tema y prepare un plan.

## **Antibióticos para infecciones**

En ocasiones la muerte se debe a una infección y no a un problema médico como el cáncer o una enfermedad cardíaca. Algunos ejemplos de infecciones graves son la neumonía y la sepsis. Usted puede decidir tratar o no tratar las infecciones, dependiendo de sus deseos y de los resultados a largo plazo para su salud. Los antibióticos son medicamentos usados para tratar infecciones provocadas por bacterias. Otros medicamentos pueden usarse para tratar virus o infecciones micóticas. Quizá sea necesario administrar estos medicamentos por vía intravenosa.

## Atención paliativa y atención para pacientes terminales

Quizá quiera incluir sus deseos referentes a dónde y cómo desea recibir atención.

La **atención paliativa** es un método de brindar atención para mantener la comodidad. El objetivo es prevenir o tratar los síntomas y efectos secundarios de una enfermedad. Debe ser parte del plan desde el primer día en que se diagnostica una enfermedad grave. Puede administrarse atención paliativa sin importar cuánto tiempo se prevé que viva. La atención paliativa puede brindar:

- Alivio del dolor y de otros síntomas
- Apoyo espiritual y emocional para usted y su familia
- Ayuda para tomar decisiones complejas sobre su tratamiento

La **atención para pacientes terminales** es un nivel de atención para brindar comodidad que se brinda a los pacientes que se prevé que morirán en los próximos 6 meses. Se enfoca en el control de los síntomas, en una muerte pacífica y en la vida después de la muerte. Conforme su estado de salud se deteriora, la esperanza se transmite al tiempo significativo pasado con sus familiares y amigos. La atención para pacientes terminales puede brindar todos los beneficios mencionados de la atención paliativa, más los siguientes:

- Fisioterapia o terapia ocupacional para ayudar a desarrollar más energía o conservar energía
- Terapias con música, arte y otras terapias complementarias
- Atención de relevo para dar un descanso a los cuidadores
- Asistentes de salud en el hogar que le ayuden a bañarse, asearse, comer y satisfacer otras necesidades personales
- Voluntarios entrenados en brindar apoyos, como hacer recados o preparar comidas
- Servicios de apoyo para cuidadores, incluyendo terapia para el duelo

## Donación de órganos

Tome en cuenta esta información sobre la donación de órganos al tomar su decisión. Regístrese en [www.life-source.org](http://www.life-source.org) o indique sus deseos en su licencia de conducir.

- Más de 3000 personas en la parte superior del Medio Oeste están esperando un trasplante.
- La donación de órganos puede ayudar a su familia durante su proceso de duelo. Una persona puede salvar o curar hasta 60 vidas.
- Donar órganos no representa costo alguno para usted o su familia.
- Incluso si sufre alguna afección, probablemente podrá donar.
- Todas las principales religiones apoyan la donación de órganos.
- La donación de órganos no afectará los planes para un funeral con ataúd abierto.
- Las donaciones de órganos son confidenciales.

Si desea donar todo su cuerpo para fines científicos, quizá necesite formularios por separado.

Las siguientes diez páginas constituyen el formulario del plan de atención anticipada.

- Llene estas páginas. Puede dejarlas en el folleto o arrancarlas, como desee.
- Escriba su nombre, su fecha de nacimiento y la fecha de elaboración con letra de molde en la parte inferior de cada página.
- No firme la parte 4, "Facultades legales", en la página 8 de 10 hasta que sus testigos o el notario público estén presentes.
- Haga copias para su archivo y para entregar a sus familiares.
- Entregue los formularios contestados a su proveedor de atención médica o a su centro de salud, para que se coloquen en su expediente médico.
- Consulte la página 10 de 10 para saber lo que debe hacer con el formulario de plan de atención anticipado después de contestarlo.

# My Advance Care Plan

## Mi plan de atención anticipado

I have completed this Advance Directive with much thought. This document gives my treatment choices and preferences, and/or appoints a Health Care Agent (also known as Health Care Power of Attorney) to speak for me if I cannot communicate or make my own health care decisions. My Health Care Agent, if named, is able to make medical decisions for me, including the decision to refuse treatments that I do not want.

*He contestado esta directiva médica por adelantado después de mucha reflexión. Este documento indica mis opciones y preferencias respecto a mi tratamiento, o nombra a un agente de atención médica (también conocido como poder notarial para atención médica) que exprese mis deseos en caso de que yo no pueda comunicarme o expresar mis propias decisiones sobre mi atención médica. Mi agente de atención médica, si se nombra, puede tomar decisiones médicas en mi nombre, incluida la decisión de rechazar tratamientos que no deseo.*

**This document will replace any previous advance directive.**

*Este documento reemplazará a todas las directivas médicas por adelantado anteriores.*

My name (Mi nombre): \_\_\_\_\_

Date (Fecha): \_\_\_\_\_

My date of birth (Mi fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_

My address (Mi dirección): \_\_\_\_\_

My telephone numbers: (home) (Mis números de teléfono: (casa)) \_\_\_\_\_ (cell (celular)) \_\_\_\_\_

My initials here indicate a professional medical interpreter helped me complete this document.  
*Mis iniciales en este cuadro indican que un intérprete médico profesional me ayudó a llenar este documento.*

## Part 1: My Health Care Agent

(Also Known as Health Care Power of Attorney)

### Parte 1: Mi agente de atención médica

*(También conocido como poder notarial para atención médica)*

If I cannot communicate my wishes and health care decisions due to illness or injury, or if my health care team determines that I cannot make my own health care decisions, I choose the person named below to communicate my wishes and make my health care decisions. My health care agent must:

- Follow my health care instructions in this document
- Follow any other health care instructions I have given to him or her
- Make decisions in my best interest and in accordance with accepted medical standards

*En caso de que no pueda comunicar mis deseos y mis decisiones sobre mi atención médica debido a una enfermedad o lesión, o de que mi equipo de atención médica determine que no puedo tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica, elijo a la siguiente persona para que comunique mis deseos y tome las decisiones sobre mi atención médica. Mi agente de atención médica debe:*

- Seguir las instrucciones sobre mi atención médica especificadas en este documento
- Seguir todas las demás instrucciones sobre mi atención médica que yo le haya dado
- Tomar decisiones buscando mi mayor bienestar y de acuerdo con los estándares médicos aceptados

## Requirements for Who May Be an Agent or Health Care Power of Attorney Under State Law

*Requisitos respecto a quién puede ser un agente o recibir un poder notarial para atención médica según las leyes estatales*

**Iowa:** My agent cannot be a health care provider caring for me on the date I sign this document. My agent also cannot be an employee of a health care provider unless related to me by blood, marriage, or adoption within the third degree of relation.

*Iowa: mi agente no puede ser un proveedor de atención médica que me preste servicios en la fecha en que yo firme este documento. Mi agente tampoco puede ser un empleado de un proveedor de atención médica, a menos que sea mi familiar consanguíneo, por matrimonio o por adopción hasta el tercer grado.*

**Minnesota:** My agent must be an adult. My agent cannot be a health care provider or employee of a health care provider giving me direct care unless I am related to that person by blood or marriage, registered domestic partnership, or adoption or unless I have specified otherwise in this document (Specify here: \_\_\_\_\_)

*Minnesota: mi agente debe ser un adulto. Mi agente no puede ser un proveedor de atención médica ni un empleado de un proveedor de atención médica que me brinde atención directa, a menos que yo tenga parentesco con esa persona, ya sea consanguíneo, por matrimonio, por sociedad doméstica o por adopción, o a menos que yo haya especificado algo distinto en este documento (especifique aquí: \_\_\_\_\_). Además, una persona designada para determinar mi capacidad para tomar decisiones no puede ser mi agente.*

**North Dakota:** My agent must be an adult. My agent cannot be: 1) my health care provider; 2) someone who is an employee of my health care provider but is not related to me; 3) my long term care services provider; or 4) someone who is an employee of my long term care services provider but is not related to me.

*Dakota del Norte: mi agente debe ser adulto. Mi agente no puede ser: 1) mi proveedor de atención médica; 2) alguien que sea un empleado de mi proveedor de atención médica y que no tenga parentesco conmigo; 3) mi proveedor de servicios de cuidado a largo plazo; o 4) alguien que sea empleado de mi proveedor de servicios de cuidado a largo plazo y que no tenga parentesco conmigo.*

**South Dakota:** My agent must be an adult.

*Dakota del Sur: mi agente debe ser un adulto.*

## My Primary (Main) Health Care Agent Is:

*Mi agente de atención médica primario (principal) es:*

Name (*Nombre*): \_\_\_\_\_ Relationship (*Relación*): \_\_\_\_\_

Telephone numbers: (H) (*Números de teléfono: (Casa)*) \_\_\_\_\_ (C (*Cel.*)) \_\_\_\_\_  
(W (*Trabajo*)) \_\_\_\_\_

Full address (*Dirección completa*): \_\_\_\_\_

If my primary agent is not willing, able, or reasonably available to make health care decisions for me, I choose an alternate Health Care Agent.

*Si mi agente primario no está dispuesto, apto o razonablemente disponible para tomar decisiones sobre mi atención médica por mí, designo a un agente de atención médica suplente.*

## My Alternate Health Care Agent Is:

*Mi agente de atención médica suplente es:*

Name (*Nombre*): \_\_\_\_\_ Relationship (*Relación*): \_\_\_\_\_

Telephone numbers: (H) (*Números de teléfono: (Casa)*) \_\_\_\_\_ (C (*Cel.*)) \_\_\_\_\_  
(W (*Trabajo*)) \_\_\_\_\_

Full address (*Dirección completa*): \_\_\_\_\_

## Powers of My Health Care Agent:

*Facultades de mi agente de atención médica:*

My Health Care Agent automatically has all the following powers when I do not have the capacity to make decisions and/or I am unable to communicate for myself:

*Mi agente de atención médica automáticamente tiene todas las siguientes facultades cuando yo no tenga la capacidad para tomar decisiones o cuando no sea capaz de comunicarme por mí mismo:*

A. Agree to, refuse, or cancel decisions about my health care. This includes tests, medications, surgery, withdrawing or starting artificial nutrition and hydration (such as tube feedings or IV (intravenous) fluids), and other decisions related to treatments. If treatment has already begun, my agent can continue it or stop it based on my instructions.

*Aceptar, rechazar o cancelar decisiones sobre mi atención médica. Esto incluye pruebas, medicamentos, cirugía, suspender o iniciar nutrición e hidratación artificial (como alimentación con tubo o líquidos intravenosos), y otras decisiones relacionadas con tratamientos. Si el tratamiento ya ha comenzado, mi agente puede continuarlo o suspenderlo, de acuerdo con mis instrucciones.*

B. Interpret any instruction in this document based on his or her understanding of my wishes, values and beliefs.

*Interpretar todas las instrucciones de este documento de acuerdo con su comprensión de mis deseos, valores y creencias.*

The ACP of (ACP de) \_\_\_\_\_ (print name) (*nombre en letra de molde*)  
Birth Date (*Fecha de nacimiento*) \_\_\_\_\_ Completion Date (*Fecha de elaboración*) \_\_\_\_\_

C. Review and release my medical records and personal files as needed for my health care, as stated in the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

*Consultar y divulgar mis registros médicos y expedientes personales cuando sea necesario para mi atención médica, según lo establecido en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).*

D. Arrange for my health care and treatment in a location he or she thinks is appropriate.

*Organizar mi atención y tratamiento médico en un lugar que considere apropiado.*

E. Decide which health care providers and organizations provide my health care.

*Decidir qué proveedores de atención médica y organizaciones brindan mi atención médica.*

F. Make decisions about organ and tissue donation according to my instructions in Part 2 of this document.

*Tomar decisiones sobre la donación de órganos y tejidos de acuerdo con mis instrucciones en la parte 2 de este documento.*

Comments or limits on the above (*Comentarios o límites a lo anterior*): \_\_\_\_\_

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

The ACP of (ACP de) _____ (print name) (nombre en letra de molde)
Birth Date (Fecha de nacimiento) _____ Completion Date (Fecha de elaboración) _____





## Additional Powers of My Health Care Agent:

### Facultades adicionales de mi agente de atención médica:

My initials below indicate I also authorize my health care agent to:

Con mis iniciales en la parte de abajo indico que también autorizo a mi agente de atención médica para que:

Make decisions about the care of my body after death.

Tome decisiones sobre el cuidado de mi cuerpo después de mi muerte.

**If I live in North Dakota or Minnesota, my initials below indicate I also authorize my health care agent to:**

*Si vivo en Dakota del Norte o Minnesota, mis iniciales a continuación indican que también autorizo a mi agente de atención médica para:*

Continue as my health care agent even if our marriage or domestic partnership is legally ending or has been ended.

*Continuar siendo mi agente de atención médica incluso si nuestro matrimonio o sociedad doméstica ha terminado o terminará legalmente.*

Make health care decisions for me even if I am able to decide or speak for myself, if I so choose.

*Tomar decisiones sobre mi atención médica incluso si soy capaz de decidir o hablar por mí mismo, en caso de que yo así lo decida.*

## Part 2: My Health Care Instructions

### Parte 2: Instrucciones para mi atención médica

My choices and preferences for health care are indicated below. I ask my Health Care Agent to communicate these choices, and my health care team to honor them, if I cannot communicate or make my own choices.

*Mis decisiones y preferencias en materia de atención médica se indican a continuación. Solicito a mi agente de atención médica que comunique estas decisiones, y a mi equipo de atención médica que las respete, si no puedo comunicarme o tomar mis propias decisiones.*

**I have initialed a box below for the option I prefer for each situation.**

*He marcado uno de los siguientes cuadros con mis iniciales para indicar la opción que prefiero en cada situación.*

**Note:** You do not need to write instructions about treatments to extend your life, but it is helpful to do so. If you do not have written instructions, your agent will make decisions based on your spoken wishes, or in your best interest if your wishes are unknown

*Nota: no tiene que escribir instrucciones sobre los tratamientos para prolongar su vida, pero es de utilidad que lo haga. Si no deja instrucciones escritas, su agente tomará las decisiones con base en sus deseos expresados de manera oral, o tomará las decisiones pensando en su bienestar en caso de que no se conozcan sus deseos.*

The ACP of (ACP de) \_\_\_\_\_ (print name) (nombre en letra de molde)  
Birth Date (Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_ Completion Date (Fecha de elaboración) \_\_\_\_\_

## A. Cardiopulmonary Resuscitation: A Decision for the Present

### Reanimación cardiopulmonar: Una decisión para el presente

This decision refers to a treatment choice I am making today based on my current health. **Section C below (Treatments to Prolong My Life: A Decision for the Future)** indicates treatment choices I want if my health changes in the future and I cannot communicate for myself.

*Esta decisión se refiere a una decisión de tratamiento que estoy tomando hoy, con base en mi estado de salud actual. La sección C siguiente (Tratamientos para prolongar mi vida: una decisión para el futuro) indica las opciones de tratamiento que deseo si mi salud cambia en el futuro y no puedo comunicarme por mí mismo.*

CPR is a treatment used to attempt to restore heart rhythm and breathing when they have stopped. CPR may include chest compressions (forceful pushing on the chest to make the blood circulate), medications, electrical shocks, a breathing tube, and hospitalization.

*La RCP es un tratamiento utilizado para intentar restablecer el ritmo cardíaco y la respiración cuando se detienen. La RCP puede incluir compresiones del pecho (aplicación de presión fuerte en el pecho para hacer que la sangre circule), medicamentos, descargas eléctricas, un tubo para respirar y hospitalización.*

I understand that CPR can save a life but does not always work. I also understand that CPR does not work as well for people who have chronic (long-term) diseases or impaired functioning, or both. I understand that recovery from CPR can be painful and difficult.

*Entiendo que la RCP puede salvar una vida, pero que no siempre funciona. También entiendo que la RCP no funciona tan bien en personas que tienen enfermedades crónicas (a largo plazo), deterioro funcional, o ambas cosas. Entiendo que la recuperación de la RCP puede ser difícil y dolorosa.*

#### Therefore (initial one)

*Por lo tanto (marque una opción con sus iniciales)*

I want CPR attempted if my heart or breathing stops.

*Quiero que intenten RCP si mi corazón o respiración se detiene.*

**Or (O)**

I want CPR attempted if my heart or breathing stops based on my current state of health. However, in the future if my health has changed, then my agent or I (if I am able) should discuss CPR with my health care team. My choices in **Section B: Treatment Preferences and Section C: Treatments to Prolong My Life** below should be considered when making this decision. Examples of when my health has changed include:

*Quiero que intenten RCP si mi corazón o respiración se detienen, considerando mi estado de salud presente. Sin embargo, si en el futuro mi estado de salud ha cambiado, entonces mi agente o yo (si estoy apto) debemos hablar sobre la RCP con mi equipo de atención médica. Antes de tomar esta decisión, deben tomarse en cuenta mis selecciones en la Sección B: Preferencias de tratamiento y en la Sección C: Tratamientos para prolongar mi vida más adelante. Algunos ejemplos de casos en los que mi salud ha cambiado son:*

The ACP of (ACP de) \_\_\_\_\_ (print name) (nombre en letra de molde)  
 Birth Date (Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_ Completion Date (Fecha de elaboración) \_\_\_\_\_

- I have an incurable illness or injury and am dying  
*Tengo una enfermedad o lesión incurable y estoy muriendo.*
- I have no reasonable chance of survival if my heart or breathing stops  
*No tengo una oportunidad razonable de sobrevivir si mi corazón o mi respiración se detienen.*
- I have little chance of long-term survival if my heart or breathing stops and CPR would cause significant suffering  
*Tengo pocas probabilidades de supervivencia a largo plazo si mi corazón o mi respiración se detienen, y la RCP causaría un sufrimiento significativo.*

**Or (O)**

I do not want CPR attempted if my heart or breathing stops. I want to allow a natural death. I understand if I choose this option I should see my health care provider about writing a Do Not Resuscitate (DNR) order.

*No quiero que intenten RCP si mi corazón o respiración se detienen. Quiero que me permitan tener una muerte natural. Entiendo que si selecciono esa opción debo hablar con mi proveedor de atención médica para redactar una orden de no reanimar (ONR).*

**B. Treatment Choices: My Health Condition**

*Opciones de tratamiento: Mi enfermedad*

My treatment choices for my specific health condition(s) are written here. With any treatment choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and liquids by mouth if I am able to swallow.

*A continuación se describen mis opciones de tratamiento para mis enfermedades específicas. Con cualquier opción de tratamiento, entiendo que seguiré recibiendo medicamentos analgésicos y de confort, así como alimentos y bebidas por vía oral si puedo tragar.*

---



---



---



---



---



---



---



---



My initials here indicate additional documents are attached.

*Mis iniciales en este cuadro indican que se adjuntan documentos adicionales.*

The ACP of (ACP de) \_\_\_\_\_ (print name) (nombre en letra de molde)  
 Birth Date (Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_ Completion Date (Fecha de elaboración) \_\_\_\_\_

### C. Treatments to Prolong My Life: A Decision for the Future

*Tratamientos para prolongar mi vida: Una decisión para el futuro*

**If I can no longer make decisions for myself, and my health care team and agent believe I will not recover my ability to know who I am, I want (Initial One):**

*Si ya no puedo tomar decisiones por mí mismo, y mi equipo médico y mi agente de atención médica creen que no recuperaré mi capacidad para saber quién soy, quiero que (marque una opción con sus iniciales):*

**NOTE: With either choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and liquids by mouth if I am able to swallow.**

*NOTA: Con cualquiera de las opciones, entiendo que seguiré recibiendo medicamentos analgésicos y de confort, así como alimentos y bebidas por vía oral si puedo tragar.*

**To stop or withhold all treatments** that may extend my life. This includes but is not limited to artificial nutrition and hydration (for example, tube feedings and IV (intravenous) fluids), respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), dialysis, and antibiotics.

*Suspender o evitar todos los tratamientos que puedan prolongar mi vida. Esto incluye, entre otras cosas, a la nutrición e hidratación artificiales (por ejemplo, alimentación con tubo y líquidos intravenosos), respirador mecánico (máquina para respirar), reanimación cardiopulmonar (RCP), diálisis y antibióticos.*

**Or (O)**

**All treatments recommended** by my health care team. This includes but is not limited to artificial nutrition and hydration (for example, tube feedings, IV (intravenous) fluids), respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), dialysis, and antibiotics.

I want treatments to continue until my health care team and agent agree such treatments are harmful or no longer helpful.

*Todos los tratamientos recomendados por mi equipo de atención médica. Esto incluye, entre otras cosas, a la nutrición e hidratación artificiales (por ejemplo, alimentación con tubo, líquidos intravenosos), respirador mecánico (máquina para respirar), reanimación cardiopulmonar (RCP), diálisis y antibióticos. Quiero que los tratamientos continúen hasta que mi equipo de atención médica y mi agente de atención médica estén de acuerdo en que dichos tratamientos son nocivos o ya no son útiles.*

Comments or directions to my health care team:

*Comentarios o instrucciones para mi equipo de atención médica:*

---

---

---



**D. Organ Donation (Initial One)**

**Donación de órganos** (marque una opción con sus iniciales)

I want to donate my eyes, tissues and/or organs, if able. My Health Care Agent may start and continue treatments or interventions needed to maintain my organs, tissues and eyes until donation has been completed. My specific wishes (if any) are:

*Quiero donar mis ojos, tejidos y órganos, si puedo. Mi agente de atención médica puede iniciar y continuar los tratamientos y las intervenciones necesarias para mantener mis órganos, tejidos y ojos hasta que termine la donación. Mis deseos específicos (si los tengo) son:*

---

---

---

I do not want to donate my eyes, tissues and/or organs.

*No quiero donar mis ojos, tejidos y órganos.*

**Or (O)**

My Health Care Agent can decide.

*Mi agente de atención médica puede tomar la decisión.*

**E. Autopsy (Initial One)**

**Autopsia** (marque una opción con sus iniciales)

I want my agent to make decisions about an autopsy of my body.

*Quiero que mi agente tome decisiones sobre la realización de una autopsia a mi cuerpo.*

I do not want an autopsy unless required by law.

*No quiero que se me haga una autopsia, a menos que lo ordene la ley.*

The ACP of (ACP de) \_\_\_\_\_ (print name) (nombre en letra de molde)  
Birth Date (Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_ Completion Date (Fecha de elaboración) \_\_\_\_\_



## Part 3: My Hopes and Wishes (Optional)

### Parte 3: Mis esperanzas y deseos (opcional)

I want my loved ones to know my following thoughts and feelings.

*Quiero que mis seres queridos conozcan mis siguientes pensamientos y sentimientos.*

**The things that make life most worth living to me are:**

*Las cosas que hacen que la vida sea digna de ser vivida son:*

---

---

**My beliefs about when life would be no longer worth living:**

*Mis creencias respecto a cuándo ya no valdría la pena vivir la vida:*

---

---

**My thoughts about specific medical treatments, if any:**

*Mis pensamientos sobre tratamientos médicos específicos, de haberlos:*

---

---

**My thoughts and feelings about how I would like to die and where I would like to die:**

*Mis pensamientos y sentimientos respecto a cómo me gustaría morir y en dónde me gustaría morir:*

---

---

**If I am nearing my death, I want my loved ones to know that I would appreciate the following for comfort and support (rituals, prayers, music, etc.):**

*Si se acerca mi muerte, quiero que mis seres queridos sepan que me gustaría lo siguiente por comodidad y confort (rituales, oraciones, música, etc.):*

---

---

**Religious affiliation:**

*Afiliación religiosa:*

I am of the (*Soy de la fe*) \_\_\_\_\_, faith, and am a member of (*y soy miembro de la comunidad religiosa*)

\_\_\_\_\_ faith community in (city) (*en (ciudad)*) \_\_\_\_\_.

I would like my Health Care Agent to notify my faith community of my death and arrange for them to provide my funeral/memorial/burial.

*Quiero que mi agente de atención médica notifique a mi comunidad religiosa mi fallecimiento y haga arreglos para que se encarguen de mi funeral/servicio conmemorativo/entierro.*

The ACP of (ACP de) \_\_\_\_\_ (print name) (*nombre en letra de molde*)  
Birth Date (*Fecha de nacimiento*) \_\_\_\_\_ Completion Date (*Fecha de elaboración*) \_\_\_\_\_

I would like my funeral to include, if possible, the following (people, music, rituals, etc.):  
*Quisiera que mi funeral incluya, si es posible, lo siguiente (personas, música, rituales, etc.):*

**Other wishes and instructions:**

*Otros deseos e instrucciones:*

My initials here indicate additional documents are attached:  
*Mis iniciales en este cuadro indican que se adjuntan documentos adicionales:*

## Part 4: Legal Authority

### Parte 4: Facultades legales

**Do not sign unless the witnesses or notary are present.**

*No firme hasta que esté en presencia de los testigos o el notario.*

**Note:** This document must be notarized or witnessed. [See individual state requirements on page 9 of 9]. Two witnesses OR a Notary Public must verify your signature and the date.

*Nota: este documento debe firmarse ante notario público o testigos. [Consulte los requisitos individuales del estado en la página 9 de 9]. Dos testigos O un notario público deben verificar su firma y la fecha.*

I have made this document willingly. I am thinking clearly. This document states my wishes about my future health care decisions:

*He llenado este documento de manera voluntaria. Estoy en posesión de mis facultades mentales. Este documento expresa mis deseos respecto a las decisiones futuras sobre mi atención médica:*

Signature (*Firma*) \_\_\_\_\_ Date (*Fecha*) \_\_\_\_\_

**If I cannot sign my name, I ask the following person to sign for me:**

*Si no puedo firmar mi nombre, solicito que la siguiente persona firme por mí:*

Signature (of person asked to sign) (*Firma (o persona a la que se le solicitó firmar)*) \_\_\_\_\_

Date (*Fecha*) \_\_\_\_\_

Printed Name (*Nombre en letra de molde*) \_\_\_\_\_

The ACP of (*ACP de*) \_\_\_\_\_ (print name) (*nombre en letra de molde*)  
Birth Date (*Fecha de nacimiento*) \_\_\_\_\_ Completion Date (*Fecha de elaboración*) \_\_\_\_\_



**Option 1: Notary Public**

*Opción 1: notario público*

State of (*Estado de*) \_\_\_\_\_ County of (*Condado de*) \_\_\_\_\_

In my presence on (*En mi presencia, el día*) \_\_\_\_\_ (date) (*fecha*), \_\_\_\_\_ (name) acknowledged his or her signature on this document, or acknowledged that he or she authorized the person signing this document to sign on his or her behalf. ((*nombre*) *reconoció su firma en este documento, o reconoció haber autorizado a la persona que firma este documento para firmarlo en su nombre.*)

**Signature of Notary** (*Firma del notario*) \_\_\_\_\_ **Notary Seal** (*Sello del notario*) \_\_\_\_\_

My commission expires (*Mi comisión expira el día*): \_\_\_\_\_

**Or (O)**

**Option 2: Statement of Witnesses**

*Opción 2: declaración de testigos*

**Witness 1:** In my presence on (*Testigo 1: En mi presencia, el día*) \_\_\_\_\_ (date) (*día*), \_\_\_\_\_ (name) voluntarily signed this document (or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf.) ((*nombre*) *firmó voluntariamente este documento (o autorizó a la persona que firma este documento para firmarlo en su nombre)*)).

Signature (*Firma*) \_\_\_\_\_ Date (*Fecha*) \_\_\_\_\_

Printed Name (*Nombre en letra de molde*) \_\_\_\_\_ Date (*Fecha*) \_\_\_\_\_

**Witness 2:** In my presence on (*Testigo 2: En mi presencia, el día*) \_\_\_\_\_ (date) (*día*), \_\_\_\_\_ (name) voluntarily signed this document (or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf.) ((*nombre*) *firmó voluntariamente este documento (o autorizó a la persona que firma este documento para firmarlo en su nombre)*)).

Signature (*Firma*) \_\_\_\_\_ Date (*Fecha*) \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

The ACP of (*ACP de*) \_\_\_\_\_ (print name) (*nombre en letra de molde*)  
Birth Date (*Fecha de nacimiento*) \_\_\_\_\_ Completion Date (*Fecha de elaboración*) \_\_\_\_\_

Required in ND (Obligatorio en Dakota del Norte)

Acceptance of Appointment of Health Care Agent (Health Care Power of Attorney)
Aceptación del nombramiento como agente de atención médica (poder notarial para atención médica)

I accept this appointment and agree to serve as an agent for health care decisions. I understand I have a duty to act consistently with the desires expressed in this document and to act in good faith. I understand this individual can revoke my designation as an agent at any time in any manner. I will notify this individual if I choose to withdraw from this role while this individual is competent. I will notify this individual's health care provider if I choose to withdraw from this role when this individual is not able to make health care decisions.

Acepto este nombramiento y me comprometo a servir como agente para decisiones de atención médica. Entiendo que tengo la obligación de actuar de forma congruente con los deseos expresados en este documento y de actuar de buena fe. Entiendo que esta persona puede revocar mi designación como agente en cualquier momento y de cualquier manera. Notificaré a esta persona si decido retirarme de esta función mientras la persona es competente. Notificaré al proveedor de atención médica de esta persona si decido retirarme de esta función cuando esta persona no sea capaz de tomar decisiones sobre su atención médica.

Primary Agent Signature (Firma del agente primario) \_\_\_\_\_ Date (Fecha) \_\_\_\_\_

Printed Name (Nombre en letra de molde) \_\_\_\_\_

Alternate Agent Signature (Firma del agente suplente) \_\_\_\_\_ Date (Fecha) \_\_\_\_\_

Printed Name (Nombre en letra de molde) \_\_\_\_\_

Requirements for Witnesses by State

Requisitos de los testigos por estado

Iowa: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be: (1) a provider attending the principal on the date this document is signed; (2) an employee of the provider attending the principal on the date this document is signed; (3) the Health Care Agent named in this document; and (4) at least one witness cannot be related to the principal by blood, marriage, or adoption within the third degree of relation.

Iowa: se requieren un notario público o 2 testigos adultos. Los testigos no pueden ser: (1) un proveedor que atienda al sujeto en la fecha en la que se firma este documento; (2) un empleado del proveedor que atiende al sujeto en la fecha en la que se firma este documento; (3) el agente de atención médica mencionado en este documento; y (4) por lo menos un testigo no debe ser pariente del sujeto por consanguinidad, matrimonio o adopción hasta el tercer grado.

Minnesota: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be the Health Care Agent or alternate Health Care Agent. Of the two witnesses, only one can be a health care provider or an employee of a provider giving direct care on the date the document is signed.

Minnesota: se requieren un notario público o 2 testigos adultos. Los testigos no pueden ser el agente de atención médica ni el agente de atención médica suplente. De los dos testigos, solamente uno puede ser un proveedor de atención médica o un empleado de un proveedor que brinde atención médica directa en la fecha en la que se firma el documento.

The ACP of (ACP de) \_\_\_\_\_ (print name) (nombre en letra de molde)
Birth Date (Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_ Completion Date (Fecha de elaboración) \_\_\_\_\_



**North Dakota:** Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be: (1) the Health Care Agent; (2) the principal's spouse or heir; (3) a person related to the principal by blood, marriage, or adoption; (4) a person entitled to any part of the Estate of the principal upon the death of the principal under a will or deed; (5) any other person who has any claims against the Estate of the principal; (6) a person directly financially responsible for the principal's medical care; or (7) the principal's attending physician. In addition, at least one witness may not be a health care or long term care provider providing direct care to the principal on the date this document is signed or an employee of a health care or long term care provider providing direct care to the principal on the date this document is signed.

**Dakota del Norte:** se requieren un notario público o 2 testigos adultos. Los testigos no pueden ser: (1) el agente de atención médica; (2) el cónyuge o heredero del sujeto; (3) una persona con parentesco con el sujeto por consanguinidad, matrimonio o adopción; (4) una persona que tenga derecho a cualquier parte de la herencia del sujeto después del fallecimiento del sujeto, de acuerdo con un testamento; (5) cualquier otra persona que tenga derecho a reclamar la herencia del sujeto; (6) una persona que sea responsable financiera directa de la atención médica del sujeto; ni (7) el médico responsable del sujeto. Además, por lo menos un testigo no debe ser un proveedor de atención médica o cuidado a largo plazo que brinde atención directa al sujeto en la fecha en que se firme este documento, ni un empleado de un proveedor de atención médica o cuidado a largo plazo que brinde atención directa al sujeto en la fecha en que se firme este documento.

**South Dakota:** Notary Public or 2 adult witnesses are required.

**Dakota del Sur:** se requieren un notario público o 2 testigos adultos.

## After Completing the Advance Care Plan

## Después de concluir el plan de atención anticipado

Now that I have completed this document, I will:

*Ahora que he concluido este documento:*

- Keep the original copy of this document where it can be easily found.  
*Conservaré el documento original en donde pueda encontrarse con facilidad.*
- Make several copies of this document and give to my:  
*Haré varias copias de este documento y las entregaré a mis:*
  - Primary and Alternate Health Care Agents  
*Agentes de atención médica principal y suplente*
  - Doctor and other health care providers  
*Médicos y otros proveedores de atención médica*
  - Health care facility (hospital, other) whenever I am admitted, and ask that it be placed in my medical record  
*Centros de salud (hospital, otro) siempre que ingrese, y pediré que se coloque en mi expediente médico*
- Talk to the rest of my family and close friends who might be involved if I have a serious illness or injury, making sure they know who my Health Care Agent is, and what my wishes are.

*Hablaré con el resto de mis familiares y amigos cercanos que podrían estar involucrados en caso de que sufra una enfermedad y lesión grave, para asegurarme de que saben quién es mi agente de atención médica y cuáles son mis deseos.*

The ACP of (ACP de) \_\_\_\_\_ (print name) (nombre en letra de molde)  
Birth Date (Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_ Completion Date (Fecha de elaboración) \_\_\_\_\_

**When to Review Your Advance Care Plan**

*Cuándo revisar su plan de atención anticipado*

It is common to review and update an advance care plan regularly. You may want to review it with your annual physical exam or whenever any of the “Five D’s” occur.

*Es común revisar y actualizar un plan de atención anticipado con regularidad. Quizá quiera revisarlo cuando se haga un examen físico anual, o cada vez que ocurra una de las "Cinco D".*

- **Decade:** when you start each new decade of your life.  
*Década:* cuando inicie cada nueva década de su vida.
- **Death:** whenever you experience the death of a loved one.  
*Defunción:* siempre que ocurra la muerte de un ser querido.
- **Divorce:** when you experience a divorce or other major family change.  
*Divorcio:* cuando viva un divorcio u otro cambio familiar importante.
- **Diagnosis:** when you are diagnosed with a serious health condition.  
*Diagnóstico:* cuando reciba el diagnóstico de una enfermedad grave.
- **Decline:** when you experience a significant decline or deterioration of an existing health condition, especially when you are unable to live on your own.  
*Deterioro:* cuando sufra un deterioro de su salud o el empeoramiento significativo de una enfermedad, especialmente cuando ya no sea capaz de vivir de manera independiente.

**Copies of This Document Have Been Given To:**

*Se han entregado copias de este documento a:*

**Primary (main) Health Care Agent**

*(Agente de atención médica primario (principal))*

Name *(Nombre)*: \_\_\_\_\_ Telephone *(Teléfono)*: \_\_\_\_\_

**Alternate Health Care Agent *(Agente de atención médica suplente)***

Name *(Nombre)*: \_\_\_\_\_ Telephone *(Teléfono)*: \_\_\_\_\_

**Health care Provider/Clinic/Hospital/Family Members**

*(Proveedor de atención médica/Clinica/Hospital/Familiares)*

Name *(Nombre)*: \_\_\_\_\_ Telephone *(Teléfono)*: \_\_\_\_\_

Name *(Nombre)*: \_\_\_\_\_ Telephone *(Teléfono)*: \_\_\_\_\_

Name *(Nombre)*: \_\_\_\_\_ Telephone *(Teléfono)*: \_\_\_\_\_

Name *(Nombre)*: \_\_\_\_\_ Telephone *(Teléfono)*: \_\_\_\_\_

Name *(Nombre)*: \_\_\_\_\_ Telephone *(Teléfono)*: \_\_\_\_\_

The ACP of *(ACP de)* \_\_\_\_\_ *(print name) (nombre en letra de molde)*  
Birth Date *(Fecha de nacimiento)* \_\_\_\_\_ Completion Date *(Fecha de elaboración)* \_\_\_\_\_



If your wishes change, fill out a new form. Give copies of the new document to everyone who has copies of your previous one. Tell them to destroy the previous version.

*Si sus deseos cambian, llene un nuevo formulario. Entregue copias del nuevo documento a todos los que tengan una copia de su documento anterior. Dígalos que destruyan la versión anterior.*

# When You Want Help With Advance Care Planning

## *Cuando quiera ayuda para hacer la planificación anticipada de la atención*

Advance care planning gives you the chance to talk with others. Health care providers, family members and important others can help you explore options. For more information contact:

*La planificación anticipada de la atención médica le brinda la oportunidad de hablar con otras personas. Sus proveedores de atención médica, sus familiares y otras personas importantes pueden ayudarle a explorar opciones. Para obtener más información comuníquese con:*

### **Bemidji**

Advance Care Planning Program

Phone: (218) 333-6060

Email: [acp.bemidji@sanfordhealth.org](mailto:acp.bemidji@sanfordhealth.org)

*Programa de planificación anticipada de la atención*

*Teléfono: (218) 333-6060*

*Correo electrónico: [acp.bemidji@sanfordhealth.org](mailto:acp.bemidji@sanfordhealth.org)*

### **Fargo**

Advance Care Planning Program

Phone: (701) 234-6980

Email: [acp.fargo@sanfordhealth.org](mailto:acp.fargo@sanfordhealth.org)

*Programa de planificación anticipada de la atención*

*Teléfono: (701) 234-6980*

*Correo electrónico: [acp.fargo@sanfordhealth.org](mailto:acp.fargo@sanfordhealth.org)*

### **Bismarck**

Advance Care Planning Program

Phone: (701) 323-1ACP (1227)

Email: [acp.bismarck@sanfordhealth.org](mailto:acp.bismarck@sanfordhealth.org)

*Programa de planificación anticipada de la atención*

*Teléfono: (701) 323-1ACP (1227)*

*Correo electrónico: [acp.bismarck@sanfordhealth.org](mailto:acp.bismarck@sanfordhealth.org)*

### **Sioux Falls**

DeGroot Center

Phone: (605) 312-3520

Email: [acp.siouxfalls@sanfordhealth.org](mailto:acp.siouxfalls@sanfordhealth.org)

*DeGroot Center*

*Teléfono: (605) 312-3520*

*Correo electrónico: [acp.siouxfalls@sanfordhealth.org](mailto:acp.siouxfalls@sanfordhealth.org)*

