

Instrucción anticipada de atención de salud de Arizona



Arizona Advance Health Care Directive

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

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

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

Parte 1 Escoger una persona decisora, Página 3

Part 1: Choose a medical decision maker, Page 3

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

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

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

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

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



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

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

Este formulario le permite escoger el tipo de atención de salud que desea. De esta manera, las personas encargadas de su cuidado no tendrán que adivinar lo que desea si no puede decirlo por usted mismo. This form lets you choose the kind of health care you want. This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are not able to tell them yourself.

Parte 3 Firmar el formulario, Página 13

Part 3: Sign the form, Page 13

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

The form must be signed before it can be used.



Usted puede llenar la Parte 1, la Parte 2, o ambas. Llene solamente las partes que desee.

You can fill out Part 1, Part 2, or both. Fill out only the parts you want.

También puede nombrar a una persona decisora de atención de salud mental en la página 12a. You can also name a mental healthcare decision maker on Page 12a.

Siempre firme el formulario en la Parte 3 en la página 13. Always sign the form in Part 3 on Page 13.

Es necesario que 1 testigo firme en la página 14, o que un notario firme en la página 15.

1 witness needs to sign on Page 14, or a notary on Page 15.

También puede adjuntar otros formularios (POLST o formulario prehospitalario) al final de este formulario. You can also attach other forms (POLST or Prehospital Form) at the end of this form.

Para más información, llame al: 602-445-4300

o envíe un correo electrónico a: tlc@thoughtfullifeconversations.org

For more information, call: 602-445-4300 or email: tlc@thoughtfullifeconversations.org



www.prepareforyourcare.org

Su Nombre Your Name

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Destruya los formularios anteriores. Destroy old forms.

Comparta este formulario y sus deseos médicos con sus familiares, amigos y proveedores médicos.

Share this form and your choices with your family, friends, and medical providers.

Parte 1

Escoger una persona decisora

Part 1: Choose your medical decision maker

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

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

Una buena persona decisora es un familiar o amigo que:

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

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



Legalmente, su persona decisora **no puede** ser alguien que ha perdido su licencia para administrar las finanzas o asuntos personales de otra persona, a menos que haya recuperado su licencia o sea un familiar. Legally, your decision maker cannot be someone who has lost their license to manage another person's money and personal affairs, unless they have their license back or they are a family member.

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

Si usted no es capaz de tomar sus propias decisiones, una persona será elegida para que tome decisiones por usted de acuerdo con la ley de Arizona. Es posible que esta persona no sepa sobre sus deseos médicos. If you are not able to make your own decisions, a person will be chosen for you according to Arizona law. This person may not know what you want.

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

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

- médicos, enfermeras, trabajadores sociales, cuidadores doctors, nurses, social workers, caregivers
- hospitales, clínicas, o casa de reposo hospitals, clinics, nursing homes
- medicamentos, exámenes, o tratamientos medications, tests, or treatments
- quien puede ver su expediente médico who can look at your medical information
- lo que sucederá con su cuerpo y órganos después de su muerte what happens to your body and organs after you die



Decisiones adicionales que su persona decisora podrá tomar:

Here are more decisions your medical decision maker can make:

Iniciar o suspender tratamientos de soporte vital, tales como:

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



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

Estos tratamientos pueden implicar: This may involve:

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



- **Respirador artificial** Breathing machine or ventilator
 El respirador bombea aire a los pulmones e intenta respirar por usted. Usted no puede hablar cuando se encuentra conectado al respirador.
The machine pumps air into your lungs and tries to breathe for you. You are not able to talk when you are on the machine.

- **Diálisis** Dialysis
 Una máquina que intenta limpiar la sangre si los riñones dejan de funcionar.
A machine that tries to clean your blood if your kidneys stop working.



- **Sonda de alimentación** Feeding Tube
 Un tubo que se usa para intentar alimentarle si no puede beber o comer. Este tubo se inserta por su nariz hacia su garganta y estómago. También se puede colocar mediante una cirugía directamente al estómago.
A tube used to try to feed you if you cannot swallow. The tube can be placed through your nose down into your throat and stomach. It can also be placed by surgery into your stomach.

- **Transfusión intravenosa de sangre y agua** Blood and water transfusions (IV)
 Poner sangre y agua dentro su cuerpo.
To put blood and water into your body.

- **Cirugía** Surgery

- **Medicamentos** Medicines



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

End of life decisions your medical decision maker can make:

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

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

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

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



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

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

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

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

primer nombre first name

apellido last name

número de teléfono 1 phone #1

número de teléfono 2 phone #2

relación relationship

dirección address

ciudad city

estado state

código postal zip code

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

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

primer nombre first name

apellido last name

número de teléfono 1 phone #1

número de teléfono 2 phone #2

relación relationship

dirección address

ciudad city

estado state

código postal zip code

¿Por qué eligió a su persona decisora? Why did you choose your medical decision maker?

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

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

Escriba el nombre de cualquier persona que NO quiere que ayude a tomar decisiones médicas por usted. Write down anyone you would NOT want to help make medical decisions for you.

Qué tan estrictamente quiere que su persona decisora siga sus deseos si usted no es capaz de hablar por sí mismo? How strictly do you want your medical decision maker to follow your wishes if you are not able to speak for yourself?

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

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

Marque con una X la oración con la que esté más de acuerdo. Put an X next to the one sentence you most agree with.

- Flexibilidad Total:** Está bien que mi persona decisora cambie cualquiera de mis decisiones médicas si los doctores piensan que es lo mejor para mí en ese momento. Total Flexibility: It is OK for my decision maker to change any of my medical decisions if my doctors think it is best for me at that time.
- Flexibilidad Limitada:** Está bien que mi persona decisora cambie algunas de mis decisiones médicas si los doctores piensan que es lo mejor. Pero, algunos de mis deseos jamás quiero que se cambien. Estos son: Some Flexibility: It is OK for my decision maker to change some of my decisions if the doctors think it is best. But, these wishes I NEVER want changed:
- Ninguna Flexibilidad:** Quiero que mi persona decisora siga mis deseos médicos exactos en todo momento. NO ESTÁ BIEN cambiar mis decisiones aunque los doctores lo recomienden. No Flexibility: I want my decision maker to follow my medical wishes exactly. It is NOT OK to change my decisions, even if the doctors recommend it.

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

Para tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página 7. Para nombrar a una persona decisora de atención de salud mental, vaya a la página 12a. Si ha terminado, debe firmar este formulario en la página 13. Por favor comparta sus deseos con sus familiares, amigos y proveedores médicos. To make your own health care choices, go to Part 2 on page 7. To name a mental healthcare decision maker, go to Page 12a. If you are done, you must sign this form on page 13. Please share your wishes with your family, friends, and medical providers.

Parte 2

Tomar sus propias decisiones de atención de salud

Sólo llene las preguntas que quiera.

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

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

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

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

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

- Prefiero tomar decisiones médicas sin las opiniones de otras personas. I prefer to make medical decisions on my own without input from others.
- Prefiero tomar decisiones médicas solo después de recibir las opiniones de otras personas. I prefer to make medical decisions only after input from others.
- Prefiero que otras personas tomen decisiones médicas por mí. I prefer to have other people make medical decisions for me.

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

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

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

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

- Su familia o amigos Your family or friends _____
- Sus mascotas Your pets _____
- Pasatiempos, como la jardinería, caminatas, y cocinar Hobbies, such as gardening, hiking, and cooking
Sus pasatiempos Your hobbies _____
- Trabajo o trabajar como voluntario. Working or volunteering _____
- Cuidarse a sí mismo y ser independiente Caring for yourself and being independent
- No ser una carga para su familia Not being a burden on your family
- Religión y espiritualidad: Su religión Religion or spirituality: Your religion _____
- Alguna otra cosa Something else _____

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

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

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

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

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

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

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

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

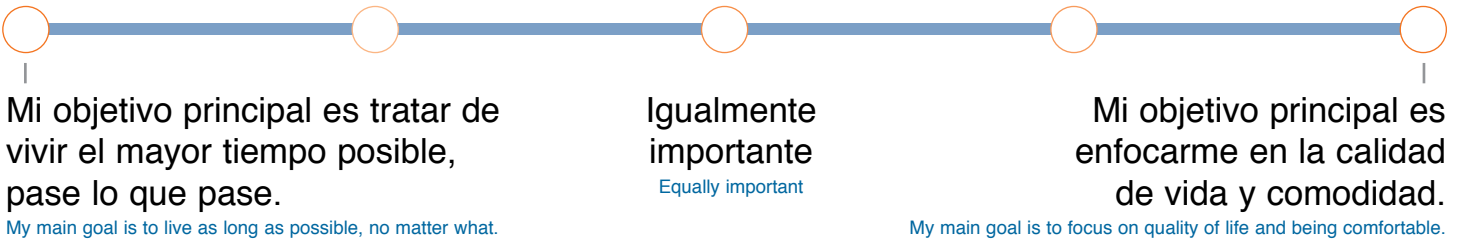
Other people are somewhere in between. What is important to you?

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

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

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

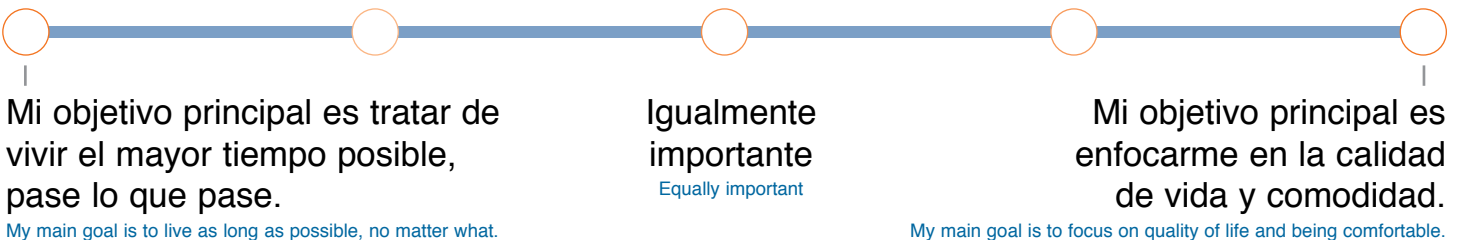
Coloque una X sobre la balanza para mostrar como se siente hoy en su estado actual de salud. *Put an X along this line to show how you feel today, in your current health.*



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

AL FINAL DE LA VIDA *AT THE END OF LIFE*

Coloque una X sobre la balanza para mostrar como se sentiría si estuviera tan enfermo que pudiera morir pronto. *Put an X along this line to show how you would feel if you were so sick that you may die soon.*



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

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

¿Qué sería lo más importante para usted?

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

AL FINAL DE LA VIDA AT THE END OF LIFE

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

Otras personas ya saben que ciertas cosas afectarían negativamente su calidad de vida. Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

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

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

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

- No poder despertar nunca de un coma ni poder hablar con familiares y amigos
Being in a coma and not able to wake up or talk to my family and friends
- No poder vivir sin estar conectado a máquinas Not being able to live without being hooked up to machines
- No poder pensar por mí mismo, como en caso de demencia severa Not being able to think for myself, such as severe dementia
- No poder alimentarme, bañarme, o cuidarme a mí mismo Not being able to feed, bathe, or take care of myself
- No poder vivir por mi cuenta, como vivir en una casa de reposo Not being able to live on my own, such as in a nursing home
- Tener dolor o malestar constante y severo Having constant, severe pain or discomfort
- Alguna otra cosa _____
Something else
- O, estoy dispuesto a enfrentar todas estas cosas para tener la oportunidad de vivir más tiempo.** OR, I am willing to live through all of these things for a chance of living longer.

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

¿Qué experiencias ha tenido con enfermedades serias o con alguien cercano a usted que estaba muy enfermo o muriendo? What experiences have you had with serious illness or with someone close to you who was very sick or dying?

- Si lo desea, puede escribir qué salió bien o qué no salió bien, y por qué.
If you want, you can write down what went well or did not go well, and why.

Si estuviera muriendo, ¿en donde quisiera estar? If you were dying, where would you want to be?

- en casa at home
- en el hospital in the hospital
- cualquiera de las dos opciones either
- No estoy seguro I am not sure

¿Qué otra cosa sería importante, como comida, música, mascotas, o gente que quisiera a su alrededor? What else would be important, such as food, music, pets, or people you want around you?

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

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

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

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

Please read this whole page before making a choice.

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

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

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

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



Marque con una X la opción con la cual esté más de acuerdo.

Check the one choice you most agree with.

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

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

- Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital** que mis médicos crean que pueden ayudar. **Quiero permanecer en tratamientos de soporte vital**, incluso si hay pocas esperanzas de mejorarme o vivir una vida que valoro. *Try all life support treatments that my doctors think might help. I want to stay on life support treatments even if there is little hope of getting better or living a life I value.*
- Deseo probar tratamientos de soporte vital** que mis médicos crean que pueden ayudar. Pero, **NO DESEO permanecer en tratamientos de soporte vital** si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de mejorarme o vivir una vida que valoro. *Do a trial of life support treatments that my doctors think might help. But, I DO NOT want to stay on life support treatments if the treatments do not work and there is little hope of getting better or living a life I value.*
- No deseo tratamientos de soporte vital**, y quisiera enfocarme en sentirme cómodo. Prefiero tener **una muerte natural**. *I do not want life support treatments, and I want to focus on being comfortable. I prefer to have a natural death.*

¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y su persona decisora acerca de su decisión? O, ¿por qué eligió esta opción?

What else should your medical providers and decision maker know about this choice? Or, why did you choose this option?

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

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

DONACIÓN DE ORGANOS ORGAN DONATION

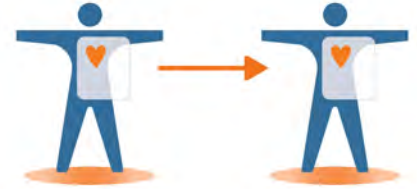
Algunas personas deciden donar sus órganos o partes del cuerpo a otras personas. ¿Cuál sería su preferencia? Some people decide to donate their organs or body parts. What do you prefer?

Deseo donar mis órganos o partes del cuerpo. I want to donate my organs or body parts.

¿Qué órgano o parte del cuerpo desea donar? Which organ or body part do you want to donate?

- Cualquier órgano o parte del cuerpo Any organ or body part
- Sólo Only _____

No deseo donar mis órganos o partes del cuerpo. I do not want to donate my organs or body parts.



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

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

AUTOPSIA AUTOPSY

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

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

- Deseo una autopsia.** I want an autopsy.
- No deseo una autopsia.** I do not want an autopsy.
- Deseo una autopsia sólo si existe alguna duda sobre mi muerte.** I only want an autopsy if there are questions about my death.



DESEOS FÚNEBRES O DE SEPULTURA FUNERAL OR BURIAL WISHES

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

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

- ¿Tiene usted deseos religiosos o espirituales? Do you have religious or spiritual wishes?
- ¿Tiene usted deseos fúnebres o de sepultura? Do you have funeral or burial wishes?

Escoger una persona decisora de atención de salud mental

Choose a Mental Healthcare Decision Maker

En esta sección, usted DEBE poner sus iniciales delante de un testigo o notario. Vea la página 13.

This section MUST be initialed in front of a witness or a notary. See Page 13.

- Esta persona puede tomar decisiones de salud mental por usted si no puede tomarlas por sí mismo.
• Puede ser la misma persona que su persona decisora de atención médica en la Parte 1, u otra persona.
• No puede ser su médico o cualquier persona que le brinde atención médica o atención de salud mental.

¿Desea que su persona decisora de atención de salud mental sea la MISMA que su persona decisora de atención de salud médica en la Parte 1, o alguien DIFERENTE de su persona decisora de atención médica?

Do you want your mental healthcare decision maker to be the SAME as your medical decision maker in Part 1, or someone DIFFERENT from your medical decision maker?

Ponga sus iniciales en la opción con la que más esté de acuerdo. Initial the one choice you most agree with.

Ponga sus iniciales aquí, para permitirle a su persona decisora de atención médica el poder de tomar decisiones de salud mental por usted. Serían tanto su persona decisora de atención de salud médica como su persona decisora de atención de salud mental.

Ponga sus iniciales aquí, si desea que su persona decisora de atención de salud mental sea alguien diferente de su persona decisora de atención médica en la Parte 1.

Si es DIFERENTE de su persona decisora de atención médica en la Parte 1, escriba su nombre aquí.

If DIFFERENT from your Medical Decision Maker in Part 1, write their name here.

Form fields for name (primer nombre, apellido), phone numbers (teléfono # 1, # 2), relationship (relación), address (dirección), city (ciudad), state (estado), and zip code (código postal).

Si la primera persona no puede hacerlo, entonces quiero que esta persona tome mis decisiones de salud mental por mí si no puedo tomarlas yo mismo:

If the first person cannot do it, then I want this person to make my mental healthcare decisions for me if I am not able to make my own:

Form fields for name (primer nombre, apellido), phone numbers (teléfono # 1, # 2), relationship (relación), address (dirección), city (ciudad), state (estado), and zip code (código postal).

En esta sección, usted debe poner sus iniciales delante de un testigo o notario. Vea la página 13.

This section must be initialed in front of a witness or a notary. See Page 13.

Ponga sus iniciales aquí, para permitirle a su persona decisora de atención de salud mental el poder de admitirlo en un programa de hospitalización o hospitalización psiquiátrica parcial.

Si hay decisiones de salud mental que no desea que tomen, escríbalas aquí:

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

Es posible que esta sección no se revoque si no puede tomar decisiones por usted mismo, según lo determine su médico.

This section may not be revoked if you are not able to make decisions for yourself, as determined by your physician.

Si ha terminado, debe firmar este formulario en la página 13. If you are done, you must sign this form on Page 13.



Parte 3

Firmar el formulario Part 3: Sign the form



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

- **firmar este formulario si tiene 18 años de edad o más** sign this form if you are 18 years of age or older
- **tener un testigo o un notario que pueda verle firmar este formulario** have one witness or a notary who can watch you sign this form
- **si elige una persona decisora de atención de salud mental, un testigo o notario también debe verlo poner sus iniciales en la página 12a de este formulario** if you chose a mental healthcare decision maker, one witness or notary must also watch you initial the form on Page 12a

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

_____ firma signature

_____ fecha de hoy today's date

_____ primer nombre en letra de molde first name

_____ apellido en letra de molde last name

_____ fecha de nacimiento DOB

_____ dirección address

_____ ciudad city

_____ estado state

_____ código postal zip code

Testigo o Notario Witness or Notary

Antes de que se pueda usar este formulario, usted debe pedirle a un testigo o a un notario que lo firmen. El trabajo de un notario es verificar que usted es quien está firmando el formulario.

Before this form can be used, you must have 1 witness or a notary sign the form. The job of a notary is to make sure it is you signing the form.

Su testigo debe: Your witness must:

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

Su testigo no puede: Your witness cannot:

- **ser su persona decisora de atención médica o de salud mental** be your medical or mental healthcare decision maker
- **ser su proveedor de atención de salud** be your health care provider
- **tener parentesco con usted** be related to you in any way
- **beneficiarse financieramente (recibir dinero o propiedades) después de su muerte** benefit financially (get any money or property) after you die



Su testigo debe de firmar la página 14. Si eligió a una persona decisora de atención de salud mental, un testigo o notario también debe verlo poner sus iniciales en la página 12a de este formulario. Si no tiene un testigo, un notario tiene que firmar la página 15.

Your witness needs to sign their name on Page 14. If you chose a mental healthcare decision maker, one witness or notary must also watch you initial the form on Page 12a. If you do not have a witness, a notary must sign on Page 15.

Pídale a su testigo que firme con su nombre y anote la fecha.

Have your witness sign their name and write the date.

Por medio de mi firma, doy fe que _____ firmó
 este formulario mientras yo miraba. (la persona nombrada en la página 13)

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



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

También doy fe de que: I also promise that:

- Tengo 18 años de edad o más I am 18 years of age or older
- No soy su persona decisora de atención médica o persona decisora de atención de salud mental I am not their medical decision maker or their mental healthcare decision maker
- No soy su proveedor de atención de salud I am not their health care provider
- No tengo un parentesco de sangre, por matrimonio ni adopción I am not related to them by blood, marriage, or adoption
- No puedo beneficiarme financieramente (obtener dinero o propiedad) después de que la persona muera I cannot benefit financially (get any money or property) after they die

Testigo Witness

_____ firma signature

_____ fecha date

_____ primer nombre en letra de molde print first name

_____ apellido en letra de molde print last name

_____ dirección address

_____ ciudad city

_____ estado state

_____ código postal zip code

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

Comparta este formulario con sus familiares, amigos y proveedores médicos. Hable con ellos sobre sus deseos médicos. Para más información, visite www.prepareforyourcare.org/go/azhha

Share this form with your family, friends, and medical providers. Talk with them about your medical wishes. To learn more go to www.prepareforyourcare.org/go/azhha



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

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

State of Arizona

County of _____

The foregoing instrument was acknowledged before me
this _____ day of _____,
by _____ (person).

NOTARY PUBLIC

Print Name

My Commission expires _____



Directiva de Atención Médica Pre-hospitalización de Arizona (No Resucitar)

Arizona Prehospital Medical Care Directive (Do Not Resuscitate)

Este formulario le indica a los técnicos de emergencias médicas (EMT por sus siglas en inglés) o el personal de la sala de emergencia que no le resuciten. This form tells emergency medical technicians (EMTs) and/or hospital emergency room providers that you do not want CPR.

Una Directiva de Atención Médica Pre-hospitalización es un documento firmado por usted y su proveedor médico si usted toma la decisión que no le resuciten en el caso de que su corazón o respiración pare. A Prehospital Medical Care Directive (Do Not Resuscitate) is a form signed by you and your medical provider if you make the decision you do not want CPR should your heart or breathing stop.

Usted podría desear hablar con su proveedor médico sobre este formulario si está enfermo o débil y su pronóstico no es favorable. Si usted decide llenar este formulario, los técnicos de emergencias médicas o el personal de la sala de emergencia no usarán equipo, drogas, o aparatos para reiniciar el corazón o la respiración, pero no suspenderán las intervenciones médicas que sean necesarias para proveer comodidad o para aliviar el dolor. You may want to talk to your medical provider about this form if you are very ill, weak, and not expected to get better. If you decide to complete this form, EMTs and hospital emergency room providers will not use equipment, drugs, or CPR to start your heart or breathing. They will provide care to make you comfortable.

Si usted está saludable quizá no quiera llenar este formulario.
If you are healthy you may not wish to complete this form.

Requerimientos: Must Do:

- Este formulario debe ser firmado por usted y su proveedor médico
This form must be signed by both your medical provider and you
- Este formulario debe ser impreso en papel naranja brillante This form must be on bright orange paper
- Ponga este formulario en la puerta de su refrigerador Put this form on your refrigerator door so EMTs will see it in case of an emergency and give a copy to your hospital, if you have one

Si la directiva de atención médica pre-hospitalización no está adjunta a este documento, hable con su proveedor médico. If the Prehospital Medical Care Directive form is not attached to this document, ask to talk to your medical provider about it.

¡Este formulario debe ser impreso en papel naranja brillante!

THIS FORM MUST BE PRINTED ON BRIGHT ORANGE PAPER!

**Comparta este formulario con su persona decisora,
familia, amigos y proveedores médicos.**

Hable con ellos sobre sus decisiones médicas.

Share this form with your medical decision maker, family, friends and medical providers.
Talk with them about your medical decisions.

Arizona POLST

Arizona POLST es solamente para personas que tienen enfermedades graves. Al contrario de una directiva avanzada, este formulario es para cuidados médicos en el presente. Completar este formulario siempre es voluntario. *Arizona POLST is only for people who are seriously ill or frail. Unlike a healthcare directive, which is for future care, this form is for care now. Completing this form is always voluntary.*

Arizona POLST es un formulario firmado por usted y su proveedor médico después de haber platicado sobre su enfermedad y los tratamientos que usted quiere o no quiere cuando ocurra una emergencia médica. Ofrece más opciones que el formulario de Directiva de atención médica prehospitalaria (no resucitar). *The Arizona POLST is a form signed by you and your medical provider after talking about your serious illness and what treatments you want or do not want during a medical emergency. It offers more options than the Prehospital Medical Care Directive (Do Not Resuscitate) form.*

Algunas opciones incluyen: *Some of the choices include:*

- resucitación cardiovascular en el caso de que su corazón o respiración pare. *CPR if your heart or breathing stops*
- que le conecten a una máquina para respirar. *If you want to be put on a breathing machine*
- que lo alimenten por un tubo si usted no puede tragar. *If you want to be fed by a tube if you cannot swallow*
- que le mantenga cómodo. *If you only want to be made comfortable.*

La forma Arizona POLST se convierte en una orden médica y es parte de su perfil médico. *The Arizona POLST form results in a medical order and follows you across different healthcare settings as part of your medical record.*

Requerimientos: *Must Do:*

- Tener una conversación con su proveedor médico para asegurarse que entiende su enfermedad y las opciones de tratamientos que le puedan o no puedan ayudar. De esta manera podrá tomar una decisión informada. *Have a conversation with your medical provider to make sure you understand your illness and what treatment options will help or not help you, so you can make informed decisions about your care.*
- Este formulario debe ser firmado por usted y su proveedor médico. *This form must be signed by both your medical provider and you.*

Si el formulario Arizona POLST no está adjunto este documento, hable con su proveedor médico. *If the POLST form is not attached to this document, ask to talk to your medical provider about it.*

El formulario Arizona POLST debe ser imprimido en papel rosa brillante.

THE POLST FORM SHOULD BE PRINTED ON BRIGHT PINK PAPER.