



# Voluntad Anticipada para el Cuidado de la Salud





## VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Instrucciones .....	2
PARTE 1: Qué significa Calidad de Vida para mí .....	4
PARTE 2: Preferencias para la Terminación de la Vida .....	6
PARTE 3: Poder legal para el Cuidado de la Salud .....	8
PARTE 4: Instrucciones para el Cuidado de la Salud .....	10
PARTE 5: Donación de Órganos en Caso de Muerte .....	12
PARTE 6: Firma .....	14
PARTE 7: Requerimiento de Testigo Especial .....	16
PARTE 8: Médico Primario .....	17
PARTE 9: Sigüientes Pasos .....	18
Notas .....	20

## Introducción

Cuando un ser querido sufre de un accidente o de una enfermedad que pone en riesgo su vida, esto provoca mucho estrés a toda la familia. Si esa persona queda inconsciente o incapacitada de alguna forma, alguien deberá tomar decisiones médicas en su nombre. A menos que los deseos del paciente queden registrados, y que él o ella haya designado a alguien para que le represente, pudiera ser imposible que las familias sepan y honren los deseos de sus seres queridos. Por ello es importante tener una Voluntad Anticipada para el Cuidado de la Salud.

Esta funge como un registro legal de sus decisiones e instrucciones referentes a su cuidado en caso de que usted no pueda comunicar o tomar sus propias decisiones. Es un medio legal claro para registrar sus deseos referentes a las medidas de vida asistida, como respiración artificial, nutrición o hidratación. Al tener una Voluntad Anticipada para el Cuidado de la Salud, usted o su ser querido pueden sentirse con la seguridad de que sus deseos referentes al cuidado tanatológico serán comprendidos y respetados.

### Tiene varias opciones sobre cómo utilizar este formulario. Usted puede:

- Nombrar a alguien en quien usted confíe como su representante, o agente del cuidado de la salud, para que tome por usted sus decisiones del cuidado de la salud.
- Proporcionar instrucciones por escrito sobre su propio cuidado en el futuro.
- Nombrar a su agente del cuidado de la salud Y proporcionar instrucciones por escrito.

*Por favor observe: Si decide no proporcionar instrucciones por escrito, su agente del cuidado de la salud tomará las decisiones con base en las indicaciones que usted le dé. Si usted no puede comunicarse, su agente del cuidado de la salud deberá basar las decisiones en su comprensión de los valores y los deseos de usted.*

This space left blank for label

## Instrucciones

**Parte 1: Qué significa Calidad de Vida para mí** — Esta sección de este documento es opcional. Está diseñada para ampliar la información sobre lo que significa para usted la calidad de vida.

**Parte 2: Preferencias para la Terminación de la Vida**, también opcionales, representan la oportunidad de registrar sus preferencias espirituales y de otro tipo referentes a sus últimos momentos y a su ceremonia funeraria.

**Parte 3: Poder legal para el Cuidado de la Salud** le permite nombrar a otra persona como un agente para que tome por usted las decisiones de salud si usted queda incapacitado(a) o determina que desea que alguien más tome esas decisiones por usted. Usted puede nombrar a cualquier persona, incluyendo un compañero o compañera con quien usted no esté casado o casada, como su agente para decisiones médicas. También puede nombrar a un agente como alternativo en caso de que la primera persona a quien eligió no esté dispuesta, no sea capaz o no tenga una disponibilidad razonable para tomar sus decisiones.

Su agente no puede ser un operador ni un empleado de un centro de cuidados residenciales o comunitarios donde usted esté recibiendo cuidados, ni un empleado o proveedor de cuidado de la salud que lo supervise en la institución de cuidado de la salud donde usted recibe el cuidado, a menos que él o ella tenga un parentesco con usted o sea un(a) compañero(a) de trabajo.

**A menos que usted lo indique de otra forma en este formulario, su agente tendrá el derecho de:**

1. Dar o negar el consentimiento para cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de cualquier otra forma un padecimiento mental o físico.
2. Seleccionar o despedir a instituciones y proveedores de cuidado de la salud.
3. Aprobar o rechazar pruebas de diagnóstico, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos.
4. Solicitar la provisión, la suspensión temporal o el retiro de hidratación y nutrición artificiales, así como de las demás formas del cuidado de la salud, incluida la resucitación cardiopulmonar.
5. Donar órganos o tejidos, autorizar una autopsia y decidir cómo se dispondrán los restos.

Sin embargo, su agente no podrá internarlo(a) a usted en un centro de salud mental, ni dar el consentimiento para un tratamiento convulsivo, cirugía con fines psiquiátricos, esterilización ni aborto.

This space left blank for label

**Parte 4: Instrucciones para el Cuidado de la Salud** es donde usted menciona sus preferencias específicas para la terminación de la vida referentes a los cuidados tanatológicos y al alivio del dolor, sin importar si usted nombró o no a un agente. Se le ofrecen opciones para que exprese sus deseos con respecto a la provisión, la suspensión temporal o el retiro de un tratamiento para mantenerlo(a) con vida, así como para la provisión de alivio del dolor. Además puede añadir a las opciones elegidas o escribir cualquier otro deseo adicional. Si desea permitir que su agente decida lo mejor para usted, no es necesario que llene esta parte del formulario.

**Parte 5: Donación de Órganos en caso de Muerte** es donde usted registra sus preferencias con respecto a la donación de sus órganos.

**Parte 6: Firma** es la parte que usted debe firmar y notariar.

**Parte 7: Requerimiento de Testigo Especial** sólo es necesario si usted es paciente en un centro de enfermería especializada y requiere de la firma de un ómbudsman o un defensor de pacientes.

**Parte 8: Médico Primario** es opcional y le permite designar a su médico de cuidados primarios si así lo desea.

**Parte 9: Sigüientes pasos** le ofrecen sugerencias útiles sobre qué hacer una vez que haya llenado su voluntad anticipada para el cuidado de la salud.

Proporcione a su médico una copia del formulario lleno y firmado, así como a cualquier otro proveedor del cuidado de la salud que usted tenga, a cualquier institución en la que esté recibiendo cuidado y a cualquier agente del cuidado de la salud a quien usted haya nombrado. Usted debe hablar con la persona a la que ha nombrado como agente para asegurarse de que él o ella entienda sus deseos y esté dispuesto(a) a asumir la responsabilidad.

**Usted tiene el derecho de revocar esta Voluntad Anticipada para el Cuidado de la Salud o de reemplazar este formulario en cualquier momento.**

This space left blank for label

## PARTE 1: Qué significa Calidad de Vida para mí (opcional)

Es importante para mí que mi agente, mi familia y mis amigos entiendan qué significa para mí la calidad de vida. Comparto algunas de las cosas que disfruto en la vida para que ustedes puedan entender bien qué circunstancias harían que para mí ya no valiera la pena vivir.

**Para mí, un día perfecto incluiría:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Hay hojas adicionales atrás si se necesitan



This space left blank for label

**Yo no desearía seguir vivo si no pudiera:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Hay hojas adicionales atrás si se necesitan

**Yo no desearía seguir vivo si tuviera que:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Hay hojas adicionales atrás si se necesitan

This space left blank for label

## PARTE 2: Preferencias para la Terminación de la Vida (optional)

Todos merecemos morir con dignidad y comodidad. He pensado sobre cómo me gustaría morir, y a continuación menciono mis preferencias.

### Dónde preferiría morir:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Hay hojas adicionales atrás si se necesitan

### En mis últimos momentos, me gustaría tener lo siguiente (oraciones, música, rituales):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Hay hojas adicionales atrás si se necesitan

This space left blank for label

**Mi creencia espiritual/religiosa:**

Tengo fe \_\_\_\_\_. Si tengo una enfermedad grave o si estoy por morir, me gustaría que me agente le avise a la \_\_\_\_\_ (iglesia/templo/mezquita) en \_\_\_\_\_ (ciudad/estado), al \_\_\_\_\_ (teléfono).

**Me gustaría que mi funeral incluyera lo siguiente (oraciones, música, rituales):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Hay hojas adicionales atrás si se necesitan



This space left blank for label

### PARTE 3: Poder legal para el Cuidado de la Salud

Un agente puede ser el/la cónyuge, un(a) familiar o un(a) amigo(a) de confianza. La elección es totalmente suya. Lo que importa es elegir a alguien en quien usted confíe para que honre sus deseos. Es fundamental que usted se tome un tiempo para explicar sus puntos de vista y sus metas del tratamiento a su agente, y para que se asegure de que él/ella entienda y se sienta cómodo(a) con sus deseos.

#### Designación del Agente

Nombre a la siguiente persona como mi agente para que tome las decisiones del cuidado de la salud por mí:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: \_\_\_\_\_

**Opcional:** Si revoco la autoridad de mi agente o si mi agente no está dispuesto, no es capaz o no tiene una disponibilidad razonable para tomar mis decisiones del cuidado de la salud, nombro a la siguiente persona como mi agente alternativo:

Primer agente supiente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: \_\_\_\_\_

Segundo agente supiente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

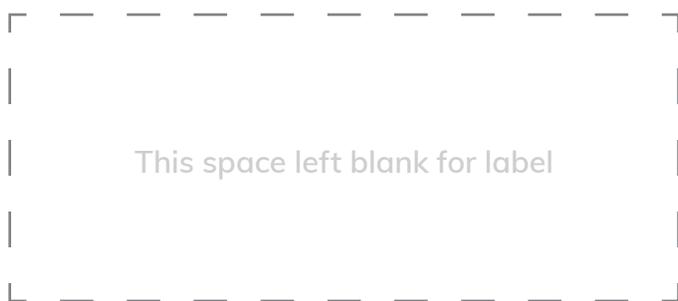
Tel. casa: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: \_\_\_\_\_

#### Autoridad del Agente

Mi agente tiene la autorización para tomar todas mis decisiones del cuidado de la salud, incluidas las decisiones de proporcionar, suspender temporalmente o retirar la hidratación y la nutrición artificiales, así como cualquier otra forma de cuidado de la salud para mantenerme vivo(a), excepto con lo siguiente:

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

Hay hojas adicionales atrás si se necesitan









### Alivio del Dolor

Excepto lo establecido en el espacio siguiente, indico que en todo momento se me proporcione n tratamiento para aliviar el dolor o la incomodidad, incluso si esto adelanta mi muerte:

---

---

---

---

---

Hay hojas adicionales atrás si se necesitan

### Otros deseos

Si usted no está de acuerdo con ninguna de las opciones anteriores y desea escribir sus propios deseos, o si quiere añadir algo a las instrucciones anteriores, puede hacerlo aquí: Indico que:

---

---

---

---

---

Hay hojas adicionales atrás si se necesitan

This space left blank for label

## PARTE 5: Donación de Órganos en Caso de Muerte (opcional)

### Después de mi muerte

Su agente puede determinar esto por usted en caso de que usted no tenga una preferencia establecida.

Dono cualquier órgano, tejido o parte de mi cuerpo, en caso de que sean necesarios.

X \_\_\_\_\_  
Iniciales aquí

O

Dono sólo los siguientes órganos, tejidos o partes de mi cuerpo:

X \_\_\_\_\_  
Iniciales aquí

---

---

---

---

O

No autorizo la donación de ningún órgano, tejido ni parte de mi cuerpo.

X \_\_\_\_\_  
Iniciales aquí



This space left blank for label

**Si desea donar órganos, tejidos o partes de su cuerpo, debe llenar las secciones A y B.**

**A. Mi donación es para los siguientes propósitos.**

Iniciales al lado de todos los que apliquen:

Transplante:  \_\_\_\_\_  
Iniciales aquí

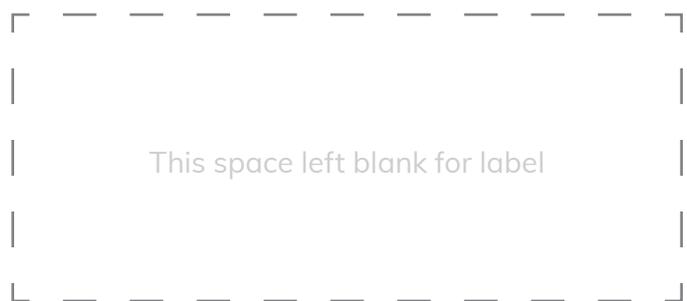
Investigación:  \_\_\_\_\_  
Iniciales aquí

Terapia:  \_\_\_\_\_  
Iniciales aquí

Enseñanza:  \_\_\_\_\_  
Iniciales aquí

**B. Entiendo que los bancos de tejidos trabajan con distribuidores y procesadores de tejidos tanto sin como con fines de lucro. Es posible que la piel donada pudiera utilizarse para propósitos de cirugía reconstructiva o cosmética. Es posible que los tejidos donados pudieran utilizarse para trasplantes fuera de los Estados Unidos.**

1. Mi piel donada pudiera utilizarse para propósitos de cirugías cosméticas.  SÍ / NO \_\_\_\_\_  
Iniciales aquí
2. Mis tejidos donados pudieran utilizarse para aplicaciones fuera de los Estados Unidos.  SÍ / NO \_\_\_\_\_  
Iniciales aquí
3. Mis tejidos donados pudieran utilizarse por parte de distribuidores y procesadores con fines de lucro.  SÍ / NO \_\_\_\_\_  
Iniciales aquí



## PARTE 6: Firma

Este formulario debe tener las firmas de usted y de dos testigos calificados, o tener la aprobación de un notario público. Firme y escriba la fecha del formulario aquí:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ am / pm

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre con letra de molde: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

### Declaración del testigo

Declaro, so pena de perjurio conforme a las leyes de California, **(1)** que la persona que firmó o que atestiguó esta Voluntad Anticipada para el Cuidado de la Salud es alguien a quien conozco personalmente, o que se comprobó por mi parte mediante evidencias contundentes la identidad de esa persona, **(2)** que la persona firmó o atestiguó esta voluntad anticipada en mi presencia, **(3)** que la persona parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y bajo ninguna coerción, fraude ni influencia injustificada, **(4)** que yo no soy una persona designada como agente en esta voluntad anticipada, y **(5)** que no soy el proveedor de cuidado de la salud de la persona, ni un empleado del proveedor de cuidado de la salud de la persona, ni el operador de un centro de cuidados comunitarios, ni un empleado de un operador de un centro de cuidados comunitarios, ni el operador de un centro de cuidados residenciales para adultos mayores, ni un empleado de un operador de un centro de cuidados residenciales para adultos mayores.

### Primer testigo

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ am / pm

Firma (del notario): \_\_\_\_\_

Nombre con letra de molde (testigo): \_\_\_\_\_

### Segundo testigo

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ am / pm

Firma (del notario): \_\_\_\_\_

Nombre con letra de molde (testigo): \_\_\_\_\_



## Declaración adicional del testigo

Al menos uno de los testigos anteriores también debe firmar la siguiente declaración:

Además declaro, so pena de perjurio conforme a las leyes de California, que no tengo ninguna relación con la persona que ejecuta esta Voluntad Anticipada para el Cuidado de la Salud, ni de sangre, ni de matrimonio, ni de adopción, y que según mi leal saber y entender yo no tengo derecho a ninguna de las propiedades de la persona tras su fallecimiento conforme a un testamento que en estos momentos esté vigente o exista conforme a la ley.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ am / pm

Firma (del notario): \_\_\_\_\_

Nombre con letra de molde (testigo): \_\_\_\_\_

## Usted puede utilizar este certificado de reconocimiento ante un notario público en lugar de la declaración del testigo

Estado de California, Condado de: \_\_\_\_\_

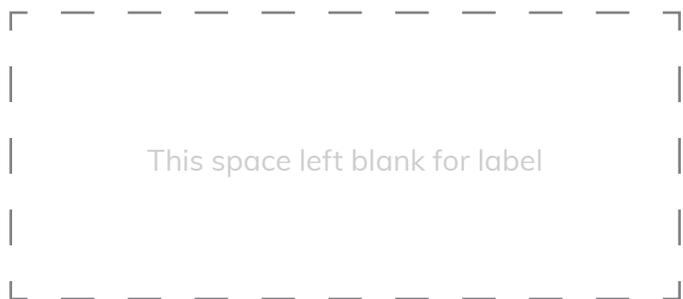
El día (fecha) \_\_\_\_\_ ante mí, (nombre y puesto del funcionario) \_\_\_\_\_

se presentó(presentaron) en persona (nombre(s) del/de los firmante(s)), \_\_\_\_\_ quien(es) comprobó/comprobaron ante mí mediante evidencias satisfactorias ser la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) aparece(n) en el presente instrumento y reconoció/reconocieron ante mí que él/ella/ellos ejecutó/ ejecutaron el mismo conforme a su(s) capacidad(es) autorizada(s); y mediante su(s) firma(s) en el instrumento, la(s) persona(s) o la entidad en el nombre del cual la(s) persona(s) actuó/actuaron, ejecutó/ejecutaron el instrumento..

Certifico so PENA DE PERJURIO conforme a las leyes del Estado de California que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

EN FE de lo cual, firmo y estampo el sello oficial. [Sección 1189 del Código Civil]

Firma (del notario): \_\_\_\_\_ [SELLO]





## PARTE 7: Requerimiento de Testigo Especial

Si usted es un paciente en un centro de enfermería especializada, el defensor de pacientes o el ómbudsman deben firmar la siguiente declaración:

### Declaración del Defensor de Pacientes o del Ómbudsman

Declaro, so pena de perjurio conforme a las leyes de California, que soy un defensor de pacientes u ómbudsman según lo designa del Departamento Estatal para Adultos Mayores y que funjo como testigo conforme a lo requerido por la Sección 4675 del Código Sucesorio..

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ am / pm

Firma (defensor del paciente u ómbudsman): \_\_\_\_\_

Nombre con letra de molde (defensor del paciente u ómbudsman): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## PARTE 8: Médico Primario (opcional)

### Designo a la siguiente persona como mi médico primario:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

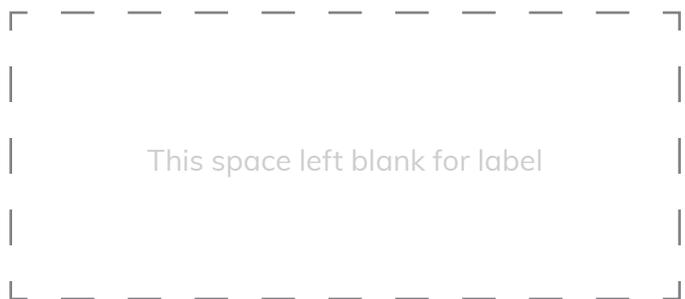
Tel: \_\_\_\_\_

**Opcional:** Si este médico no está dispuesto, no es capaz o no tiene una disponibilidad razonable para fungir como mi médico primario, designo a la siguiente persona como mi médico primario:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_



## PARTE 9: Sigüientes Pasos

Su Voluntad Anticipada para el Cuidado de la Salud está completa. ¿Ahora qué?

### Hable con sus seres queridos

Si aún no lo ha hecho, revise sus deseos para el cuidado de la salud con su agente y asegúrese de que él o ella esté dispuesto(a) y sea capaz de cumplir con sus deseos. Luego, converse con el resto de su familia y con cualquier amistad cercana que pudiera necesitar saber sobre sus decisiones del cuidado de la salud. Asegúrese de que ellos entiendan sus deseos y de que sepan a quién seleccionó usted como su agente.

### Saque copias de su Voluntad y distribúyalas

Dé una copia de su Voluntad Anticipada para el Cuidado de la Salud a su agente y otra a su médico. Hable con su médico sobre sus deseos para asegurarse de que él/ella los entienda. Guarde una copia de su voluntad y téngala en un lugar donde se pueda hallar fácilmente.

### Tenga con usted una copia de su Voluntad en estos casos

Si irá a un hospital o centro de enfermería, o si tiene planificado estar fuera de su hogar durante un periodo prolongado.

### Revise periódicamente su Voluntad

Con el tiempo, sus creencias, relaciones o salud general pudieran cambiar. Algo pudiera pasarle a su agente, o su relación con esa persona pudiera cambiar. En general, es buena idea revisar su voluntad en las siguientes circunstancias:

- Tras la muerte de un ser querido.
- Un cumpleaños importante, como una nueva década de vida.
- Divorcio u otro cambio importante en la familia.
- Recibir el diagnóstico de un padecimiento grave de salud, o sufrir de una disminución física, especialmente si esto pone en riesgo su capacidad para vivir de forma independiente.

### Para cambiar su Voluntad Anticipada para el Cuidado de la Salud

Si cambian sus deseos, simplemente llene un formulario nuevo. Dígale a su agente, a su médico, a su familia y a las demás personas que tengan una copia de su directiva anterior; y asegúrese de que reciban la copia actualizada.



## Copias de documentos

Las siguientes partes han recibido copias de mi Voluntad Anticipada para el Cuidado de la Salud:

### Agente principal

Nombre: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Correo electró: \_\_\_\_\_

### Primer agente suplente

Nombre: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Correo electró: \_\_\_\_\_

### Segundo agente suplente

Nombre: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Correo electró: \_\_\_\_\_

### Proveedor de cuidado de la salud/Hospital/Consultorio médico

Nombre: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Correo electró: \_\_\_\_\_

### Otro

Nombre: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Correo electró: \_\_\_\_\_



This space left blank for label







**MarinHealth Medical Center**  
250 Bon Air Road  
Greenbrae, CA 94904

1-415-925-7000 | [www.mymarinhealth.org](http://www.mymarinhealth.org)

"MarinHealth"™ and the MarinHealth logo are registered servicemarks of Marin General Hospital and used by its affiliates pursuant to licensing arrangements.

Connect with us      

JUL 51097