

# Directiva Psiquiátrica Anticipada

Una Directiva Psiquiátrica Anticipada (DPA), es un documento legal que preparas cuando estás mentalmente estable. Esta es tu oportunidad de escribir cómo quieres ser tratado si tuvieras una emergencia de salud mental en el futuro. Te da una voz cuando no estás mentalmente bien y tranquilidad cuando estes bien. Haciendo esto podras permitir identificar a persona(s) de confianza que se asegurarán de que se cumplan tus deseos en el improbable caso de que tuvieras una emergencia de salud mental.

## Considera los beneficios al crear una (DPA)

1. **Aclarar las preferencias de Tratamiento:** Una DPA permite a las personas expresar sus preferencias de tratamiento por adelantado. Esto puede ser crucial durante momentos en los que pueden carecer de la capacidad cognitiva para tomar decisiones sobre su propio cuidado.
2. **Protección contra Tratamientos no Deseados:** Al especificar sus preferencias, las personas pueden protegerse de recibir tratamientos que no desean. Esto les permite mantener el control sobre su cuidado durante una crisis.
3. **Comunicación Simplificada:** Un DPA proporciona instrucciones claras a los proveedores de salud, miembros de familia y otras personas involucradas. Esto ayuda a simplificar la comunicación durante emergencias, asegurando que todos estén al tanto de las preferencias de la persona.
4. **Mejor Recuperación:** Cuando el tratamiento se alinea con las preferencias de una persona, puede mejorar su proceso de recuperación. Tener un DPA asegura que el cuidado proporcionado sea consistente con sus deseos, promoviendo mejores resultados.
5. **Promoción de Autonomía:** Un DPA permite a las personas afirmar su autonomía al expresar sus deseos de tratamiento. Asegura que su voz sea escuchada, incluso cuando no pueden comunicarse directamente.

Recuerda que crear una Directiva Psiquiátrica Anticipada es un metodo preventivo que puede empoderar a las personas para defender su propio cuidado de salud mental durante tiempos difíciles.

Las personas preparan DPAs cuando se sienten bien y pueden pensar claramente sobre lo que quieren. Los DPAs se utilizan si la persona no puede tomar decisions propias durante una emergencia de salud mental.

Para aquellos que desean completar su DPA electrónicamente el formulario esta disponible en la siguiente página web <https://dhs.saccounty.gov/BHS/Pages/MHSA/Peer-Support-Specialists/Medi-Cal-Peer-Support-Specialists-Homepage.aspx>

Si necesita asistencia técnica y entrenamiento puede comunicarse con los Gerentes del Programa de Especialistas en Salud Conductual directamente al correo electronico [BHSPeerCertification@saccounty.gov](mailto:BHSPeerCertification@saccounty.gov).

**Directivas Anticipada de Cuidado de Salud de \_\_\_\_\_**

Su nombre

**Instrucciones Incluidas en Mi Directiva**

Marque con una paloma ✓ en la columna izquierda por cada sección que haya completado.

#	<b>PARTE I Nombramiento de un Representante de Atención Médica</b>
1	Designación de Representante de Atención Médica Designación de Representante de Atención Médica Alternativo
2	Autoridad Otorgada a Mi Representante
3	Mi Opción en cuanto a un Conservador Nombrado por la Corte
#	<b>PARTE II Declaración de Instrucciones Individuales de Atención de Salud Mental</b>
4	¿A quién, además de mi Representante de Atención Médica, Debería ser Notificado Inmediatamente de mi Admisión en un Centro Psiquiátrico?
5	Mi Opción de Centro de Tratamiento y Alternativas a la Hospitalización si se Considera que la Atención durante las 24 horas es Médicamente Necesaria para Mi Seguridad y Bienestar
6	Mi Médico de Cabecera que Tendrá la Responsabilidad Primaria sobre mi Cuidado de Salud Mental es:
7	Mis Opciones sobre los Médicos que Me Tratarán si Estoy Hospitalizado y mi Médico de Cabecera no está Disponible
8	Mis Opciones con Respecto a Métodos para Evitar Situaciones de Emergencia
9	Mis Opciones con Respecto a Intervenciones de Emergencia
9 (a)	Mis Opciones con Respecto a Medicamentos <b>Rutinarios</b> para el Tratamiento Psiquiátrico
9(b)	Mis Opciones con Respecto a Medicamentos Psiquiátricos de <b>Emergencia</b>
10	Mis Opciones con Respecto a la Terapia Electroconvulsiva
11	Se prohibirá que las siguientes personas me visiten
12	Otras Instrucciones Sobre el Cuidado de la Salud Mental
13	Mi Médico de Cabecera que Tendrá Responsabilidad Principal de mi Salud Física es:
14	Declaración de Deseos, Disposiciones Especiales y Limitaciones

#	<p style="text-align: center;"><b>PARTE II. (b)</b>  <b>Instrucciones individuales de Cuidado de la Salud Física</b></p>
15	Mis Opciones con Respecto a los Estudios Experimentales y Pruebas de Medicamentos
16	Mis Instrucciones al Respecto sobre Tratamiento para Sostenimiento de Vida
17	Mis Opciones al Respecto a Donaciones Anatómicas
18	Mis Instrucciones con Respecto a la Autopsia
19	Opciones con Respecto a la Disposición de Mis Restos

## **Instrucciones Anticipadas para el Cuidado de la Salud de**

(Su Nombre) \_\_\_\_\_

### **PARTE 1**

#### **NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE PARA EL CUIDADO DE SALUD**

**\*\* ASEGÚRESE DE ENTREGAR A SU REPRESENTANTE  
UNA COPIA DE TODAS LAS SECCIONES DE ESTE DOCUMENTO\*\***

Si no se nombra a un representante en la sección de Poder Notarial para la Atención Médica de este documento, o si no se puede localizar al representante, los proveedores de atención médica deben seguir cualquier Instrucciones Individuales para la Atención Médica contenidas en este documento. Secciones 4670, 4671 del Código de Sucesiones de California. Un representante tiene prioridad sobre cualquier otra persona para tomar decisiones de Atención Médica para los pacientes. Sección 4685 del Código de Sucesiones de California.

#### **DECLARACIÓN DE INTENCIÓN DE NOMBRAR A UN REPRESENTANTE:**

Yo, (su nombre) \_\_\_\_\_, estando en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo a un representante de atención médica a tomar ciertas decisiones en mi nombre con respecto a mi tratamiento de salud cuando no este competente para hacerlo, a menos que marque esta casilla , en cuyo caso daré la autoridad a mi representante para tomar decisiones de atención médica inmediatamente. Tengo la intención de que esas decisiones se tomen de acuerdo con mis deseos expresados en el presente documento. Si no he expresado una opción en este documento, autorizo a mi representante a tomar la decisión.

## 1. Designación de Representante de Cuidado de la Salud

\_\_\_\_\_ A. Yo designo y nombro a la siguiente persona como mi representante para que tome decisiones de atención médica por mí según lo autorizado en este documento. Esta persona debe ser notificada inmediatamente si soy admitido en un centro psiquiátrico.

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Día: \_\_\_\_\_ Teléfono de Noche: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

### Designación de Representante Alternativo de Atención Médica

Si la persona nombrada anteriormente no está disponible, no puede o no desea servir como mi representante, por la presente nombro y deseo notificar inmediatamente a mi representante alternativo de la siguiente manera:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Día: \_\_\_\_\_ Teléfono de Noche: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

## 2. Autoridad Otorgada a Mi Representante

Si me vuelvo incapaz de dar mi consentimiento informado para tratamiento de cuidado de la salud, o si marqué la casilla debajo de "Declaración de Intención de Nombrar A Un Representante" haciendo que la autoridad de mi representante para tomar decisiones por mí se haga efectivo inmediatamente, por este medio otorgo a mi representante pleno poder y autoridad para tomar decisiones de cuidado de salud por mí, incluyendo el derecho de autorización, rechazar el consentimiento o retirar el consentimiento a cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento de salud, consistente con cualquier instrucciones y/o limitaciones que haya establecido en esta directiva anticipada EXCEPTO lo que indico aquí. Si no he expresado una opción en esta directiva anticipada, autorizo a mi representante a tomar la decisión que mi representante determine es la decisión que yo tomaría si estuviera competente para hacerlo.


## 3. Mi Opción Respecto a un Conservador Nombrado por el Tribunal

En el caso de que un tribunal decida nombrar a un conservador que tomará decisiones con respecto a mi tratamiento de salud, deseo que la siguiente persona sea nombrada.

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Día: \_\_\_\_\_ Teléfono de Noche: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

La nominación de un conservador u otro tomador de decisiones no le dará al conservador o tomador de decisiones el poder de revocar, suspender o terminar mis instrucciones individuales de cuidado de la salud o los poderes de mi representante.

**\*\*ASEGURATE DE DARLE A TU REPRESENTANTE Y REPRESENTANTE ALTERNATIVO UNA COPIA DE TODAS LAS SECCIONES DE ESTE DOCUMENTO \*\***

Directiva Anticipada de Cuidado de la salud de \_\_\_\_\_  
(su nombre)

**PARTE II(a) DECLARACIÓN DE  
INSTRUCCIONES INDIVIDUALES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD  
MENTAL**

*En esta parte, usted indica cómo desea ser tratado (por ejemplo, a qué hospital desea ser llevado, qué medicamentos prefiere) si se incapacita o no puede expresar sus propios deseos. Si quiere que se aplique un párrafo, pon sus iniciales antes de la letra del párrafo. Si no quiere que el párrafo se aplique a usted, deja la línea en blanco.*

**NINGUNA INSTRUCCIÓN DE CUIDADO DE LA SALUD MENTAL O  
FÍSICA CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO PUEDE SER LLEVADO  
ACABO EN CONTRA DE MIS DESEOS.**

**4. ¿Quién, además de mi representante de Cuidado de Salud, Debería ser Notificado Inmediatamente de Mi Admisión a un Centro Psiquiátrico?**

*Asegúrese de incluir al representante y a cualquier representante alternativo que usted designe en su Poder Notarial Duradero, si tiene uno.*

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Día: \_\_\_\_\_ Teléfono de Noche: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

---

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Día: \_\_\_\_\_ Teléfono de Noche: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

---

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Día: \_\_\_\_\_ Teléfono de Noche: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

---

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Día: \_\_\_\_\_ Teléfono de Noche: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

---

**5. Mi Opción de Centro/Instalación de Tratamiento y Opciones Alternativas a la Hospitalización si se Considera Médicamente Necesario el Cuidado de 24 Horas para mi Seguridad y Bienestar**

\_\_\_\_\_ A. En el caso de que mi condición psiquiátrica sea lo suficientemente grave como para requerir cuidado de 24 horas y no tenga condiciones físicas que requieran acceso inmediato a atención médica de emergencia, preferiría recibir este cuidado en los siguientes programas/instalaciones en lugar de hospitalización psiquiátrica.

Nombre de la Instalación: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

Nombre de la Instalación: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

Nombre de la Instalación: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ B. En el caso de que tenga que ser admitido en un hospital para cuidado de las 24 horas, preferiría recibir atención en los siguientes hospitales:

Nombre de Hospital: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C. No deseo ser admitido en los siguientes hospitales o programas/instalaciones para cuidado psiquiátrica por las razones que he enumerado:

Nombre de la Instalación: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

Nombre de la Instalación: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

**6. El siguiente Médico de Cabecera Tendrá la Responsabilidad Primaria de mi Cuidado de Salud Mental:**

Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

**7. Mis Opciones sobre los Médicos que Me Tratarán si Estoy Hospitalizado y mi Médico de cabecera no está disponible**

Ponga sus iniciales antes de la letra si desea que uno o ambos párrafos se apliquen.

\_\_\_\_\_ A. Mi opción de médico tratante si el médico anterior no está disponible es:

Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

O si ninguno de los dos está disponible

Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

O si ninguno de los anteriores está disponible

Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ B. No deseo ser tratado por los siguientes médicos, por las razones indicadas:

Dr. \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

O

Dr. \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

O

Dr. \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

## 8. Mis Opciones para Evitar Situaciones de Emergencia

Si durante mi admisión o compromiso en un centro de tratamiento de salud mental se determina que estoy teniendo un comportamiento que requiere una intervención de emergencia, prefiero las siguientes opciones para ayudarme a recuperar el control:

*Rellené los números en las cajillas, dando 1 a tu primera opción, 2 a tu segunda, y así sucesivamente hasta que cada uno tenga un número. Si su opción no está en la lista, escríbala después de "otro" y asígnele un número también.*

- Proporcionar un lugar privado y tranquilo
- Tener un empleado de salud de mi preferencia y hablar conmigo personalmente
- Permitirme hacer ejercicio físico
- Ofrecerme actividades recreativas
- Ayudarme a llamar a un amigo o familiar por teléfono
- Ofrecerme la oportunidad de tomar un baño caliente
- Ofrecerme medicamentos
- Ofrecerme un cigarrillo
- Permitirme salir a la calle
- Proporcionarme materiales para escribir un diario o hacer obras de arte
- Ofrecerme ayuda con ejercicios de respiración o calmantes
- Proporcióname un radio para escuchar
- Otras Opciones: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

## 9. Mis Opciones con Respecto a las Intervenciones de Emergencia

Si, durante una admisión o compromiso en un centro de tratamiento de salud mental, se determina que estoy teniendo un comportamiento que requiere una intervención de emergencia (por ejemplo, reclusión y/o restricción física y/o medicamentos), mis deseos con respecto a qué forma de intervenciones de emergencia deben hacerse de la siguiente manera. Prefiero estas intervenciones en el siguiente orden:

*Rellena los números en las cajillas, dando 1 a tu primera opción, 2 a tu segunda, y así sucesivamente hasta que cada uno tenga un número. Si una intervención que prefieres no está en la lista, escríbela después de "otro" y dale un número también. Si no quieres que nunca se use una intervención enumerada, táchela y explique por qué bajo "Razones de mis Opciones".*

	Razones de mis Opciones
<input type="checkbox"/> Reclusión	_____
<input type="checkbox"/> Restricciones físicas	_____
<input type="checkbox"/> Reclusión y restricción física (combinados)	_____
<input type="checkbox"/> Medicamentos por inyección	_____
<input type="checkbox"/> Medicamentos en forma de píldora	_____
<input type="checkbox"/> Medicación líquida	_____
<input type="checkbox"/> Durante la reclusión y/o la restricción, prefiero ser revisado por personal <b>femenino</b>	_____
<input type="checkbox"/> Durante la reclusión y/o la restricción, prefiero que me revisado por personal <b>masculino</b>	_____
<input type="checkbox"/> Otros: _____	_____
_____	_____

*Ver Sección 9(b) para conocer las opciones con respecto a los medicamentos de emergencia.*

Espero que las opciones de medicamentos en una situación de emergencia reflejen cualquier opción que haya elegido en esta Sección 9(b).

**Las Opciones que expreso en esta sección y en la Sección 9(b) con respecto a los medicamentos es para situaciones de emergencia solamente y no constituyen consentimiento para el uso de los medicamentos y tratamientos que no sean de emergencia.**

**9 a). Mi Opción con Respecto a los Medicamentos Rutinarios para el Tratamiento Psiquiátrico**

*En esta sección, puedes elegir cualquiera de los párrafos A-G que quisieras aplicar. Asegúrate de poner tus iniciales junto a la letra que elijas.*

Si se determina que no soy legalmente competente para dar mi consentimiento o rechazar medicamentos relacionados con mi tratamiento de salud mental, mis deseos son los siguientes:

---

\_\_\_\_\_ A. Doy mi consentimiento para los medicamentos acordados por mi representante, después de consultar con mi médico tratante y cualquier otra persona que mi representante considere apropiado. Tengo las siguientes reservaciones con respecto a los medicamentos descritos en letra (D) abajo.

---

\_\_\_\_\_ B. Doy mi consentimiento y autorizo a mi representante a dar su consentimiento para la administración de:

Nombre de Medicamento o Tipo de Medicamento	NO exceder la siguiente dosis por día	En tal dosis que determine el Dr. _____
_____	_____	O Si no está el Dr. disponible, entonces por el Dr. _____ _____
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	

\_\_\_\_\_ C. Doy mi consentimiento a los medicamentos que el Doctor \_\_\_\_\_ considere apropiados.

Cuya dirección y teléfono son: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9(a) Continuación**

\_\_\_\_\_ D. Específicamente, no doy mi consentimiento y no autorizo a mi representante a dar su consentimiento para la administración de los siguientes medicamentos o sus respectivos nombres comerciales, o equivalentes genéricos:

Nombre del Medicamento	Motivo del Rechazo
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

\_\_\_\_\_ E. Estoy dispuesto a tomar los medicamentos excluidos en (D) anterior si mi única razón para excluirlos son sus efectos secundarios y la dosis puede ajustarse para eliminar esos efectos secundarios.

\_\_\_\_\_ F. Me preocupan los efectos secundarios de los medicamentos y no doy mi consentimiento ni autorizo a mi representante a consentir a ningún medicamento que tenga cualquiera de los efectos secundarios que he marcado abajo con un nivel de incidencia del 1% o más.

*(marque todo lo que corresponda).*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Discinesia tardía            | <input type="checkbox"/> Náuseas /vómitos              |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sensación         | <input type="checkbox"/> Síndrome Neuroléptico Maligno |
| <input type="checkbox"/> Inquietud motora             | <input type="checkbox"/> Otros _____                   |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                 | _____  |
| <input type="checkbox"/> Rigidez muscular/esquelética | _____  |
| <input type="checkbox"/> Temblores                    |  |

\_\_\_\_\_ G. Tengo las siguientes opciones sobre los medicamentos psiquiátricos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9(b) Mis Opciones con Respecto a la Medicación Psiquiátrica de Emergencia**

Si durante mi admisión o internamiento en un centro de salud mental se determina que estoy teniendo un comportamiento que requiere medicamentos psiquiátricos de emergencia, prefiero los siguientes medicamentos:

<b>Nombre de Medicamento O Tipo de Medicamento</b> _____ _____ _____ _____ _____	<b>No exceder la siguiente dosis por día</b> _____ _____ _____ _____	<b>O En las dosis determinadas por el Doctor:</b> _____  <b>O Si no está disponible entonces por el Doctor:</b> _____
---	--	---

**Las Opciones que expreso en esta sección con respecto a los medicamentos es para situaciones de emergencia solamente y no constituyen consentimiento para el uso de los medicamentos y tratamientos que no sean de emergencia.**

**10. Mis Opciones con Respecto a la Terapia Electroconvulsiva**

\_\_\_\_\_ A. No Doy mi consentimiento para la administración de terapia electroconvulsiva.

\_\_\_\_\_ B. Según la ley de California, esta Directiva no puede ser utilizada para dar consentimiento para terapia electroconvulsiva. Sin embargo, si me administran terapia electroconvulsiva, tengo las siguientes opciones:

- No se me administrará más del siguiente número de tratamientos
- Se me administrará el número de tratamientos que el Doctor \_\_\_\_\_ considere apropiado por el médico, cuyo número de teléfono y dirección es: \_\_\_\_\_

**11. Las Sigüientes Personas tienen prohibido visitarme:**

**Nombre**

**Relación**

---

---

---

---

---

---

**12. Instrucciones Adicionales Sobre el Cuidado de la Salud Mental**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*(Puede incluir páginas adicionales si necesita más espacio para completar su declaración. Si incluye páginas adicionales, debe firmar y poner fecha en CADA una de las páginas adicionales al mismo tiempo que firme con fecha este documento.)*

**Directivas Anticipadas para el Cuidado de la Salud de \_\_\_\_\_**  
(Su nombre)

**PARTE II(b)**  
**INSTRUCCIONES INDIVIDUALES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD**  
**FÍSICA**

**NINGUNA INSTRUCCIÓN INDIVIDUAL DE SALUD MENTAL O FÍSICA  
INCLUIDA EN ESTE DOCUMENTO PUEDE SER REALIZADA CONTRA  
DE MIS DESEOS**

**13. Mi Médico De Cabecera que tendrá la responsabilidad de mi cuidado de la salud física es:**

Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

**O si el médico anterior no está disponible, entonces solicito:**

Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

**O si ninguno de los anteriores está disponible, entonces solicito:**

Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

-----  
Específicamente, no quiero ser tratado por los siguientes médicos:

Dr. \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

O

Dr. \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

O

Dr. \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

**14. Declaración de Deseos, Disposiciones Especiales y Limitaciones**

\_\_\_\_\_ A. Expreso específicamente los siguientes deseos con respecto a estas decisiones de cuidado de salud:

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

\_\_\_\_\_ B. Y específicamente esta Directiva Anticipada está limitada de la siguiente manera:

*(Puede incluir páginas adicionales si necesita más espacio para completar su declaración. Si incluye páginas adicionales, debe firmar e incluir fecha en CADA una de las páginas adicionales al mismo tiempo que firme con fecha este documento.)*

## **15. Mis Opciones con Respecto a los Estudios Experimentales y Pruebas de Medicamentos**

**No participaré en estudios experimentales ni pruebas de medicamentos**

Según los cambios recientes en la ley de California, un representante de cuidado de salud, si se ha designado uno, un curador, un miembro de la familia o una pareja domestica pueden consentir la participación en un experimento médico en nombre de una persona que no puede consentir bajo circunstancias muy específicas. Consulta el Código 24178 de Salud y Seguridad para obtener una lista de estas circunstancias específicas.

Completa esta sección **sólo** si no consientes la participación en experimentos médicos bajo ninguna circunstancia.

**16. Mis Instrucciones con Respecto al Tratamiento para Sostener la Vida**

\_\_\_\_\_ A. **No quiero** que mi vida sea prolongada y no quiero que se me proporcione o continúe el tratamiento para sostener la vida: (1) si estoy en coma irreversible o en estado vegetativo persistente; o (2) si tengo una enfermedad terminal y la aplicación de procedimientos para sostener la vida sólo serviría para retrasar artificialmente el momento de mi muerte; o (3) bajo cualquier otra circunstancia donde las cargas del tratamiento superen los beneficios esperados. Quiero que el alivio del sufrimiento y la calidad, así como la posible extensión de mi vida a la hora de tomar decisiones relativas al tratamiento para prolongar la vida.

O

\_\_\_\_\_ B. Quiero que mi vida sea prolongada y quiero que me proporcionen un tratamiento para sostener la vida a **menos que esté en coma o en estado vegetativo** que mi médico crea razonablemente que es irreversible. Una vez que mi médico ha llegado a la conclusión razonable que permaneceré inconsciente por el resto de mi vida, **no quiero** que se me proporcione o continúe el tratamiento para sostener la vida.

O

\_\_\_\_\_ C. Quiero que mi vida sea prolongada al máximo posible sin tener en cuenta mi condición, las posibilidades que tengo de recuperarme o al costo de los procedimientos.

Y/O

\_\_\_\_\_ D. Expreso específicamente los siguientes deseos con respecto al tratamiento de sostener la vida.

---

---

---

---

---

---

## 17. Mis Opciones con Respecto a la de Donación de Órganos Anatómicas

*Si alguna de las declaraciones refleja sus deseos, firme la línea al lado de la declaración. No tiene que firmar ninguna de las dos declaraciones. Si no desea firmar ninguna de las dos declaraciones, su representante (si tiene uno) y su familia tendrán la autoridad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo bajo la Ley Uniforme de Donaciones Anatómicas.*

- Sí Quiero** hacer una donación bajo la Ley Uniforme de Donaciones Anatómicas, efectiva después de mi muerte, de:
  - Cualquier órgano o parte necesario; o      Firmar \_\_\_\_\_
  - Las partes u órganos listados:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- No quiero** hacer una donación bajo la Ley Uniforme de Donaciones Anatómicas, Firmar \_\_\_\_\_ ni quiero que mi representante o familia lo hagan.

## 18. Mis Instrucciones con Respecto a la Autopsia

*Si alguna de las declaraciones refleja sus deseos, firme la línea al lado de la declaración. **No tiene** que firmar ninguna de las dos declaraciones. Si no firma ninguna de las dos declaraciones, su representante (si tiene uno) y su familia podrán autorizar una autopsia.*

- Yo sí** Autorizo un examen de mi cuerpo después de la muerte para determinar la causa de mi fallecimiento.  
\_\_\_\_\_  
(Firma)
- Yo no** autorizo un examen de mi cuerpo después de la muerte para determinar la causa de mi fallecimiento.  
\_\_\_\_\_  
(Firma)

## 19. Opciones Sobre el Destino de mis Restos

Si alguna de las declaraciones refleja tus deseos, firma la línea debajo de la declaración. No tienes que firmar ninguna de las declaraciones. Si no firmas ninguna declaración, tu representante (si tienes uno) y tu familia podrán dirigir el destino de tus restos.

Yo sí autorizo

\_\_\_\_\_

(nombre)

\_\_\_\_\_

(teléfono)

(domicilio/ciudad/estado/código postal)

para dirigir el destino de mis restos por el siguiente método:

- Entierro
- Cremación

(Firma) \_\_\_\_\_

O

- He descrito la manera en que quiero que se dispongan mis restos en:
- Un contrato escrito para servicios funerarios con:

*Nombre y teléfono de la funeraria/cementerio*

*(domicilio/ciudad/estado/código postal)*

- Mi Voluntad
- Otra

Firma \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, estoy ejecutando esta directiva anticipada para el cuidado de la salud y, al hacerlo, estoy revocando cualquier poder notarial duradero anterior para el cuidado de la salud.

**EFFECTO DE UNA COPIA:** Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

FIRMA: Firme y fecha el formulario aquí en presencia de sus testigos/notario.	
_____	_____
(fecha)	(firma)
_____	_____
(domicilio)	(escribe tu nombre)
_____	
(ciudad) (estado)	

**DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:** Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de California (1) que la persona que firmó o reconoció esta directiva anticipada de atención médica es personalmente conocida, o que la identidad de la persona fue probada con evidencia convincente, (2) que la persona firmó o reconoció esta directiva avanzada en mi presencia, (3) que la persona parece estar en su sano juicio y sin estar bajo coacción, fraude, o influencia indebida, (4) que no soy la persona nombrada como representante por esta directiva anticipada, y (5) que no soy el proveedor de atención médica de la persona, un empleado del proveedor de atención médica de la persona, el operador de una instalación de cuidado comunitario, un empleado de un operador de una instalación de cuidado comunitario, el operador de una instalación residencial para ancianos, ni un empleado de un operador de una instalación residencial para ancianos.

Primer Testigo

Segundo Testigo

\_\_\_\_\_  
(*escribe tu nombre*)

\_\_\_\_\_  
(*escribe tu nombre*)

\_\_\_\_\_  
(*domicilio*)

\_\_\_\_\_  
(*domicilio*)

\_\_\_\_\_  
(*ciudad*)    (*estado*)

\_\_\_\_\_  
(*ciudad*)    (*estado*)

\_\_\_\_\_  
(*firma de testigo*)

\_\_\_\_\_  
(*firma de testigo*)

\_\_\_\_\_  
(*fecha*)

\_\_\_\_\_  
(*fecha*)

**DECLARACIÓN ADICIONAL DE LOS TESTIGOS:** Al menos uno de los testigos mencionados arriba también deben firmar la siguiente declaración:

Además declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de California, que no estoy relacionado con la persona que ejecuta esta directiva anticipada de atención médica por sangre, matrimonio o adopción, y según mi mejor conocimiento, no tengo derecho a ninguna parte de la herencia de la persona a su fallecimiento bajo un testamento que exista ahora o por operación de la ley.

\_\_\_\_\_  
(*firma de testigo*)

\_\_\_\_\_  
(*firma de testigo*)

**REQUISITO ESPECIAL PARA EL TESTIGO:** La siguiente declaración es requerida sólo si eres un paciente en un centro de enfermería especializada (asilo de ancianos) – una instalación de cuidado de la salud que proporciona los siguientes servicios básicos: cuidado de enfermería especializada y cuidado de apoyo a pacientes cuya necesidad principal es la disponibilidad de cuidado de enfermería especializada de manera extendida. El defensor del paciente o el defensor del pueblo debe firmar la siguiente declaración:

**DECLARACIÓN DEL DEFENSOR DEL PACIENTE O DEL DEFENSOR DEL PUEBLO**

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de California que soy un defensor del paciente o defensor del pueblo designado por el Departamento Estatal de Envejecimiento y que estoy sirviendo como testigo según lo requerido por la Sección 4675 del Código de Sucesiones.

\_\_\_\_\_

(fecha)

\_\_\_\_\_

(firma)

\_\_\_\_\_

(domicilio)

\_\_\_\_\_

(escribe tu nombre)

\_\_\_\_\_

(ciudad) (estado)

## RECONOCIMIENTO DEL NOTARIO PÚBLICO

Estado de California)

Condado de \_\_\_\_\_)

El día, \_\_\_\_\_ ante mí, \_\_\_\_\_ (aquí inserte nombre y título del oficial), apareció personalmente, quien es personalmente conocido por mí

(o probó su identidad con base en evidencia satisfactoria) como la persona cuyo nombre está suscrito en el documento y reconoció ante mí que lo ejecutó.

TESTIGO mi mano y sello oficial.

Firma: \_\_\_\_\_ (Sello)

**Este documento es válido solo si es firmado por dos testigos O reconocido ante un notario público.**