

## How to Complete This Power of Attorney for Health Care *Cómo completar este poder legal para atención médica*

### Overview

#### Presentación general

The attached Power of Attorney for Health Care form is a legal document developed to meet the legal requirements for the State of Wisconsin. It may not satisfy the legal requirements in other states.

*El poder legal para atención médica que va adjunto es un documento legal desarrollado con el fin de cumplir con los requisitos legales del estado de Wisconsin. Es posible que éste no cumpla los requisitos de otros estados.*

This Power of Attorney for Health Care form allows you to appoint another person to make health care decisions if you become unable to make these decisions for yourself. The person you appoint is your health care agent. This document gives your health care agent authority to make health care decisions on your behalf only when you have been determined by your physician(s) to be incapable of making your own health care decisions. This document does not give your health care agent any authority to make your financial or other business decisions. In addition, it does not give your health care agent authority to make certain decisions about your mental health treatment.

*Este poder legal para atención médica le permite nombrar a otra persona o personas para que tomen las decisiones sobre su atención médica en caso de que usted no sea capaz de tomar por sí mismo estas decisiones. La persona que usted designe es su apoderado de atención médica. Este documento le otorga a su apoderado de atención médica la autoridad para tomar decisiones sobre su atención médica en su nombre sólo cuando su médico o médicos hayan determinado que usted no es capaz de tomar sus propias decisiones sobre su atención médica. Este documento no le otorga a su apoderado de atención médica autoridad alguna para tomar sus decisiones financieras ni otras decisiones comerciales. Además, no le otorga a su apoderado de atención médica la autoridad de tomar ciertas decisiones sobre sus tratamientos para la salud mental.*

Before completing this Power of Attorney for Health Care form, take time to read it carefully. It is also important that you discuss your views, values and this document with your health care agent! If you do not closely involve your health care agent, your views and values may not be fully respected because they will not be understood.

*Antes de completar este poder legal para atención médica, tómese el tiempo para leerlo detenidamente. ¡También es importante que hable con su apoderado de atención médica sobre su punto de vista, sus valores y sobre este documento! Si no consulta íntimamente con su apoderado de atención médica, es posible que no se respeten por completo su punto de vista y sus valores debido a que no se entiendan.*

## **Steps to Complete This Document**

### **Pasos para completar este documento**

1. Carefully read and follow instructions for each part.  
*Lea detenidamente y siga las instrucciones para cada parte.*
  
2. Complete the information on page 1.  
*Complete la información en la página 1.*
  
3. Part I---Appointing a health care agent —Complete by appointing and listing information about at least one person who will act as your health care agent.  
*Parte I---Nombramiento de un apoderado de atención médica---Complete esta parte nombrando y proporcionando información sobre por lo menos una persona que ostrará como su apoderado de atención médica.*
  
4. Part II---General Authority of the Health Care Agent—Complete by indicating your choices.  
*Parte II---Autoridad general del Apoderado de Atención Médica---Complete esta parte indicando sus preferencias.*
  
5. Part III---Making the Document Legal  
*Parte III---Legalizando el documento*
  - Sign and date the document on page 11 with witnesses present;
  - *Firme y póngale la fecha al documento en la página 11 en presencia de testigos;*
  
  - Have the witnesses sign the document in your presence.
  - *Pídale a los testigos que firmen el documento en su presencia.*
  
6. Part IV---Statement of Desires—Complete by indicating any special instructions or desires.  
*Parte IV---Declaración de los deseos---Complete esta parte indicando cualquier instrucción o deseo especial.*

## **After Completing This Document**

### **Después de completar este documento**

After you complete the document, it is suggested that you:

*Después de completar este documento, se sugiere que usted:*

1. keep the original in a safe place that you can access easily;  
*mantenga el original en un lugar seguro adonde usted tenga acceso fácil;*
2. make copies to be given out as follows:  
*haga copias para distribuir las de la manera siguiente:*
  - one copy for each health care agent appointed in the document;  
*una copia para cada uno de los apoderados de atención médica nombrados en el documento;*
  - one copy for your record at your physician's office;  
*una copia para su expediente en el consultorio de su médico;*
  - one copy for you to provide to any hospital to which you are admitted or go for emergency treatment;  
*una copia que usted se la proporcione a cualquier hospital donde lo ingresen o donde acuda para tratamiento de emergencia;*
  - extra copies to share with others if you wish (loved ones, your minister/clergy/rabbi, and your attorney).  
*copias adicionales para compartir con otras personas si lo desea (seres queridos, su ministro/clérigo/rabino y su abogado)*

A photo or fax copy is as legally valid as an original.

*Una fotocopia o una copia de fax tiene la misma validez legal como el original.*

# Power of Attorney for Health Care

## *Poder legal para atención médica*

For (*Para*)

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

Date of Birth (*Fecha de nacimiento*): \_\_\_\_\_

Address (*Domicilio*): \_\_\_\_\_

Telephone (*Teléfono*): \_\_\_\_\_

Copies of this document have been given to:  
(*Copias de este documento se le han entregado a:*)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

*Courtesy of:*  
*Cortesía de:*



**Wheaton Franciscan Healthcare**

*En Sociedad con las Hermanas Felicianas*

*With Thanks to:*

*Gracias a:*

*Gundersen Lutheran Medical Foundation*

*End of Life Coalition: Support for Your Journey*

## **Power of Attorney for Health Care Document**

### **Poder legal para la atención médica**

#### **Notice to Person Making this Document:**

#### **Aviso para la persona que prepara este documento:**

You have the right to make decisions about your health care. No health care may be given to you over your objection, and necessary health care may not be stopped or withheld if you object.

*Usted tiene el derecho de tomar las decisiones sobre su atención médica. No se permitirá que se le proporcione atención médica a la que usted se oponga y la atención médica necesaria no se podrá suspender ni retener si usted se opone.*

Because your health care providers in some cases may not have had the opportunity to establish a long-term relationship with you, they are often unfamiliar with your beliefs and values and the details of your family relationships. This poses a problem if you become physically or mentally unable to make decisions about your health care.

*Debido a que en algunos casos es posible que sus proveedores de atención médica no hayan tenido la oportunidad de establecer una relación a largo plazo con usted, con frecuencia desconocen sus creencias y valores y los detalles de sus relaciones familiares. Esto plantea un problema en caso de que se vuelva física o mentalmente incapaz de tomar decisiones sobre su atención médica.*

In order to avoid this problem, you may sign this legal document to specify the person whom you want to make health care decisions for you if you are unable to make those decisions personally. That person is known as your health care agent. You should take some time to discuss your thoughts and beliefs about medical treatment with the person or persons whom you have specified. You may state in this document any types of health care that you do or do not desire, and you may limit the authority of your health care agent. If your health care agent is unaware of your desires with respect to a particular health care decision, he or she is required to determine what would be in your best interests in making the decision.

*A fines de evitar este problema, puede firmar este documento legal para nombrar a la persona que usted desee que tome las decisiones sobre la atención médica por usted en caso de que usted quede incapacitado para tomar esas decisiones personalmente. Esa persona se conoce como su apoderado de atención médica. Debe tomar el tiempo para hablar sobre sus pensamientos y creencias relacionados con el tratamiento médico con esa persona o personas que haya nombrado. Puede declarar en este documento cualquier tipo de atención médica que desee o no desee y puede limitar la autoridad de su apoderado de atención médica. Si su apoderado desconoce sus deseos con respecto a una decisión en particular sobre la atención médica, se requiere que el o ella determine qué sería más conveniente para usted al tomar la decisión.*

This is an important legal document. It gives your agent broad powers to make health care decisions for you. It revokes any prior Power of Attorney for Health Care that you may have made. If you wish to change your Power of Attorney for Health Care, you may revoke this document at any time by destroying it, by directing another person to destroy it in your presence, by signing a written and dated statement or by stating that it is revoked in the presence of two witnesses. If you revoke, you should notify your agent, your health care providers and any other person to whom you have given a copy. If your agent is your spouse and your marriage is annulled or you are divorced after signing this document, the document is invalid.

*Éste es un documento legal importante que le otorga a su apoderado autoridad amplia para tomar decisiones por usted sobre la atención médica. Esto anula cualquier documento judicial para atención médica que haya podido hacer antes. Si desea cambiar su poder para atención médica, puede anular este documento en cualquier momento destruyéndolo, indicándole a otra persona que lo destruya en su presencia, firmando una declaración escrita y con fecha o declarando que se anule en presencia de dos testigos. Si lo anula, debe notificarle a su apoderado, a sus proveedores de atención médica y a cualquier otra persona a quien le haya entregado una copia. Si su apoderado es su cónyuge y su matrimonio se anula o se divorcia después de firmar este documento, el documento es inválido.*

You may also use this document to make or refuse to make an anatomical gift upon your death. If you use this document to make or refuse to make an anatomical gift, this document revokes any prior document of gift that you may have made. You may revoke or change any anatomical gift that you make by this document by crossing out the anatomical gifts provision in this document.

*También puede utilizar este documento para ofrecer o rehusar un donativo anatómico cuando fallezca. Si utiliza este documento para hacer ofrecer o rehusar un donativo anatómico, éste anula cualquier documento referente a un donativo que haya redactado anteriormente. Puede anular o cambiar cualquier donativo anatómico que indique en este documento tachando la disposición sobre dichos donativos anatómicos.*

Do not sign this document unless you clearly understand it.  
*No firme este documento a menos que lo entienda claramente.*

It is suggested that you keep the original of this document on file with your physician.  
*Se sugiere que mantenga el original de este documento en los archivos de su médico.*

Keep this page with your completed Power of Attorney for Health Care document.  
*Mantenga esta página con su poder legal para atención médica.*

## **Part I – Appointing a person to make my health care decisions when I cannot make my own health care decisions**

### ***Parte I – Nombrar una persona para que tome las decisiones sobre mi atención médica cuando yo no pueda tomar mis propias decisiones al respecto.***

If I am no longer able to make my own health care decisions, this document names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent. This person will make my health care decisions when I am determined to be incapable to make health care decisions as provided under Wisconsin law. I understand that it is important for my Health Care Agent and me to have ongoing discussions about my health and health care choices.

*Si ya no puedo tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica, este documento nombra a la persona que yo elijo para que tome estas decisiones por mí. Esta persona será mi Apoderado de Atención Médica. Esta persona tomará las decisiones sobre mi atención médica cuando se haya determinado que no soy capaz de tomar decisiones sobre la atención médica en virtud de lo estipulado por las leyes de Wisconsin. Comprendo que es importante que mi Apoderado de Atención Médica y yo hablemos continuamente sobre mi salud y sobre mis preferencias en atención médica.*

#### ***Instructions for Completing Part I: Instrucciones para completar la Parte I:***

When selecting someone to be your health care agent, choose someone who knows you well, who you trust, who is willing to respect your views and values, and who is able to make difficult decisions in stressful circumstances. Often family members are good choices, but not always. Choose someone who will closely follow what you want and will be a good advocate for you. Take time to discuss this document and your views with the person you choose to be your Health Care Agent.

*Cuando usted seleccione a alguien para que sea su apoderado de atención médica, elija a alguien que lo conozca bien, en quien usted confíe, que esté dispuesto a respetar su punto de vista y sus valores y que pueda tomar decisiones difíciles en circunstancias estresantes. La familia suele ser una buena opción, pero no siempre es así. Elija a alguien que seguirá detalladamente sus deseos y que pueda abogar por usted. Tome el tiempo para hablar sobre este documento y su punto de vista con la persona que elija para ser su Apoderado de Atención Médica.*

Your Health Care Agent should be at least 18 years old and must not be one of your health care providers or an employee (or the spouse of an employee) of your health care provider or facility unless they are a close relative. Space has been provided for a second and third alternate health care agent

*Su Apoderado de Atención Médica debe tener por lo menos 18 años de edad y no puede ser uno de sus proveedores de atención médica ni un empleado (ni el cónyuge de un empleado) de su proveedor o establecimiento de atención médica. Se ha proporcionado espacio para un segundo y tercer apoderado alterno de atención médica.*

**The person I choose as my Health Care Agent is:**

**La persona que selecciono como mi Apoderado de Atención Médica es:**

Name (Nombre): \_\_\_\_\_

Relationship (Parentesco): \_\_\_\_\_

Day phone (Teléfono durante el día): \_\_\_\_\_

Evening phone (Teléfono durante la tarde): \_\_\_\_\_

Address (Domicilio): \_\_\_\_\_

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State (Estado): \_\_\_\_\_

Zip (Código postal): \_\_\_\_\_

If this health care agent is unable or unwilling to make these choices for me, **then my next choice for a health care agent:**

*Si este apoderado de atención médica no quiere ni puede tomar estas decisiones por mi, entonces mi próxima opción para un apoderado de atención médica es:*

**Second choice (Segunda opción):**

Name (Nombre): \_\_\_\_\_

Relationship (Parentesco): \_\_\_\_\_

Day phone (Teléfono durante el día): \_\_\_\_\_

Evening phone (Teléfono durante la tarde): \_\_\_\_\_

Address (Domicilio): \_\_\_\_\_

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State (Estado): \_\_\_\_\_

Zip (Código postal): \_\_\_\_\_

If this health care agent is unable or unwilling to make these choices for me, **then my next choice for a health care agent:**

*Si este apoderado de atención médica no quiere ni puede tomar estas decisiones por mí, entonces mi próxima opción para un apoderado de atención médica es:*

**Third choice (Tercera opción):**

Name (Nombre): \_\_\_\_\_

Relationship (Parentesco): \_\_\_\_\_

Day phone (Teléfono durante el día): \_\_\_\_\_

Evening phone (Teléfono durante la tarde): \_\_\_\_\_

Address (Domicilio): \_\_\_\_\_

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State (Estado): \_\_\_\_\_

Zip (Código postal): \_\_\_\_\_

## **Part II – General Authority of the Health Care Agent**

### **Parte II – Autoridad general del Apoderado de Atención Médica**

Unless I have specified otherwise in this document, I want my Health Care Agent to be able to do the following:

*A menos que haya especificado lo contrario en este documento, deseo que mi Apoderado de Atención Médica tenga la autoridad de hacer lo siguiente:*

- To make choices for me about my medical care or services, e.g., tests, medicine, and surgery, in accordance with my stated instructions or desires and/or my philosophy regarding the health care decisions I would make if I were able.

*Que tome decisiones por mí sobre mi atención o mis servicios médicos, tales como pruebas, medicinas y cirugías de acuerdo con mis instrucciones o deseos declarados y/o mi filosofía personal referente a las decisiones sobre la atención médica que tomaría yo si fuera capaz*

- To interpret any instruction I have given in this form or given in other discussions according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values.

*Que interprete cualquier instrucción que yo haya proporcionado en este documento o que yo haya proporcionado durante otras discusiones de acuerdo con el entendimiento que tenga mi Apoderado de Atención Médica sobre mis deseos y valores.*

- To make choices for me based on what my Health Care Agent believes to be in my best interest, if I have not expressed a health care choice about the health care in question and communication cannot be made with me.

*Que tome decisiones por mí basadas en lo que mi Apoderado de Atención Médica crea que sería más conveniente para mí, si no he expresado alguna opción en particular sobre la atención médica en cuestión y no se puede comunicar conmigo.*

- To review and release my medical records and personal files as needed for my medical care.

*Que revise y divulgue mis expedientes médicos y archivos personales según sea necesario para mi atención médica.*

- To move me to another state if needed.

*Que me traslade a otro estado si es necesario.*

- To determine which health care professionals and organizations provide my medical treatment.

*Que determine cuales profesionales y organizaciones de la salud me proporcionen tratamiento médico.*

## **Instructions for Completing Part II: Instrucciones para completar la Parte II:**

Initial applicable boxes in the following six sections:

*Anote sus iniciales en los recuadros que correspondan en las siguientes seis secciones:*

Due to limits in Wisconsin law, if you do not initial any box in a section and do not make a clear choice, your Health Care Agent may not have the authority to make the decision about the treatment discussed in section 1 through 6, and it may be necessary to go to court to obtain a decision about your treatment.

*Debido a limitaciones de las leyes de Wisconsin, si no anota sus iniciales en algún recuadro de una sección y no escoge claramente una opción, es posible que su Apoderado de Atención Médica no tenga la autoridad de tomar una decisión sobre el tratamiento detallado en las secciones 1 al 6 y posiblemente sea necesario acudir a los tribunales para obtener una decisión sobre su tratamiento.*

### **1. Admission to Nursing Homes or Community-Based Residential Facilities:**

***Ingreso en un hogar de convalecencia o en una instalación residencial basada en la comunidad:***

My Health Care Agent may admit me to a nursing home or community-based residential facility for short-term stays for recuperative or respite care.

*Mi Apoderado de Atención Médica me puede ingresar a corto plazo en un hogar de convalecencia o en una instalación residencial basada en la comunidad para atención recuperativa o asistencia de alivio.*

**Agent authority to admit me to a nursing home or community-based residential facility for the purpose of long-term care.**

***Autoridad del apoderado para ingresarme en un hogar de convalecencia o en una instalación residencial basada en la comunidad con el propósito de que se me proporcione atención a largo plazo.***

*(Initial one box.) Additional Guidance may be added at #7.*

*(Anote sus iniciales en un recuadro.) Consejos adicionales se pueden agregar al #7.*

Yes, my Health Care Agent has authority, if necessary, to admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay subject to any limits I have set forth in this document.

*Sí, mi Apoderado de Atención Médica tiene autoridad, si es necesario, para ingresarme en un hogar de convalecencia o en una instalación residencial basada en la comunidad para una estadía a largo plazo, sujeto a cualquier límite que yo haya estipulado en este documento.*

No, my Health Care Agent does not have authority to admit me to a nursing home or a community-based residential facility for a long-term stay. If I check "no," I cannot be admitted to a nursing home or community-based residential facility for purposes of a long-term stay without court involvement.

*No, mi Apoderado de Atención Médica no tiene autoridad para ingresarme en un hogar de convalecencia o en una instalación residencial basada en la comunidad para una estadía a largo plazo. Si marco "no", no se me puede ingresar en un hogar de convalecencia o en una instalación residencial basada en la comunidad sin la intercesión del tribunal.*

## 2. Withholding or withdrawal of feeding tube:

### **Denegar o retirar una sonda de alimentación:**

(Initial one box.) Additional Guidance may be added at #7.

(Anote sus iniciales en un recuadro.) Consejos adicionales se pueden agregar al #7.

Yes, my Health Care Agent has authority to have a feeding tube withheld or withdrawn from me, unless my attending physician advises that, in his or her professional judgment, the withholding or withdrawing will cause me pain or reduced comfort.

*Sí, mi Apoderado de Atención Médica tiene autoridad para decidir que se me niegue o retire una sonda de alimentación al menos que el médico encargado de mi atención aconseje que, según su juicio profesional, denegar o retirar la sonda me causaría dolor o disminuiría mi nivel de comodidad.*

No, my Health Care Agent does not have authority to have a feeding tube withheld or withdrawn from me. I am aware that if I check no, court involvement may be required for decisions to withhold or withdraw a feeding tube.

*No, mi Apoderado de Atención Médica no tiene autoridad para decidir que se me deniegue o retire una sonda de alimentación. Estoy consciente de que si marco no, es posible que se requiera la intercesión de las cortes para decisiones relacionadas la negación o el retiro de una sonda de alimentación.*

Under Wisconsin law, my Health Care Agent may not consent to the withholding or withdrawal of orally ingested nutrition or hydration unless the provision of such nutrition or hydration is medically contraindicated.

*De acuerdo con las leyes de Wisconsin, mi Apoderado de Atención Médica no puede dar su consentimiento a negar o retirar alimentación o hidratación ingerida oralmente a menos que la administración de dicha alimentación o hidratación esté contraindicada desde el punto de vista médico.*

## 3. Decisions During Pregnancy:

### **Decisiones durante el embarazo:**

(Initial one box.) Additional Guidance may be added at #7.

(Anote sus iniciales en un recuadro.) Consejos adicionales se pueden agregar al #7.

Yes, my Health Care Agent has authority to make decisions for me if I am pregnant subject to any limits I have later set forth in this document.

*Sí, mi Apoderado de Atención Médica tiene autoridad para tomar decisiones por mí si estoy embarazada, sujetas a cualquier limitación que yo haya estipulado en este documento.*

No, my Health Care Agent does not have authority to make decisions for me if I am pregnant. I am aware that if I check no, court involvement may be required for health care decision making during my pregnancy.

*No, mi Apoderado de Atención Médica no tiene autoridad para tomar decisiones por mí si estoy embarazada. Estoy consciente de que si marco no, es posible que se requiera la intercesión del tribunal para decisiones relacionadas con mi atención médica durante mi embarazo.*

Not Applicable.  
*No corresponde.*

#### 4. Stopping Attempts of Life Prolonging Treatments:

##### **Suspensión de los tratamientos para prolongar la vida:**

(Initial the box if it applies.) Additional Guidance may be added at #7.

(Anote sus iniciales en un recuadro si le corresponde.) Consejos adicionales se pueden agregar al #7.

If I reach a point where it is reasonably certain that I will not recover my ability to interact meaningfully with my family, friends, and my environment, or if my suffering is intense, irreversible and uncontrollable, even if I do not have a terminal illness, I want my health care provider to stop or withhold all treatments that might be used to prolong my life. Treatments I would not want if I were to reach this point include, but are not limited to, respirator/ventilator, administration of blood products and antibiotics, medications and interventions that I have received for chronic medical conditions, or other medications unless the withholding or withdrawal of these treatments would cause me pain or discomfort.

*Si llego a un punto donde es razonablemente cierto que no recuperaré mi capacidad de interactuar de manera significativa con mi familia, mis amistades y mis entornos, o si mi sufrimiento es intenso, irreversible e incontrolable, aunque no tenga una enfermedad terminal, quiero que mi proveedor de atención médica suspenda o deniegue todos los tratamientos que se pudiesen usar para prolongar mi vida. Los tratamientos que no quiero si llegase a ese punto incluyen, pero no se limitan a, respirador/ventilador, administración de productos sanguíneos y antibióticos, medicamentos e intervenciones que haya recibido para condiciones médicas crónicas u otros medicamentos a menos que rechazar o suspender estos tratamientos me causase dolor o malestar.*

#### 5. Pain and Symptom Control:

##### **Control del dolor y los síntomas:**

(Initial the box if it applies.) Additional Guidance may be added at #7.

(Anote sus iniciales en un recuadro si le corresponde.) Consejos adicionales se pueden agregar al #7.

I want medical treatment and nursing care to continue to address my pain needs and symptom control and to make me comfortable, even if this may entail risks of my dying sooner, and even when life-sustaining treatment may be withheld or withdrawn.

*Deseo que el tratamiento médico y la atención de enfermería continúen atendiendo mis necesidades en cuanto al dolor y el control de mis síntomas para mantenerme cómodo, aún si esto implicaría el riesgo de apresurar mi muerte, y aún cuando se puedan rechazar o suspender los tratamientos que preservan la vida.*

#### 6. Cardiopulmonary Resuscitation (CPR):

##### **Resucitación cardiopulmonar (RCP):**

It is important to talk to your physician about your CPR decision. CPR has been shown to be of limited benefit for certain patient populations, e.g. end-stage chronic or terminal illness. If you do not want CPR attempted and prefer to Allow Natural Death (AND) to occur, this choice in itself may not stop emergency personnel from attempting CPR in an emergency. If you want to ensure that emergency personnel not perform CPR, you will need to obtain a DNR Bracelet from your physician

*Es importante hablar con su médico acerca de su decisión sobre RCP. Se ha demostrado que RCP es de limitado beneficio para ciertas poblaciones de pacientes, por ejemplo: enfermedades crónicas o terminales en la última fase. Si usted no desea que se intente RCP y prefiere Permitir la Muerte Natural, esta elección en sí puede no detener al personal de emergencias de intentar RCP en una emergencia. Si usted quiere asegurar que el personal de emergencia no lleve a cabo RCP, usted necesitará obtener de su médico un brazalete NR (No Resucitar – DNR por sus siglas en inglés).*



### **Part III – Making the Document Legal Under Wisconsin Law**

#### **Instructions for Completing this Part:**

#### **Parte III – Legalizando el documento bajo las leyes de Wisconsin**

#### **Instrucciones para completar esta parte:**

This document must be signed and dated in the presence of two witnesses who meet the qualifications explained below.

*Este documento se debe firmar y fechar en presencia de dos testigos que cumplan con las calificaciones explicadas a continuación.*

**I am of sound mind, I agree with everything that is written in this document, and I have made this document voluntarily. If I require treatment in a state that does not recognize this Power of Attorney for Health Care, I want my Health Care Agent to be recognized as my chosen surrogate decision-maker and the instructions within this document to be followed based on my legal right to direct my own health care.**

***Estoy en plena posesión de mis facultades mentales, estoy de acuerdo con todo lo que está escrito en este documento y he completado voluntariamente este documento. Si requiero tratamiento en un estado que no reconozca este poder legal para atención médica, quiero que mi Apoderado de Atención Médica sea reconocido como mi sustituto al tomar decisiones y que se sigan las instrucciones contenidas en este documento basado en mi derecho legal de dirigir mi propia atención médica.***

The Principal and both witnesses must all sign the document at the same time.  
*El poderdante y ambos testigos deben firmar el documento al mismo tiempo.*

\_\_\_\_\_  
My signature (*Mi firma*)

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

\_\_\_\_\_  
Print name (*Escriba el nombre en letra de molde*)

**If I cannot sign my name, I can ask an adult to sign this document for me, and in my presence.  
*Si no puedo firmar mi nombre, puedo pedirle a un adulto que firme este documento por mí y en mi presencia.***

\_\_\_\_\_  
Signature of the adult who I asked to sign this document for me, and in my presence.  
*Firma del adulto que le pedí que firmase el documento por mí y en mi presencia.*

\_\_\_\_\_  
Print the name of the adult who I asked to sign this document for me, and in my presence.  
*Escriba en letra de molde el nombre del adulto que le pedí que firmase este documento por mí y en mi presencia.*

**Statement of Witnesses**  
**Declaración de los testigos**

I personally know the person who is making this document. I believe him or her to be of sound mind and at least 18 years of age. I personally witnessed him or her sign this document, and I believe that he or she did so voluntarily.

*Yo conozco personalmente a la persona que completó este documento. Creo que él o ella está en plena posesión de sus facultades mentales y que tiene al menos 18 años de edad. Personalmente presencié cuando él o ella firmó este documento y creo que él o ella lo hizo voluntariamente.*

By signing this document as a witness, I certify that I am:  
*Al firmar este documento como testigo, certifico que:*

- at least 18 years of age.  
*tengo al menos 18 años de edad.*
- not a health care agent appointed by the person signing this document.  
*no soy el apoderado de atención médica nombrado por la persona que firma este documento.*
- not related to the person making this document by blood, marriage or adoption.  
*no soy pariente consanguíneo ni estoy emparentado por, matrimonio ni adopción con la persona que completa este documento.*
- not directly financially responsible for that person's health care.  
*no tengo responsabilidad financiera directa por la atención médica de esa persona.*
- not a health care provider directly serving the person at this time.  
*no soy proveedor de atención médica que le proporciona servicios directamente a la persona en estos momentos.*
- not an employee (other than a social worker or chaplain) of a health care provider directly serving the person at this time.  
*no soy empleado de un proveedor de atención médica (con la excepción de un trabajador social o capellán) que le proporcione servicios directamente a la persona en estos momentos.*
- not aware that I am entitled to or have a claim against the person's estate.  
*no estoy consciente de tener derecho a/o tener una demanda contra el patrimonio de la persona.*

**Witness Number 1:**  
**Testigo número 1:**

\_\_\_\_\_  
Signature (*Firma*)

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

\_\_\_\_\_  
Print name (*Escriba el nombre en letra de molde*)

\_\_\_\_\_  
Address (*Domicilio*)

**Witness Number 2:**  
**Testigo número 2:**

\_\_\_\_\_  
Signature (*Firma*)

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

\_\_\_\_\_  
Print name (*Escriba el nombre en letra de molde*)

\_\_\_\_\_  
Address (*Domicilio*)

## Statement of Agent and Alternate Agent

(Signature of agents are recommended, but not required)

### **Declaración del apoderado y el apoderado alterno**

*(Se recomienda que los apoderados firmen, pero no se requiere)*

I understand that \_\_\_\_\_ (name of principal) has designated me to be his or her Health Care Agent or alternate Health Care Agent if he or she is ever found to be incapacitated and incapable of making his or her own healthcare decisions.

*Comprendo que \_\_\_\_\_ (nombre del poderdante) me ha designado como su Apoderado de Atención Médica o su apoderado alterno de atención médica en caso de que se determine que él o ella está incapacitado (a) e incapaz de tomar sus propias decisiones sobre su atención médica.*

\_\_\_\_\_ (name of principal) has discussed his or her desires regarding health care decisions with me.

*\_\_\_\_\_ (nombre del poderdante) ha hablado conmigo sobre sus deseos relacionados a la atención médica.*

Signature of Agent \_\_\_\_\_  
*(Firma del apoderado)*

Print name of Agent \_\_\_\_\_  
*(Escriba el nombre del apoderado en letra de molde)*

Signature of First Alternate Agent \_\_\_\_\_  
*(Firma del primer apoderado alterno)*

Print name of First Alternate Agent \_\_\_\_\_  
*(Escriba en letra de molde el nombre del primer apoderado alterno)*

Signature of Second Alternate Agent \_\_\_\_\_  
*(Firma del segundo apoderado alterno)*

Print name of Second Alternate Agent \_\_\_\_\_  
*(Escriba en letra de molde el nombre del segundo apoderado alterno)*

**Part IV – Statement of Desires If My Condition is Likely to Result in Death**

**Parte IV – Declaración de deseos si es probable que mi condición resulte en la muerte**

Religion:

Religión:

If I am Nearing My Death,

*Si me encuentro cerca de mi muerte,*

I want my pastor / spiritual leader notified of my medical condition.

*Deseo que se le notifique a mi pastor / guía espiritual de mi condición médica.*

I want a representative of my place of worship with me as I prepare for my death.

*Deseo que un representante de mi lugar de culto esté conmigo mientras me preparo para mi muerte.*

I am of the \_\_\_\_\_ faith, and am a member of the  
\_\_\_\_\_ congregation or worship group.

Soy de fe \_\_\_\_\_ y miembro de la congregación o el grupo  
religioso \_\_\_\_\_.

Phone number of congregation or worship group (if known): \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la congregación o el grupo religioso (si se conoce): \_\_\_\_\_

The following are matters that you may wish to address. If you are not comfortable with this information being in your medical record, you can record it elsewhere.

Lo siguiente presenta asuntos que tal vez quiera considerar. Si no se siente cómodo que esta información esté en su expediente médico, puede anotarla en otro lugar.

**If I am Nearing My Death, I Want the Following: (List things that would make dying more meaningful for you.)**

***Si me encuentro cerca de mi muerte, deseo lo siguiente: (Anote las cosas que harían que sus momentos finales fueran más valiosos para usted)***

---

---

---

---

---

---

---

---

**If I am Nearing My Death and Cannot Speak, I Want My Friends and Family to know:**

***Si me encuentro a punto de morir, deseo que mis amistades y familia sepan:***

---

---

---

---

---

---

---

---

**Upon My Death:**

**Cuando fallezca:**

Upon my death, the following are my instructions. If my Health Care Agent does not have the authority to make these decisions, I ask that my next of kin and physician follow these requests if possible.

*Cuando fallezca, las siguientes son mis instrucciones. Si mi Apoderado de Atención Médica no tiene la autoridad de tomar estas decisiones, solicito que mi pariente más cercano y mi médico sigan estos deseos si es posible.*

**Donation of My Organs or Tissue for Transplantation: (Initial one box.)**

**Donación de mis órganos o tejidos para trasplatación: (Anote sus iniciales en un recuadro.)**

I wish to donate my organs and tissue for transplantation.  
*Deseo donar mis órganos y tejidos para trasplatación.*

I wish to donate only the following organs and tissue (name the specific organs or tissue) for transplantation: I wish to donate only the following organs and tissue (name the specific organs or tissue) for transplantation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Deseo donar solo los siguientes órganos y tejidos (nombre los órganos o tejidos específicos) para trasplatación: \_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_

I do not want to donate any organ or tissue for transplantation.  
*No deseo donar ningún órgano ni tejido para trasplatación.*

**Donation of My Organs or Tissue for Medical Research: (Initial one box)**

**Donación de mis órganos o tejidos para investigación médica: (Anote sus iniciales en un recuadro)**

*(If you wish to donate your body for medical research after death, you should contact a medical school to make arrangements.)*

*(Si desea donar su cuerpo para investigación médica después de su muerte, debe comunicarse con una escuela de medicina para hacer esos arreglos)*

In accordance with my selection above, I wish to donate my organs and tissue for transplantation and the remainder of my body, organs and tissue for medical research.  
*De acuerdo con mi selección anterior, deseo donar mis órganos y tejidos para trasplatación y el resto de mi cuerpo, mis órganos y tejidos para investigación médica.*

I wish to donate my entire body, organs and tissue for medical research.  
*Deseo donar todo mi cuerpo, mis órganos y tejidos para investigación médica.*

I do not want to donate any part of my body, organs or tissue for medical research.  
*No deseo donar ninguna parte de mi cuerpo, mis órganos ni tejidos para investigación médica.*

**Autopsy:** (Initial any boxes that apply.)

**Autopsia:** (Anote sus iniciales en cualquier recuadro que le corresponda.)

I do not object to an autopsy if it can help my blood relatives understand the cause of my death or assist them with their future health care decisions.

*No me opongo a una autopsia si podrá ayudarles a mis parientes consanguíneos a entender la causa de mi muerte o asistirles con sus decisiones futuras sobre atención médica.*

I do not object to an autopsy if it can help the advancement of medicine or medical education.

*No me opongo a una autopsia si podrá favorecer el avance de la medicina o la educación médica.*

I do not want an autopsy performed on me.

*No deseo que se me realice una autopsia.*

Pages 14 to 18 are intended to provide my Health Care Agent with information about my wishes and desires in addition to those expressed in my Power of Attorney for Health Care. These pages are not intended to replace my Power of Attorney for Health Care. If any of the guidance I have written on pages 14 to 18 conflict directly with my Power of Attorney for Health Care, I want my wishes and desires expressed in my Power of Attorney for Health Care to control the decision to be made.

*Las páginas 14 a 18 tienen la intención de proporcionarle a mi Apoderado de Atención Médica información sobre mis deseos además de los que se declararon en mi poder legal para atención médica. Estas páginas no tienen la intención de reemplazar mi poder legal para atención médica. Si algún consejo que haya escrito en las páginas 14 a 18 no concuerda con mi poder legal para atención médica, quiero que mis deseos expresados en este documento controlen la decisión que se tome.*

---

Signatura (Firma)

Date (Fecha)

---

Print name (Escriba su nombre en letra de molde)