



# my care

El Cuidado de mi Salud

**Instrucciones anticipadas:** Para que conozcan y respeten mis objetivos futuros de atención médica.

Nombre completo: .....  
(Full name)

Fecha de nacimiento: .....  
(DOB)

# Mi atención, mis opciones

Quizás en este momento esté saludable, pero ¿qué sucedería si se enferma o se lesiona gravemente en el futuro y no puede hablar por sí mismo?

¿Cómo sabrían los médicos, las enfermeras y sus seres queridos qué tipo de atención le gustaría recibir?

En el condado de Santa Barbara, sus proveedores de atención médica desean conocer y respetar sus valores y sus objetivos de atención médica.

Instamos a todos en nuestra comunidad a que planifiquen la atención de manera anticipada.

## Planificación anticipada de la atención

La planificación anticipada de la atención es una forma útil para que las personas de cualquier edad se preparen para el futuro.

### La planificación anticipada de la atención es acerca de:

- Tomar decisiones sobre los tipos de atención médica que le gustaría o no le gustaría recibir si enferma o se lesiona gravemente y no puede hablar por sí mismo en el futuro.
- Elegir a la persona que usted desee que tome las decisiones de atención médica en su nombre, en el caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo. Esta persona se denomina representante para asuntos de atención médica y acepta seguir sus decisiones de atención médica.
- Hablar con sus médicos y sus seres queridos sobre los tipos de atención médica que desea recibir para que ellos respeten y honren sus valores y sus objetivos de atención médica.
- Escribir sus objetivos de atención médica en MyCare, una instrucción anticipada. Este formulario orienta a sus proveedores de atención médica en cuanto a los tipos de atención médica que usted desea recibir. También ayuda a que sus seres queridos conozcan cuáles son sus deseos si en algún momento ellos deben tomar decisiones de atención médica en su nombre.

### PÁGINAS 1-3

Información acerca de la planificación anticipada de la atención, instrucciones anticipadas y representante para asuntos de atención médica

### PÁGINAS 4-6 REQUERIDAS LEGALMENTE

Páginas que deben llenarse con su información, la información de su representante para asuntos de atención médica y lo que usted desea que haga su representante de asuntos de atención médica

### PÁGINAS 7-9 REQUERIDAS LEGALMENTE

Páginas que deben llenarse las sus instrucciones de atención médica para su equipo médico, el representante para asuntos de atención médica y sus seres queridos

### PÁGINAS 10-12 REQUERIDAS LEGALMENTE

Páginas que debe llenar con las firmas requeridas para que este documentos sea legal

### PÁGINA 13

Sus valores y lo que es importante para usted en su vida (**OPCIONAL**)

### PÁGINAS 14-15

Sus deseos y las preferencias que pueden ser útiles para orientar al representante para asuntos de atención médica en la toma de decisiones (**OPCIONAL**)

### PÁGINAS 16-17

Información que debe leerse acerca de compartir su MyCare con personas

### PÁGINA 18

Su lista de verificación de MyCare

## ¿Qué es una instrucción anticipada?

Una instrucción anticipada es un formulario legal para que llenen personas mayores de 18 años de edad en el cual se indica:

- Los tipos de atención médica que le gustaría recibir si enferma o se lesiona gravemente y no puede hablar por sí mismo.
- El nombre y la información de contacto de la persona que usted eligió para que fuera su representante para asuntos de atención médica.

MyCare es la instrucción anticipada que utilizan las personas en todo el condado de Santa Barbara. Las personas también pueden utilizar otros tipos legales de instrucciones anticipadas.

### ¿En qué lugares de los Estados Unidos es MyCare un documento legal?

MyCare es legal en 42 estados y en el Distrito de Columbia. MyCare no cumple con los requisitos legales de los siguientes estados:

- Alabama
- Indiana
- Kansas
- New Hampshire
- Ohio
- Oregon
- Texas
- Utah

Si vive en alguno de los estados antes mencionados, hable con su proveedor de atención médica o con un abogado para saber qué formulario legal se requiere en su estado.

### ¿Quién debería completar una directiva anticipada?

Alentamos a todos los mayores de 18 años a completar una directiva anticipada. Su directiva anticipada ayudará a su equipo médico y a sus seres queridos comprender y respetar sus objetivos de atención médica si tienes una emergencia médica o estás gravemente enfermo y no puede hablar por ti mismo.

### ¿Cuándo debe completar y revisar sus instrucciones anticipadas?

- Cuando renueva su licencia de conducir
- Cuando entabla una relación de largo plazo
- Cuando tiene un hijo
- Cuando tiene un trabajo de alto riesgo
- Cuando pertenece al ejército
- Cuando se jubila
- Cuando se inscribe a Medicare
- Cuando se somete a su examen físico anual
- Cuando tiene una afección médica
- Cuando se acerca el fin de su vida

### ¿Puede cambiar sus instrucciones anticipadas?

La mejor manera de cambiar su directiva anticipada es completando una nueva para que sus objetivos de atención médica sean claros. Entonces necesitas hacer lo siguiente:

- Dar nuevas copias a su médico, a sus seres queridos y a su representante para asuntos de atención médica
- Destruir las copias anteriores para que su médico, sus seres queridos y su representante para asuntos de atención médica no se confundan

Si está gravemente enfermo o lesionado y desea cambiar su directiva anticipada, pero no puede completar un documento nuevo completo, se le recomienda:

- Firmar un apéndice que indique cambios **O**
- Tachar las elecciones originales, escribir en su nuevas opciones, inicialice el cambio y vuelva a firmar y fecharlo

## ¿Quién es un representante para asuntos de atención médica?

Un representante para asuntos de atención médica es la persona que usted desea que tome las decisiones de atención médica en su nombre.

- Es importante que hable con su representante para asuntos de atención médica acerca de los tipos de atención médica que desea o no desea recibir para que su representante para asuntos de atención médica conozca y esté de acuerdo en hacer cumplir sus decisiones.
- Si no se conocen sus decisiones, su representante para asuntos de atención médica tomará las decisiones basándose en lo que considera mejor para usted

*Algunos otros nombres para el representante para asuntos de atención médica son: apoderado para decisiones médicas y persona que toma decisiones médicas. Si usted llena con un abogado un formulario de Carta Poder para Servicios Médicos (Durable Power of Attorney for Health Care, DPAHC), la persona se denomina representante.*

### ¿Cuántas personas pueden ser sus representantes en asuntos de atención médica?

Se recomienda que elija a una persona para que sea su principal representante para asuntos de atención médica. De esta manera, las decisiones se podrán tomar rápidamente y esto ayudará a evitar controversias.

Puede elegir a una segunda y tercera persona para que sean sus representantes en asuntos de atención médica si su representante principal para asuntos de atención médica no está disponible.

### ¿En qué momento debe tomar su representante para asuntos de atención médica las decisiones en su nombre?

Para la mayoría de las personas, el representante para asuntos de atención médica únicamente toma las decisiones de atención médica en su nombre si usted no puede hablar por sí mismo.

Algunas personas desean que su representante para asuntos de atención médica tome decisiones de atención médica en su nombre, incluso si tiene capacidad para decidir o hablar por sí mismo.

Si le gustaría que su representante para asuntos de atención médica tome decisiones en su nombre ahora, puede escribirlo en sus instrucciones anticipadas.

### ¿Qué tipo de decisiones puede tomar en su nombre el representante para asuntos de atención médica?

- Elegir sus médicos y dónde recibirá atención
- Hablar con sus proveedores médicos
- Decidir qué pruebas, medicamentos y cirugías debe tener
- Planificar su atención médica en California o en otro estado
- Revisar y divulgar su expediente médico
- Planificar su atención en un hogar de ancianos o en un centro de atención residencial
- Hacer arreglos en caso de su fallecimiento
- Decidir si será cremado
- Tener una autopsia

### ¿Quién puede ser su representante para asuntos de atención médica?

Un miembro de la familia, un amigo o alguien que:

- Sea mayor de 18 años
- Lo conozca bien
- Acepte esta responsabilidad
- Sea confiable para que respete sus deseos y valores
- Pueda tomar decisiones difíciles en situaciones estresantes
- Sea calmado y piense con claridad cuando hable con sus proveedores médicos, sus familiares y amigos
- A quien sus proveedores puedan localizar fácilmente

### ¿Quién no puede ser su representante para asuntos de atención médica?

- Su médico
- Alguien que trabaje en el hospital, la clínica o el centro en donde usted recibe atención médica, a menos que sea un miembro de la familia o la pareja de hecho

Nombre completo:  
(Full name)

Fecha de nacimiento:  
(DOB)

## MyCare: Instrucciones anticipadas

### MI INFORMACIÓN Y MI REPRESENTANTE EN ASUNTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

YO, \_\_\_\_\_  
(NOMBRE COMPLETO | FULL NAME)

establezco que este documento contiene mis instrucciones anticipadas. Revoco cualquier otra Instrucción médica anticipada, poder notarial para servicios médicos o declaración de Ley de Fallecimiento Natural anteriores.

Mi nombre completo (primer nombre, segundo nombre y apellido): (Full name)

Fecha de nacimiento: (DOB)

Dirección: (Address)

Ciudad/estado/código postal: (City/state/zip)

Teléfono de la casa: (Home phone)

Teléfono celular: (Cell)

Teléfono del trabajo: (Work phone)

Correo electrónico: (Email)

### Mi Representante En Asuntos De Atención Médica (My Health Care Agent)

**Si no tengo la capacidad para tomar decisiones de atención médica por mí mismo, la persona que elijo a continuación para que sea mi representante para asuntos de atención médica tomará las decisiones en mi nombre.** (If I'm unable to make health care decisions for myself, the person I have chosen below to be my health care agent will make health care decisions for me.)

Nombre completo (primer nombre, segundo nombre y apellido): (Full name)

Relación que tiene conmigo: (Relationship)

Teléfono de la casa: (Home phone)

Teléfono celular: (Cell)

Teléfono del trabajo: (Work phone)

Correo electrónico: (Email)

Dirección: (Address)

Ciudad/estado/código postal: (City/state/zip)

Nombre completo:  
(Full name)

Fecha de nacimiento:  
(DOB)

**Si la primera persona que aparece en la lista no puede tomar decisiones de atención médica en mi nombre, entonces la segunda persona que:** (If the first person I listed cannot make health care decisions for me, then the second person I want to be my health care agent and make health care decisions for me is:)

Nombre completo (primer nombre, segundo nombre y apellido): (Full name)

Relación que tiene conmigo: (Relationship)

Teléfono de la casa: (Home phone)

Teléfono celular: (Cell)

Teléfono del trabajo: (Work phone)

Correo electrónico: (Email)

Dirección: (Address)

Ciudad/estado/código postal: (City/state/zip)

**Si la primera persona y la segunda persona que aparece en la lista no puede tomar decisiones de atención médica en mi nombre, entonces la tercera persona que deseo que sea mi representante para asuntos de atención médica tomará las decisiones en mi nombre:** (If the first person and second person(s) cannot make health care decisions for me, then the third person I want to be my health care agent and make health care decisions for me is:)

Nombre completo (primer nombre, segundo nombre y apellido): (Full name)

Relationship to me: (Relationship)

Teléfono de la casa: (Home phone)

Teléfono celular: (Cell)

Teléfono del trabajo: (Work phone)

Correo electrónico: (Email)

Dirección: (Address)

Ciudad/estado/código postal: (City/state/zip)

Nombre completo:  
(Full name)

Fecha de nacimiento:  
(DOB)

**DESEO QUE MI REPRESENTANTE EN ASUNTOS DE ATENCIÓN MÉDICA: I WANT MY HEALTH CARE AGENT TO:**

- Decida qué pruebas, medicamentos y cirugías debo tener  
(Decide what tests, medicine, and surgery I have)
- Elija a mis médicos y los lugares en donde recibiré atención  
(Choose my doctors and the locations where I'll receive care)
- Hable con mis proveedores de atención médica  
(Speak with my health care providers)
- Planifique mi atención médica en California o en otro estado  
(Plan for my health care in California or another state)
- Revise y divulgue mis expedientes médicos  
(Review and release my medical records)
- Planificar mi atención en un hogar de ancianos o en un centro de atención residencial  
(Plan for my care in a nursing home or residential care facility)
- Tomar decisiones acerca de la donación de órganos tejidos o donación del cuerpo después de mi fallecimiento  
(Make decisions about organ/tissue or body donation after I die)
- Hacer planes para mi cuerpo después de mi fallecimiento (incluso la autopsia)  
(Make plans for my body after I die (including autopsy))
- Hacer cremar mi cuerpo  
(Have my body cremated)

**INSTRUCCIONES:**

Si usted **está de acuerdo** con esta declaración, coloque sus iniciales en la línea de autorización.

**O**

Si **NO está de acuerdo** con esta declaración, táchela y coloque sus iniciales.

**Más información acerca de lo que mi representante para asuntos de atención médica PUEDE o NO PUEDE hacer:** (Additional information about what my health care agent CAN and CANNOT do:)

**LA AUTORIDAD QUE POSEE MI REPRESENTANTE EN ASUNTOS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA TOMAR DECISIONES EN MI NOMBRE:**

La autoridad de mi agente de atención médica entra en vigencia cuando mi médico determina que no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica a menos que firme la línea a continuación.

*Mi firma a continuación significa que deseo que mi agente de atención médica tome decisiones sobre mi atención médica a partir de ahora, incluso si puedo tomar decisiones por mí mismo, **excepto que mi agente de atención médica no puede tomar una decisión sobre mi atención médica si me opongo a la decisión.** Entiendo y autorizo esta declaración como lo demuestra mi firma a continuación:*

(I want my health care agent to start making decisions now unless I object to the decision.)

Por favor imprima y firme el documento completado en tinta. Las firmas electrónicas no serán legalmente válidas.

Firma: (Signature)

**Indique aquí cualquier comentario o restricción adicional sobre su representante para asuntos de atención médica:** (Please provide any additional comments or restrictions here about your health care agent:)

Nombre completo:  
(Full name)

Fecha de nacimiento:  
(DOB)

## Mis instrucciones de atención médica

Si yo no tengo capacidad para comunicar o tomar decisiones por mi cuenta, este formulario contiene mis instrucciones. (If unable to communicate, these are my directions.)

### A. RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) (CPR DESCRIPTION)

Si se detienen los latidos de su corazón o su respiración, se le puede hacer CPR para intentar revivirlo. La CPR puede incluir:

- Compresiones torácicas (presión con fuerza sobre el pecho para hacer que el corazón vuelva a latir)
- Medicamentos
- Choques eléctricos
- Tubo para respirar

Usted debe elegir si desea la CPR. La CPR puede salvar vidas, pero es importante que conozca lo siguiente:

- La resucitación cardiopulmonar funciona mejor si se realiza después de unos cuantos minutos a un adulto saludable
- Aunque la resucitación cardiopulmonar puede lograr que el corazón vuelva a latir, es posible que las personas que estaban saludables no vuelvan a estar tan saludables como estaban antes
- La tasa de éxito es baja para la resucitación cardiopulmonar en personas con enfermedades que necesitan atención hospitalaria
- Si no se comienza a hacer la resucitación cardiopulmonar rápidamente, puede haber daño cerebral debido a que el cerebro no recibe suficiente oxígeno

Cuando se hace resucitación cardiopulmonar, esto puede causar:

- Costillas rotas
- Perforación en los pulmones

### Si su corazón y su respiración se detienen, ¿qué desea que se haga?

If your heart and breathing stop, what would you want?

Elija una opción colocando sus iniciales en el espacio provisto o déjelo en blanco. Si se deja en blanco esta sección, siempre se intentará hacer la CPR. (Initial next to choice. If section is blank, CPR will be done.)

\_\_\_\_\_ Deseo que siempre se intente hacer CPR (Always want CPR attempted)

\_\_\_\_\_ No deseo que me hagan CPR. Deseo estar cómodo y morir de forma natural (Do not want CPR. I want to be comfortable and to die naturally)

\_\_\_\_\_ Deseo que me hagan CPR a menos que el médico tratante indique que tengo algo de lo siguiente: (Want CPR unless treating MD says any of the following:)

- Una enfermedad o lesión incurable y es probable que muera pronto O (I have an incurable illness or injury and am likely to die soon OR)
- Probablemente no volveré a tener una vida que valga la pena vivir según lo que hablé con mi representante para asuntos médicos o mi equipo médico (I am not likely to return to a life worth living that I have talked about with my health care agent and/or medical team.)

**Si está seguro de que no desea que le hagan CPR, hable con su médico, enfermera de práctica médica o asistente médico para que complete una orden médica para el tratamiento para prolongar la vida o el formulario POLST.** (If you do not want CPR, talk to your medical team about completing a POLST.)

Nombre completo:  
(Full name)

Fecha de nacimiento:  
(DOB)

## B. TRATAMIENTOS PARA PROLONGAR LA VIDA PARA MANTENERLO VIVO POR MÁS TIEMPO (LIFE SUSTAINING TREATMENT TO PROLONG LIFE)

Para ayudar a explicarles a sus proveedores de atención médica, su representante para asuntos de atención médica y sus seres queridos sobre cuáles son sus decisiones de atención médica es importante que piense sobre los tipos de tratamientos para prolongar la vida que desea o no desea recibir en caso de que ocurra un evento repentino e inesperado que lo enferma o lo lesiona gravemente y no puede hablar por sí mismo.

### Por ejemplo:

*Tiene un evento médico repentino e inesperado, como un ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, accidente, aneurisma o está a punto de ahogarse. Los médicos determinan que tiene una lesión cerebral. Usted no sabe quién es, ni reconoce a sus seres queridos. Los médicos le dicen a su representante para asuntos de atención médica o a sus seres queridos que no creen que usted se recuperará. Los tratamientos para prolongar la vida son necesarios para mantenerlo vivo.*

### Los tratamientos para prolongar la vida pueden incluir:

- **Ventilador:** una máquina que respira por usted cuando sus pulmones no funcionan. Se introduce a las vías respiratorias un tubo ya sea por la boca o por medio de una incisión en el cuello. El tubo se conecta a la máquina. Este tubo puede sentirse incómodidad y las enfermeras podrían darle medicamentos para ayudarlo. No podrá hablar ni comer normalmente cuando tenga colocado el tubo de respiración
- **Sonda para alimentación:** se coloca una sonda plástica dentro de su nariz o en el estómago por medio de una pequeña incisión. Esta sonda plástica permite que se le den alimentos y agua
- **Máquina de diálisis:** una máquina que elimina los desechos de su sangre si sus riñones no funcionan

*Si tuviera un evento médico repentino e inesperado y necesita recibir tratamiento para prolongar la vida para mantenerlo vivo, ¿qué desea que se haga? (In case of sudden/unexpected medical event, what life sustaining treatment do you want?)*

**Deseo que me mantengan cómodo Y** (elija una opción colocando sus iniciales en la línea provista):  
I wish to be kept comfortable and (choose by initialing)

\_\_\_\_\_ No deseo recibir tratamiento para prolongar la vida. Si ya lo comenzaron, deseo que lo suspendan. Deseo morir de forma natural.

(I do not want life sustaining treatment. If already started, STOP; I want natural death.)

\_\_\_\_\_ Deseo continuar con el tratamiento para prolongar la vida únicamente para fines de donación de órganos o tejidos (Life sustaining treatment only for purpose of organ/tissue donation)

\_\_\_\_\_ Deseo continuar con el tratamiento para prolongar la vida (Continue life sustaining treatment)

**Si tiene otras instrucciones acerca de los tratamientos para prolongar la vida, puede indicarnos aquí:** (Other instructions re: life sustaining treatment)

Nombre completo:  
(Full name)

Fecha de nacimiento:  
(DOB)

### C. DONACIÓN DE ÓRGANOS (ORGAN DONATION)

Convertirse en un donante de órganos y tejidos al morir puede permitirle salvar vidas y mejorar la calidad de vida de otras personas. No hay límite de edad para donar. A continuación se presentan algunas opciones para que evalúe.

**Cuando muera** (elija uno colocando sus iniciales en el espacio provisto): (When I die, chose by initialing:)

\_\_\_\_\_ Deseo donar cualquier órgano o tejido que se necesite. (Donate any organ/tissue)

\_\_\_\_\_ Deseo donar cualquiera de estos órganos o tejidos: (Donate any of these organs/tissue)

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

\_\_\_\_\_ No deseo donar ninguno de mis órganos ni de mis tejidos y no deseo que mi representante para asuntos de atención médica elija la donación para mí.  
(Do not want to donate any organs/tissue and do not want my health care agent to chose donation for me.)

\_\_\_\_\_ Deseo donar mi cuerpo completo para investigación. Entiendo que es mejor hacer planes anticipados con una organización o agencia.  
(Donate whole body to research. Best to make plans beforehand.)

He hecho planes con: (Have plans with:)

Nombre de la organización o institución: (Org/institution name)

Teléfono: (Phone)

Nombre completo:  
(Full name)

Fecha de nacimiento:  
(DOB)

## Legalización de este documento (Making this Document Legal)

Para legalizar estas instrucciones anticipadas, debe seguir los dos pasos siguientes:

### Paso 1:



**Debe firmar y fechar este formulario. Necesita dos testigos adultos presentes cuando lo firme o que confirmen que es su firma. En lugar de dos testigos adultos, podría hacer que un notario público lo firme.**

(Sign and date and need two adult witnesses or Notary)

Mi nombre en letra de molde: (Printed name)

Por favor imprima y firme el documento completado en tinta. Las firmas electrónicas no serán legalmente válidas.

Mi firma: (Signature)

Fecha: (Date)

### Paso 2:



**Deben firmar el formulario 2 testigos que lo conozcan personalmente o que puedan confirmar su identidad**

(Need signature of 2 witnesses to confirm identity)

**O** Or



**Debe pedirle a un notario público que lo certifique. Si desea utilizar un notario público, espere hasta que el notario público esté presente para firmarlo.**

(Notarized by notary public)

Nombre completo:  
(Full name)

Fecha de nacimiento:  
(DOB)

## Declaración de testigos (Witness Statement)

Confirmando que lo siguiente es verdadero:

- Conozco a esta persona o esta persona puede demostrarme quién es
- Soy mayor de 18 años
- No soy su representante para asuntos de atención médica
- No soy su proveedor de atención médica
- No trabajo para su proveedor de atención médica
- Si vive en un hogar para ancianos, yo no trabajo allí

Un testigo también debe jurar que:

- No tengo relación de consanguinidad, matrimonio o adopción con esta persona
- No recibiré dinero ni bienes después de que fallezca

### TESTIGO N.º 1: (WITNESS 1)

Nombre completo en letra de molde:  
(Print full name)

Dirección: (Address)

Teléfono: (Phone)

Por favor imprima y firme el documento completado en tinta. Las firmas electrónicas no serán legalmente válidas.

Firma: (Signature)

Fecha: (Date)

### TESTIGO N.º 2: (WITNESS 2)

Nombre completo en letra de molde:  
(Print full name)

Dirección: (Address)

Teléfono: (Phone)

Por favor imprima y firme el documento completado en tinta. Las firmas electrónicas no serán legalmente válidas.

Firma: (Signature)

Fecha: (Date)

Nombre completo:  
(Full name)

Fecha de nacimiento:  
(DOB)

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

## Notario público (Notary Public)

State of California  
County of Santa Barbara

On \_\_\_\_\_ before me, (here insert name and title of the officer), personally appeared \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ,

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her signature on the instrument the person, or the entity upon behalf of which theand that by his/her/their signature(s) on the Instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Notary Public Signature

Notary Public Seal

(Special witness requirement - patients in skilled nursing facility need patient advocate, ombudsman signature)

**Requisito de testigo especial** Esta sección es obligatoria exclusivamente para los pacientes que están en un Centro de Enfermería Especializado. Si usted es paciente de un Centro de Enfermería Especializado, el defensor o el mediador del paciente debe firmar la declaración siguiente.

Statement of Patient Advocate or Ombudsman: I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or an ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the California Probate Code.

Signature:

Print full name:

Address:

Date:

Nombre completo:  
(Full name)

Fecha de nacimiento:  
(DOB)

## Mis valores (My values)

*Esta sección es recomendada. Puede adjuntar más hojas si es necesario.*

Deseo que mi representante para asuntos de atención médica y mis seres queridos conozcan qué es lo más importante para mí para que puedan tomar las decisiones en cuanto a mi atención médica que se ajusten más a lo que soy y a lo que es importante para mí.

Me gustaría compartirles algunas cosas sobre mi persona:

- Cómo me gusta pasar el tiempo
- Con quién me gusta pasar el tiempo
- Lo que me gusta hacer en mi vida
- Qué haría que mi vida ya no fuera digna de vivir

1. Si tuviera un excelente día, estaría haciendo algo de lo siguiente:

(I would be doing this on a really good day)

2. Lo que más me importa en mi vida es (personas, entretenimientos, independencia, movilidad, etc.):

(Things that matter most to me)

3. Mi vida ya no sería digna de vivir si yo no pudiera:

(My life would no longer be worth living if I could not:)

Nombre completo:  
(Full name)

Fecha de nacimiento:  
(DOB)

## Mis deseos y preferencias (My wishes and preferences)

*Esta sección es recomendada. Puede adjuntar más hojas si es necesario.*

1. Si se acerca mi muerte, deseo que mis seres queridos sepan que me gustaría tener los tipos de comodidades y apoyo que se indican a continuación (personas, oraciones, lecturas, rituales, música, etc.): (Comfort and support if I am close to dying)

2. Preferiría morir en alguno de los siguientes lugares: (Place where I would prefer to die)

- hospital (hospital)  
 centro de enfermería especializada (skilled nursing facility)  
 centro de cuidados paliativos (hospice)  
 hogar (home)  
 otro: (other)

3. Creencias religiosas o espirituales: (Religious/spiritual beliefs)

Mi tradición religiosa/espiritual: (My religious/spiritual tradition)

Mi comunidad religiosa/espiritual: (My religious/spiritual community)

Dirección: (Address)

Teléfono: (Phone)

Me gustaría que se comunicaran con mi comunidad religiosa/espiritual en caso de que esté muy enfermo, lesionado o si muero. (Contact my religious/spiritual community if I am very sick, injured, dying)

SÍ  NO

Otras anotaciones: (Notes)

Nombre completo:  
(Full name)

Fecha de nacimiento:  
(DOB)

4. Después de mi muerte, me gustaría ser: (After death I want to be)

cremado (cremated)

enterrado (buried)

no tengo ninguna preferencia (no preference)

ya hice los planes siguientes: (I have these plans)

.....

.....

.....

5. En mi funeral, me gustaría incluir lo siguiente (personas, música, rituales, lecturas, etc.):  
(At my memorial service, include)

6. Otros deseos o instrucciones: (Other wishes/instructions)

## Siguientes pasos (Next steps – instructions)

Ahora que ya completó sus instrucciones anticipadas, debe tomar los siguientes pasos:

1. **Haga copias de sus instrucciones anticipadas.** Conserve los originales en un lugar en el que pueda encontrarlos fácilmente.
2. **Envíe copias por correo, correo electrónico, fax o entrega personal a Cottage Health, Sansum Clinic o a cualquier otro proveedor de atención médica que pueda tener.** Si no ha estado hospitalizado antes en Cottage Health, el hospital le abrirá un expediente médico nuevo.

### Dirección postal de Cottage Health:

Advance Care Planning Services  
Cottage Health  
P.O. Box 689  
400 W. Pueblo Street  
Santa Barbara, CA 93102

### Lugar para entrega:

Vestíbulo de enfrente de cualquier hospital  
Cottage Health

- Santa Barbara Cottage Hospital,  
400 W. Pueblo Street, Santa Barbara
- Goleta Valley Cottage Hospital,  
351 S. Patterson Ave, Goleta
- Santa Ynez Valley Cottage Hospital,  
2050 Viborg Rd, Solvang

**Correo electrónico:** MyCare@sbch.org

**Fax:** 805.569.8364

Para verificar que sus instrucciones anticipadas estén en su expediente médico, llame a Expedientes Médicos de Cottage, al: 805.324.7306.

### Dirección postal de Sansum Clinic:

Sansum Clinic  
Health Information Services  
ROI Department  
89 South Patterson Avenue  
Santa Barbara, CA 93111

### Lugar para entrega:

Vestíbulo de enfrente de cualquier  
clínica Sansum Clinic

### Correo electrónico:

LGutierrez@sansumclinic.org

**Fax:** 805.692.4699

Para verificar que sus instrucciones anticipadas estén en su expediente médico, llame al: 805.692.6435.

## **2. Tenga la conversación:**

- Hable con todos sus representantes para asuntos de atención médica sobre sus decisiones de atención médica de manera que entiendan y acepten esta importante función
- Comparta sus deseos con los familiares o amigos cercanos que puedan estar involucrados en casa de que usted esté muy enfermo o lesionado. Si ellos entienden sus decisiones de atención médica, les será más fácil enfrentar esta difícil situación
- Hable con sus médicos para que sepan qué tipo de atención médica desea recibir

## **4. Entréqueles copias a:**

- Sus representantes para asuntos de atención médica
- Sus familiares y amigos cercanos
- Su médico de atención primaria y cualquier especialista que lo atienda
- Su abogado

## **5. Lleve una copia consigo cuando:**

- Vaya a salir por un largo tiempo, por ejemplo si viaja, estudia en el extranjero o es enviado al extranjero para prestar servicio militar activo
- Vaya a un hospital, centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación. Pida que incluyan sus instrucciones anticipadas en su expediente médico de ese lugar.

## **6. Revíselas regularmente para asegurarse de que estén actualizadas. Algunos momentos en que esto es útil:**

- Su examen físico anual
- Cuando hay cambios en su estado de salud
- Cuando tiene un nuevo proveedor de atención médica
- Cuando se casa, divorcia o termina una relación

## **7. Cambie sus instrucciones anticipadas en cualquier momento:**

- Hable con su médico acerca de los cambios
- Envíe las copias actualizadas por correo, correo electrónico o fax a Cottage Health, Sansum Clinic o a cualquier otro proveedor de atención médica
- Proporcione copias actualizadas e informe sobre los cambios a sus representantes para asuntos de atención médica, a sus familiares y amigos cercanos
- Si tiene un abogado, entréquele una copia actualizada
- Destruya sus instrucciones anticipadas anteriores y cualquier copia de las mismas para que no se confundan

## Mi lista de verificación (Checklist)

Se han proporcionado copias de este documento a:

**MI PRIMER REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE ATENCIÓN MÉDICA: (1ST HEALTH CARE AGENT)**

Nombre completo: (Full name)

Teléfono: (Phone)

**MI SEGUNDO REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE ATENCIÓN MÉDICA (2ND HEALTH CARE AGENT)**

Nombre completo: (Full name)

Teléfono: (Phone)

**MI TERCER REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE ATENCIÓN MÉDICA (3RD HEALTH CARE AGENT)**

Nombre completo: (Full name)

Teléfono: (Phone)

**PROVEEDOR/CLÍNICA DE ATENCIÓN MÉDICA: (HEALTH CARE PROVIDER/CLINIC)**

Nombre: (Name)

Teléfono: (Phone)

### **OTROS: (OTHER)**

Hospital: (Hospital)

Teléfono: (Phone)

Abogado: (Attorney)

Teléfono: (Phone)

Nombre: (Name)

Teléfono: (Phone)

Nombre: (Name)

Teléfono: (Phone)

Si tiene alguna pregunta acerca de MyCare, comuníquese con el Programa de Planificación Anticipada de la Atención de Cottage Health llamando al: **805.324.9102** o envíe un correo electrónico a: **MyCare@sbch.org**



Estas instrucciones anticipadas cumplen con el Código Sucesorio de California 4671-4675.

Esta información no pretende diagnosticar problemas médicos ni sustituir la asesoría o atención médica que recibe de parte de su médico o de algún otro profesional de atención médica. Si tiene problemas persistentes de salud o si tiene más preguntas, consulte con su médico.

Adaptado con permiso del material protegido por derechos de autor de The Permanente Medical Group, Inc., Northern California