

Lea este documento detenidamente. A continuación encontrará algunos consejos para llenar sus Instrucciones Anticipadas:

Página 1: Quite la página 1 para su información.

Página 2: En “Designación de agente” nombre a la persona que desearía que tome las decisiones de atención médica en el caso de que usted no pueda hacerlo. Esta persona debe ser alguien de su entera confianza para que lleve a cabo sus deseos en cuanto al tratamiento médico. Esta persona se considerará su “apoderado”.

La sección Opcional debe ser completada únicamente si opta por designar a un responsable alternativo para que tome las decisiones.

Complete “Autoridad del representante” si tiene algún deseo especial que quiera dar a conocer.

Página 3: Escriba sus iniciales para indicar la fecha en la que desea que la autoridad del representante empiece a ser efectiva.

Página 4: La página 4 le permite expresar sus deseos.

Página 5: Refleja sus deseos sobre la donación de órganos. Deje el espacio en blanco si no está interesado.

Página 6: “Parte 4” - Es opcional incluir a su médico de atención primaria. Asimismo, es opcional incluir un segundo médico de atención primaria si su primera opción no estuviera disponible.

Página 7: “Parte 5” Si no contrata a un notario público, necesitará dos testigos. Lea atentamente la “Declaración de los testigos” que explica los criterios que deben cumplir las personas que está nombrando como testigos. **RECUERDE:** Sólo UNO de sus testigos puede estar emparentado con usted por sangre, matrimonio o adopción. Su segundo testigo también deberá firmar la última línea, “Declaración adicional de los testigos” afirmando que NO tiene parentesco con usted.

Página 8: La parte superior de la página 8 se incluye por si utiliza a un notario público en lugar de dos testigos. Firme la Parte 6 si usted es un paciente de un centro de enfermería especializada.

Después de colocar su firma, se deben hacer copias para: 1) la persona que haya nombrado para que tome decisiones por usted; 2) su médico de atención primaria; 3) los hospitales a los que probablemente acudirá. El documento original debe mantenerse en un lugar seguro pero ACCESIBLE. Si lo desea, puede enviar una copia al hospital dirigida a: Registros Médicos.

Llame si necesita ayuda con cualquier parte del formulario o si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su contenido.

Servicios Clínicos

Trabajador social	848-5335
Administrador de casos	848-4136