

Advanced Care Plan *Plan de atención anticipado*

My Advance Care Plan *Mi plan de atención anticipado*

I have completed this Advance Directive with much thought. This document gives my treatment choices and preferences, and/or appoints a Health Care Agent (also known as Health Care Power of Attorney) to speak for me if I cannot communicate or make my own health care decisions. My Health Care Agent, if named, is able to make medical decisions for me, including the decision to refuse treatments that I do not want.

He contestado esta directiva médica por adelantado después de mucha reflexión. Este documento indica mis opciones y preferencias respecto a mi tratamiento, o nombra a un agente de atención médica (también conocido como poder notarial para atención médica) que exprese mis deseos en caso de que yo no pueda comunicarme o expresar mis propias decisiones sobre mi atención médica. Mi agente de atención médica, si se nombra, puede tomar decisiones médicas en mi nombre, incluida la decisión de rechazar tratamientos que no deseo.

This document will replace any previous advance directive.

Este documento reemplazará a todas las directivas médicas por adelantado anteriores.

My name (*Mi nombre*): _____

Date (*Fecha*): _____

My date of birth (*Mi fecha de nacimiento*): _____

My address (*Mi dirección*): _____

My telephone numbers: (home) (*Mis números de teléfono: (casa)*) _____

(cell (*celular*)) _____

☐

My initials here indicate a professional medical interpreter helped me complete this document.

Mis iniciales en este cuadro indican que un intérprete médico profesional me ayudó a llenar este documento.

Advanced Care Plan / Plan de atención anticipado

Part 1: My Health Care Agent

(Also Known as Health Care Power of Attorney)

Parte 1: Mi agente de atención médica

(También conocido como poder notarial para atención médica)

If I cannot communicate my wishes and health care decisions due to illness or injury, or if my health care team determines that I cannot make my own health care decisions, I choose the person named below to communicate my wishes and make my health care decisions. My health care agent must:

- Follow my health care instructions in this document
- Follow any other health care instructions I have given to him or her
- Make decisions in my best interest and in accordance with accepted medical standards

En caso de que no pueda comunicar mis deseos y mis decisiones sobre mi atención médica debido a una enfermedad o lesión, o de que mi equipo de atención médica determine que no puedo tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica, elijo a la siguiente persona para que comunique mis deseos y tome las decisiones sobre mi atención médica. Mi agente de atención médica debe:

- *Seguir las instrucciones sobre mi atención médica especificadas en este documento*
- *Seguir todas las demás instrucciones sobre mi atención médica que yo le haya dado*
- *Tomar decisiones buscando mi mayor bienestar y de acuerdo con los estándares médicos aceptados*

Advanced Care Plan / Plan de atención anticipado

Requirements for Who May Be an Agent or Health Care Power of Attorney Under State Law
Requisitos respecto a quién puede ser un agente o recibir un poder notarial para atención médica según las leyes estatales

Iowa: My agent cannot be a health care provider caring for me on the date I sign this document. My agent also cannot be an employee of a health care provider unless related to me by blood, marriage, or adoption within the third degree of relation.

Iowa: *mi agente no puede ser un proveedor de atención médica que me preste servicios en la fecha en que yo firme este documento. Mi agente tampoco puede ser un empleado de un proveedor de atención médica, a menos que sea mi familiar consanguíneo, por matrimonio o por adopción hasta el tercer grado.*

Minnesota: My agent must be an adult. My agent cannot be a health care provider or employee of a health care provider giving me direct care unless I am related to that person by blood or marriage, registered domestic partnership, or adoption or unless I have specified otherwise in this document (Specify here: _____).

Minnesota: *mi agente debe ser un adulto. Mi agente no puede ser un proveedor de atención médica ni un empleado de un proveedor de atención médica que me brinde atención directa, a menos que yo tenga parentesco con esa persona, ya sea consanguíneo, por matrimonio, por sociedad doméstica o por adopción, o a menos que yo haya especificado algo distinto en este documento (especifique aquí: _____).*

Además, una persona designada para determinar mi capacidad para tomar decisiones no puede ser mi agente.

North Dakota: My agent must be an adult. My agent cannot be: 1) my health care provider; 2) someone who is an employee of my health care provider but is not related to me; 3) my long term care services provider; or 4) someone who is an employee of my long term care services provider but is not related to me.

Dakota del Norte: *mi agente debe ser adulto. Mi agente no puede ser: 1) mi proveedor de atención médica; 2) alguien que sea un empleado de mi proveedor de atención médica y que no tenga parentesco conmigo; 3) mi proveedor de servicios de cuidado a largo plazo; o 4) alguien que sea empleado de mi proveedor de servicios de cuidado a largo plazo y que no tenga parentesco conmigo.*

South Dakota: My agent must be an adult.

Dakota del Sur: *mi agente debe ser un adulto.*

Advanced Care Plan / Plan de atención anticipado

My Primary (Main) Health Care Agent Is:

Mi agente de atención médica primario (principal) es:

Name (Nombre): _____ Relationship (Relación): _____

Telephone numbers: (H) (Números de teléfono: (Casa)) _____ (C (Cel.)) _____
(W (Trabajo)) _____

Full address (Dirección completa): _____

If my primary agent is not willing, able, or reasonably available to make health care decisions for me, I choose an alternate Health Care Agent.

Si mi agente primario no está dispuesto, apto o razonablemente disponible para tomar decisiones sobre mi atención médica por mí, designo a un agente de atención médica suplente.

My Alternate Health Care Agent Is:

Mi agente de atención médica suplente es:

Name (Nombre): _____ Relationship (Relación): _____

Telephone numbers: (H) (Números de teléfono: (Casa)) _____ (C (Cel.)) _____
(W (Trabajo)) _____

Full address (Dirección completa): _____

Powers of My Health Care Agent:

Facultades de mi agente de atención médica:

My Health Care Agent automatically has all the following powers when I do not have the capacity to make decisions and/or I am unable to communicate for myself:

Mi agente de atención médica automáticamente tiene todas las siguientes facultades cuando yo no tenga la capacidad para tomar decisiones o cuando no sea capaz de comunicarme por mí mismo:

- A. Agree to, refuse, or cancel decisions about my health care. This includes tests, medications, surgery, withdrawing or starting artificial nutrition and hydration (such as tube feedings or IV (intravenous) fluids), and other decisions related to treatments. If treatment has already begun, my agent can continue it or stop it based on my instructions.

Aceptar, rechazar o cancelar decisiones sobre mi atención médica. Esto incluye pruebas, medicamentos, cirugía, suspender o iniciar nutrición e hidratación artificial (como alimentación con tubo o líquidos intravenosos), y otras decisiones relacionadas con tratamientos. Si el tratamiento ya ha comenzado, mi agente puede continuarlo o suspenderlo, de acuerdo con mis instrucciones.

- B. Interpret any instruction in this document based on his or her understanding of my wishes, values and beliefs.

Interpretar todas las instrucciones de este documento de acuerdo con su comprensión de mis deseos, valores y creencias.

The ACP of (ACP de) _____ (print name) (nombre en letra de molde)
Birth Date (Fecha de nacimiento) _____ Completion Date (Fecha de elaboración) _____

Advanced Care Plan / Plan de atención anticipado

Additional Powers of My Health Care Agent:

Facultades adicionales de mi agente de atención médica:

My initials below indicate I also authorize my health care agent to:

Con mis iniciales en la parte de abajo indico que también autorizo a mi agente de atención médica para que:

☐

Make decisions about the care of my body after death.

Tome decisiones sobre el cuidado de mi cuerpo después de mi muerte.

If I live in North Dakota or Minnesota, my initials below indicate I also authorize my health care agent to:

Si vivo en Dakota del Norte o Minnesota, mis iniciales a continuación indican que también autorizo a mi agente de atención médica para:

☐

Continue as my health care agent even if our marriage or domestic partnership is legally ending or has been ended.

Continuar siendo mi agente de atención médica incluso si nuestro matrimonio o sociedad doméstica ha terminado o terminará legalmente.

☐

Make health care decisions for me even if I am able to decide or speak for myself, if I so choose.

Tomar decisiones sobre mi atención médica incluso si soy capaz de decidir o hablar por mí mismo, en caso de que yo así lo decida.

Advanced Care Plan / Plan de atención anticipado

Part 2: My Health Care Instructions

Parte 2: Instrucciones para mi atención médica

My choices and preferences for health care are indicated below. I ask my Health Care Agent to communicate these choices, and my health care team to honor them, if I cannot communicate or make my own choices.

Mis decisiones y preferencias en materia de atención médica se indican a continuación. Solicito a mi agente de atención médica que comunique estas decisiones, y a mi equipo de atención médica que las respete, si no puedo comunicarme o tomar mis propias decisiones.

I have initialed a box below for the option I prefer for each situation.

He marcado uno de los siguientes cuadros con mis iniciales para indicar la opción que prefiero en cada situación.

Note: You do not need to write instructions about treatments to extend your life, but it is helpful to do so. If you do not have written instructions, your agent will make decisions based on your spoken wishes, or in your best interest if your wishes are unknown

Nota: no tiene que escribir instrucciones sobre los tratamientos para prolongar su vida, pero es de utilidad que lo haga. Si no deja instrucciones escritas, su agente tomará las decisiones con base en sus deseos expresados de manera oral, o tomará las decisiones pensando en su bienestar en caso de que no se conozcan sus deseos.

A. Cardiopulmonary Resuscitation: A Decision for the Present

Reanimación cardiopulmonar: Una decisión para el presente

This decision refers to a treatment choice I am making today based on my current health. **Section C below (Treatments to Prolong My Life: A Decision for the Future)** indicates treatment choices I want if my health changes in the future and I cannot communicate for myself.

Esta decisión se refiere a una decisión de tratamiento que estoy tomando hoy, con base en mi estado de salud actual. La sección C siguiente (Tratamientos para prolongar mi vida: una decisión para el futuro) indica las opciones de tratamiento que deseo si mi salud cambia en el futuro y no puedo comunicarme por mí mismo.

CPR is a treatment used to attempt to restore heart rhythm and breathing when they have stopped. CPR may include chest compressions (forceful pushing on the chest to make the blood circulate), medications, electrical shocks, a breathing tube, and hospitalization.

La RCP es un tratamiento utilizado para intentar restablecer el ritmo cardíaco y la respiración cuando se detienen. La RCP puede incluir compresiones del pecho (aplicación de presión fuerte en el pecho para hacer que la sangre circule), medicamentos, descargas eléctricas, un tubo para respirar y hospitalización.

I understand that CPR can save a life but does not always work. I also understand that CPR does not work as well for people who have chronic (long-term) diseases or impaired functioning, or both. I understand that recovery from CPR can be painful and difficult.

Entiendo que la RCP puede salvar una vida, pero que no siempre funciona. También entiendo que la RCP no funciona tan bien en personas que tienen enfermedades crónicas (a largo plazo), deterioro funcional, o ambas cosas. Entiendo que la recuperación de la RCP puede ser difícil y dolorosa.

The ACP of (ACP de) _____ (print name) (nombre en letra de molde)
Birth Date (Fecha de nacimiento) _____ Completion Date (Fecha de elaboración) _____

Advanced Care Plan / Plan de atención anticipado

Therefore (initial one)

Por lo tanto (marque una opción con sus iniciales)

☐

I want CPR attempted if my heart or breathing stops.

Quiero que intenten RCP si mi corazón o respiración se detiene.

Or (O)

☐

I want CPR attempted if my heart or breathing stops based on my current state of health. However, in the future if my health has changed, then my agent or I (if I am able) should discuss CPR with my health care team. My choices in **Section B: Treatment Preferences** and **Section C: Treatments to Prolong My Life** below should be considered when making this decision. Examples of when my health has changed include:

Quiero que intenten RCP si mi corazón o respiración se detienen, considerando mi estado de salud presente. Sin embargo, si en el futuro mi estado de salud ha cambiado, entonces mi agente o yo (si estoy apto) debemos hablar sobre la RCP con mi equipo de atención médica. Antes de tomar esta decisión, deben tomarse en cuenta mis selecciones en la Sección B: Preferencias de tratamiento y en la Sección C: Tratamientos para prolongar mi vida más adelante. Algunos ejemplos de casos en los que mi salud ha cambiado son:

- I have an incurable illness or injury and am dying
Tengo una enfermedad o lesión incurable y estoy muriendo.
- I have no reasonable chance of survival if my heart or breathing stops
No tengo una oportunidad razonable de sobrevivir si mi corazón o mi respiración se detienen.
- I have little chance of long-term survival if my heart or breathing stops and CPR would cause significant suffering
Tengo pocas probabilidades de supervivencia a largo plazo si mi corazón o mi respiración se detienen, y la RCP causaría un sufrimiento significativo.

Or (O)

☐

I do not want CPR attempted if my heart or breathing stops. I want to allow a natural death. I understand if I choose this option I should see my health care provider about writing a Do Not Resuscitate (DNR) order.

No quiero que intenten RCP si mi corazón o respiración se detienen. Quiero que me permitan tener una muerte natural. Entiendo que si selecciono esa opción debo hablar con mi proveedor de atención médica para redactar una orden de no reanimar (ONR).

Advanced Care Plan / Plan de atención anticipado

B. Treatment Choices: My Health Condition

Opciones de tratamiento: Mi enfermedad

My treatment choices for my specific health condition(s) are written here. With any treatment choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and liquids by mouth if I am able to swallow.

A continuación se describen mis opciones de tratamiento para mis enfermedades específicas. Con cualquier opción de tratamiento, entiendo que seguiré recibiendo medicamentos analgésicos y de confort, así como alimentos y bebidas por vía oral si puedo tragar.

My initials here indicate additional documents are attached.

Mis iniciales en este cuadro indican que se adjuntan documentos adicionales.

Advanced Care Plan / Plan de atención anticipado

C. Treatments to Prolong My Life: A Decision for the Future

Tratamientos para prolongar mi vida: Una decisión para el futuro

If I can no longer make decisions for myself, and my health care team and agent believe I will not recover my ability to know who I am, I want (Initial One):

Si ya no puedo tomar decisiones por mí mismo, y mi equipo médico y mi agente de atención médica creen que no recuperaré mi capacidad para saber quién soy, quiero que (marque una opción con sus iniciales):

NOTE: With either choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and liquids by mouth if I am able to swallow.

NOTA: Con cualquiera de las opciones, entiendo que seguiré recibiendo medicamentos analgésicos y de confort, así como alimentos y bebidas por vía oral si puedo tragar.

☐

To stop or withhold all treatments that may extend my life. This includes but is not limited to artificial nutrition and hydration (for example, tube feedings and IV (intravenous) fluids), respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), dialysis, and antibiotics.

Suspender o evitar todos los tratamientos que puedan prolongar mi vida. Esto incluye, entre otras cosas, a la nutrición e hidratación artificiales (por ejemplo, alimentación con tubo y líquidos intravenosos), respirador mecánico (máquina para respirar), reanimación cardiopulmonar (RCP), diálisis y antibióticos.

Or (O)

☐

All treatments recommended by my health care team. This includes but is not limited to artificial nutrition and hydration (for example, tube feedings, IV (intravenous) fluids), respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), dialysis, and antibiotics. I want treatments to continue until my health care team and agent agree such treatments are harmful or no longer helpful.

Todos los tratamientos recomendados por mi equipo de atención médica. Esto incluye, entre otras cosas, a la nutrición e hidratación artificiales (por ejemplo, alimentación con tubo, líquidos intravenosos), respirador mecánico (máquina para respirar), reanimación cardiopulmonar (RCP), diálisis y antibióticos. Quiero que los tratamientos continúen hasta que mi equipo de atención médica y mi agente de atención médica estén de acuerdo en que dichos tratamientos son nocivos o ya no son útiles.

Comments or directions to my health care team:

Comentarios o instrucciones para mi equipo de atención médica:

The ACP of (ACP de) _____ (print name) (nombre en letra de molde)
Birth Date (Fecha de nacimiento) _____ Completion Date (Fecha de elaboración) _____

Advanced Care Plan / Plan de atención anticipado

D. Organ Donation (Initial One)

Donación de órganos (marque una opción con sus iniciales)

☐

I want to donate my eyes, tissues and/or organs, if able. My Health Care Agent may start and continue treatments or interventions needed to maintain my organs, tissues and eyes until donation has been completed. My specific wishes (if any) are:

Quiero donar mis ojos, tejidos y órganos, si puedo. Mi agente de atención médica puede iniciar y continuar los tratamientos y las intervenciones necesarias para mantener mis órganos, tejidos y ojos hasta que termine la donación. Mis deseos específicos (si los tengo) son:

☐

I do not want to donate my eyes, tissues and/or organs.

No quiero donar mis ojos, tejidos y órganos.

Or (O)

☐

My Health Care Agent can decide.

Mi agente de atención médica puede tomar la decisión.

E. Autopsy (Initial One)

Autopsia (marque una opción con sus iniciales)

☐

I want my agent to make decisions about an autopsy of my body.

Quiero que mi agente tome decisiones sobre la realización de una autopsia a mi cuerpo.

☐

I do not want an autopsy unless required by law.

No quiero que se me haga una autopsia, a menos que lo ordene la ley.

Advanced Care Plan / Plan de atención anticipado

Part 3: My Hopes and Wishes (Optional)

Parte 3: Mis esperanzas y deseos (opcional)

I want my loved ones to know my following thoughts and feelings.

Quiero que mis seres queridos conozcan mis siguientes pensamientos y sentimientos.

The things that make life most worth living to me are:

Las cosas que hacen que la vida sea digna de ser vivida son:

My beliefs about when life would be no longer worth living:

Mis creencias respecto a cuándo ya no valdría la pena vivir la vida:

My thoughts about specific medical treatments, if any:

Mis pensamientos sobre tratamientos médicos específicos, de haberlos:

My thoughts and feelings about how I would like to die and where I would like to die:

Mis pensamientos y sentimientos respecto a cómo me gustaría morir y en dónde me gustaría morir:

If I am nearing my death, I want my loved ones to know that I would appreciate the following for comfort and support (rituals, prayers, music, etc.):

Si se acerca mi muerte, quiero que mis seres queridos sepan que me gustaría lo siguiente por comodidad y confort (rituales, oraciones, música, etc.):

Religious affiliation:

Afiliación religiosa:

I am of the (Soy de la fe) _____ faith, and am a member of
(y soy miembro de la comunidad religiosa) _____ faith community in
(city) (en (ciudad)) _____.

I would like my Health Care Agent to notify my faith community of my death and arrange for them to provide my funeral/memorial/burial.

Quiero que mi agente de atención médica notifique a mi comunidad religiosa mi fallecimiento y haga arreglos para que se encarguen de mi funeral/servicio conmemorativo/entierro.

The ACP of (ACP de) _____ (print name) (nombre en letra de molde)
Birth Date (Fecha de nacimiento) _____ Completion Date (Fecha de elaboración) _____

Advanced Care Plan / Plan de atención anticipado

I would like my funeral to include, if possible, the following (people, music, rituals, etc.):
Quisiera que mi funeral incluya, si es posible, lo siguiente (personas, música, rituales, etc.):

Other wishes and instructions:
Otros deseos e instrucciones:

☐

My initials here indicate additional documents are attached:

Mis iniciales en este cuadro indican que se adjuntan documentos adicionales:

Part 4: Legal Authority

Parte 4: Facultades legales

Do not sign unless the witnesses or notary are present.

No firme hasta que esté en presencia de los testigos o el notario.

Note: This document must be notarized or witnessed. [See individual state requirements on page 16]. Two witnesses OR a Notary Public must verify your signature and the date.

Nota: este documento debe firmarse ante notario público o testigos. [Consulte los requisitos individuales del estado en la página 16]. Dos testigos O un notario público deben verificar su firma y la fecha.

I have made this document willingly. I am thinking clearly. This document states my wishes about my future health care decisions:

He llenado este documento de manera voluntaria. Estoy en posesión de mis facultades mentales. Este documento expresa mis deseos respecto a las decisiones futuras sobre mi atención médica:

Signature (*Firma*) _____ Date (*Fecha*) _____

If I cannot sign my name, I ask the following person to sign for me:

Si no puedo firmar mi nombre, solicito que la siguiente persona firme por mí:

Signature (of person asked to sign)

(Firma (o persona a la que se le solicitó firmar)) _____

Date (*Fecha*) _____

Printed Name (*Nombre en letra de molde*) _____

The ACP of (ACP de) _____ (print name) (*nombre en letra de molde*)
Birth Date (*Fecha de nacimiento*) _____ Completion Date (*Fecha de elaboración*) _____

Advanced Care Plan / Plan de atención anticipado

Option 1: Notary Public

Opción 1: notario público

State of (*Estado de*) _____ County of (*Condado de*) _____

In my presence on (*En mi presencia, el día*) _____ (*date*) (*fecha*),
_____ (*name*) acknowledged his or her signature on this document, or acknowledged that he or she authorized the person signing this document to sign on his or her behalf. (*((nombre) reconoció su firma en este documento, o reconoció haber autorizado a la persona que firma este documento para firmarlo en su nombre.)*)

Signature of Notary (*Firma del notario*) _____

Notary Seal (*Sello del notario*) _____

My commission expires (*Mi comisión expira el día*): _____

Or (O)

Option 2: Statement of Witnesses

Opción 2: declaración de testigos

Witness 1: In my presence on (*Testigo 1: En mi presencia, el día*) _____ (*date*) (*día*),
_____ (*name*) voluntarily signed this document (or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf.) (*((nombre) firmó voluntariamente este documento (o autorizó a la persona que firma este documento para firmarlo en su nombre))*).

Signature (*Firma*) _____ Date (*Fecha*) _____

Printed Name (*Nombre en letra de molde*) _____

Witness 2: In my presence on (*Testigo 2: En mi presencia, el día*) _____ (*date*) (*día*),
_____ (*name*) voluntarily signed this document (or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf.) (*((nombre) firmó voluntariamente este documento (o autorizó a la persona que firma este documento para firmarlo en su nombre))*).

Signature (*Firma*) _____ Date (*Fecha*) _____

Printed Name (*Nombre en letra de molde*) _____

Advanced Care Plan / Plan de atención anticipado

Requirements for Witnesses by State

Requisitos de los testigos por estado

Iowa: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be: (1) a provider attending the principal on the date this document is signed; (2) an employee of the provider attending the principal on the date this document is signed; (3) the Health Care Agent named in this document; and (4) at least one witness cannot be related to the principal by blood, marriage, or adoption within the third degree of relation.

Iowa: *se requieren un notario público o 2 testigos adultos. Los testigos no pueden ser: (1) un proveedor que atienda al sujeto en la fecha en la que se firma este documento; (2) un empleado del proveedor que atiende al sujeto en la fecha en la que se firma este documento; (3) el agente de atención médica mencionado en este documento; y (4) por lo menos un testigo no debe ser pariente del sujeto por consanguinidad, matrimonio o adopción hasta el tercer grado.*

Minnesota: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be the Health Care Agent or alternate Health Care Agent. Of the two witnesses, only one can be a health care provider or an employee of a provider giving direct care on the date the document is signed.

Minnesota: *se requieren un notario público o 2 testigos adultos. Los testigos no pueden ser el agente de atención médica ni el agente de atención médica suplente. De los dos testigos, solamente uno puede ser un proveedor de atención médica o un empleado de un proveedor que brinde atención médica directa en la fecha en la que se firma el documento.*

North Dakota: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be: (1) the Health Care Agent; (2) the principal's spouse or heir; (3) a person related to the principal by blood, marriage, or adoption; (4) a person entitled to any part of the Estate of the principal upon the death of the principal under a will or deed; (5) any other person who has any claims against the Estate of the principal; (6) a person directly financially responsible for the principal's medical care; or (7) the principal's attending physician. In addition, at least one witness may not be a health care or long term care provider providing direct care to the principal on the date this document is signed or an employee of a health care or long term care provider providing direct care to the principal on the date this document is signed.

Dakota del Norte: *se requieren un notario público o 2 testigos adultos. Los testigos no pueden ser: (1) el agente de atención médica; (2) el cónyuge o heredero del sujeto; (3) una persona con parentesco con el sujeto por consanguinidad, matrimonio o adopción; (4) una persona que tenga derecho a cualquier parte de la herencia del sujeto después del fallecimiento del sujeto, de acuerdo con un testamento; (5) cualquier otra persona que tenga derecho a reclamar la herencia del sujeto; (6) una persona que sea responsable financiera directa de la atención médica del sujeto; ni (7) el médico responsable del sujeto. Además, por lo menos un testigo no debe ser un proveedor de atención médica o cuidado a largo plazo que brinde atención directa al sujeto en la fecha en que se firme este documento, ni un empleado de un proveedor de atención médica o cuidado a largo plazo que brinde atención directa al sujeto en la fecha en que se firme este documento.*

South Dakota: Notary Public or 2 adult witnesses are required.

Dakota del Sur: *se requieren un notario público o 2 testigos adultos.*

The ACP of (ACP de) _____ (print name) (nombre en letra de molde)
Birth Date (Fecha de nacimiento) _____ Completion Date (Fecha de elaboración) _____

Advanced Care Plan / Plan de atención anticipado

After Completing the Advance Care Plan

Después de concluir el plan de atención anticipado

Now that I have completed this document, I will:

Ahora que he concluido este documento:

- ☐ Keep the original copy of this document where it can be easily found.
Conservaré el documento original en donde pueda encontrarse con facilidad.
- ☐ Make several copies of this document and give to my:
Haré varias copias de este documento y las entregaré a mis:
 - Primary and Alternate Health Care Agents
Agentes de atención médica principal y suplente
 - Doctor and other health care providers
Médicos y otros proveedores de atención médica
 - Health care facility (hospital, other) whenever I am admitted, and ask that it be placed in my medical record
Centros de salud (hospital, otro) siempre que ingrese, y pediré que se coloque en mi expediente médico
- ☐ Talk to the rest of my family and close friends who might be involved if I have a serious illness or injury, making sure they know who my Health Care Agent is, and what my wishes are.
Hablaré con el resto de mis familiares y amigos cercanos que podrían estar involucrados en caso de que sufra una enfermedad y lesión grave, para asegurarme de que saben quién es mi agente de atención médica y cuáles son mis deseos.

Advanced Care Plan / Plan de atención anticipado

When to Review Your Advance Care Plan

Cuándo revisar su plan de atención anticipado

It is common to review and update an advance care plan regularly. You may want to review it with your annual physical exam or whenever any of the "Five D's" occur.

Es común revisar y actualizar un plan de atención anticipado con regularidad. Quizá quiera revisarlo cuando se haga un examen físico anual, o cada vez que ocurra una de las "Cinco D".

- **Decade:** when you start each new decade of your life.
Década: cuando inicie cada nueva década de su vida.
- **Death:** whenever you experience the death of a loved one.
Defunción: siempre que ocurra la muerte de un ser querido.
- **Divorce:** when you experience a divorce or other major family change.
Divorcio: cuando viva un divorcio u otro cambio familiar importante.
- **Diagnosis:** when you are diagnosed with a serious health condition.
Diagnóstico: cuando reciba el diagnóstico de una enfermedad grave.
- **Decline:** when you experience a significant decline or deterioration of an existing health condition, especially when you are unable to live on your own.
Deterioro: cuando sufra un deterioro de su salud o el empeoramiento significativo de una enfermedad, especialmente cuando ya no sea capaz de vivir de manera independiente.

Copies of This Document Have Been Given To:

Se han entregado copias de este documento a:

Primary (main) Health Care Agent

(Agente de atención médica primario (principal))

Name (Nombre): _____ Telephone (Teléfono): _____

Alternate Health Care Agent

(Agente de atención médica suplente)

Name (Nombre): _____ Telephone (Teléfono): _____

Health Care Provider/Clinic/Hospital/Family Members

(Proveedor de atención médica/Clinica/Hospital/Familiares)

Name (Nombre): _____ Telephone (Teléfono): _____

Name (Nombre): _____ Telephone (Teléfono): _____

Name (Nombre): _____ Telephone (Teléfono): _____

Name (Nombre): _____ Telephone (Teléfono): _____

Name (Nombre): _____ Telephone (Teléfono): _____

The ACP of (ACP de) _____ (print name) (nombre en letra de molde)

Birth Date (Fecha de nacimiento) _____ Completion Date (Fecha de elaboración) _____

Advanced Care Plan / *Plan de atención anticipado*

If your wishes change, fill out a new form. Give copies of the new document to everyone who has copies of your previous one. Tell them to destroy the previous version.

Si sus deseos cambian, llene un nuevo formulario. Entregue copias del nuevo documento a todos los que tengan una copia de su documento anterior. Dígales que destruyan la versión anterior.

The ACP of (ACP de) _____ (print name) (*nombre en letra de molde*)
Birth Date (*Fecha de nacimiento*) _____ Completion Date (*Fecha de elaboración*) _____