

# Instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud (Advance Health Care Directive)



## PLANIFICACIÓN para el cuidado de la vida:

mis valores, mis opciones, mi atención

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan) (en inglés)

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

## Introducción (Introduction)

Estas instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud le permiten compartir sus valores, sus opciones y sus instrucciones acerca de su futura atención médica. Este formulario puede utilizarse para:

- nombrar a una persona en quien usted confíe para que tome decisiones de atención médica por usted (su representante para la atención médica), o
- proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro o
- nombrar un representante para la atención médica y proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro.

**La Parte 1** le permite nombrar un representante para la atención médica.

**La Parte 2** le da la oportunidad de compartir sus valores y lo que es importante para usted.

**La Parte 3** le permite proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro.

**La Parte 4** le brinda la posibilidad de manifestar sus esperanzas y deseos para guiar la toma de decisiones de su representante.

**La Parte 5** le permite dar validez legal a sus instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud en el estado de California.

**La Parte 6** lo prepara para compartir sus deseos y este documento con otras personas.

Tiene la libertad de modificar este formulario o de usar otro diferente.

Estas instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud reemplazarán cualquier instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud que usted haya completado anteriormente. En el futuro, si desea cancelar o cambiar a su representante designado, debe hacerlo por escrito y firmar ese documento o puede informarlo a su proveedor de atención médica en persona.

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

Número de historia clínica (Medical Record number): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Date of birth): \_\_\_\_\_

Dirección postal (Mailing address): \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (Home phone): \_\_\_\_\_ Teléfono celular (Cell phone): \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (Work phone): \_\_\_\_\_

Correo electrónico (Email): \_\_\_\_\_

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

## Parte 1. Mi representante para la atención médica (My Health Care Agent)

*Selección de un representante para la atención médica:*

*Elija a alguien que usted conozca bien, que confíe en que respetará sus puntos de vista y sus valores y que sea capaz de tomar decisiones difíciles en situaciones estresantes. Una vez que haya elegido a su representante para la atención médica, tómese un tiempo para hablar sobre sus opiniones y objetivos de tratamiento con esa persona.*

Si no puedo comunicar mis deseos y decisiones acerca de mi atención médica o si mi proveedor de atención médica ha determinado que no puedo tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica, elijo a la(s) siguiente(s) persona(s) para representar mis deseos y tomar las decisiones acerca de mi atención médica.\*

Mi representante para la atención médica debe tomar decisiones de atención médica que sean consistentes con las instrucciones que manifiesto en este documento y con mis deseos conocidos. Si mi representante no conoce mis deseos, debe tomar las decisiones de atención médica que considere que sean lo mejor para mí teniendo en cuenta lo que conoce sobre mis valores personales.

Este formulario no le otorga a mi representante para la atención médica autoridad para tomar decisiones financieras u otras decisiones comerciales. Mi representante para la atención médica no tiene el poder de internarme en un centro de tratamiento para la salud mental ni de dar su consentimiento para ciertos tipos de tratamientos de salud mental.

### **Mi representante para la atención médica primario (principal) es (My primary [main] health care agent is):**

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

Relación conmigo (Relationship to me): \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (Home phone): \_\_\_\_\_ Teléfono celular (Cell phone): \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (Work phone): \_\_\_\_\_

Correo electrónico (Email): \_\_\_\_\_

Dirección postal (Mailing address): \_\_\_\_\_

\*Entiendo que mi representante para la atención médica no puede ser el proveedor de atención médica que me supervisa ni un agente del centro comunitario o residencial donde recibo tratamiento. Mi representante tampoco puede ser un empleado de un centro de atención comunitario, residencial o de atención médica donde se me esté dando tratamiento, a menos que esa persona sea mi familiar por sangre, matrimonio o adopción, sea mi pareja doméstica registrada o sea mi compañero de trabajo.

¿Necesita más ayuda?  
[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

Si cancelo la autoridad de mi representante principal para la atención médica o si mi representante principal no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar decisiones de atención médica por mí, designo a las siguientes personas como mi primera y segunda opción de representantes.

**Primera opción de representante para la atención médica (First alternate health care agent):**

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

Relación conmigo (Relationship to me): \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (Home phone): \_\_\_\_\_ Teléfono celular (Cell phone): \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (Work phone): \_\_\_\_\_ Correo electrónico (Email): \_\_\_\_\_

Dirección postal (Mailing address): \_\_\_\_\_

**Segunda opción de representante para la atención médica (Second alternate health care agent):**

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

Relación conmigo (Relationship to me): \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (Home phone): \_\_\_\_\_ Teléfono celular (Cell phone): \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (Work phone): \_\_\_\_\_ Correo electrónico (Email): \_\_\_\_\_

Dirección postal (Mailing address): \_\_\_\_\_

**Facultades de mi representante para la atención médica:**

**A menos que indique lo contrario, mi representante para la atención médica tiene todas las siguientes facultades** cuando yo no esté en condiciones de hablar por mí mismo o de tomar mis propias decisiones:

- A. Escoger opciones para mí en relación con mi atención médica. Esto incluye decisiones acerca de exámenes, medicamentos y cirugía. También incluye decisiones para proporcionar, no proporcionar o interrumpir toda forma de atención médica para mantenerme con vida, incluida la alimentación artificial (alimentos) y la hidratación (agua).
- B. Revisar y dar acceso a mi historia clínica según sea necesario para tomar decisiones.
- C. Decidir qué médico, proveedores de atención médica y organizaciones proporcionarán mi tratamiento médico.
- D. Organizar y tomar decisiones sobre los cuidados de mi cuerpo después de la muerte (incluida la autopsia).

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

*Proporcione cualquier otro comentario o restricción que desee a la sección anterior. (Por ejemplo, puede nombrar a personas que desee que participen o estén excluidas de tomar decisiones por usted. Además puede especificar las decisiones que no desea que tome su representante). Si es necesario, puede agregar más páginas.*

*(Please provide any additional comments or restrictions to the previous section. For example, you may name people you would or would not want to be involved in decisions on your behalf. You may also specify decisions you would not want your agent to make. Attach additional page[s] if necessary.)*

---



---



---



---



---

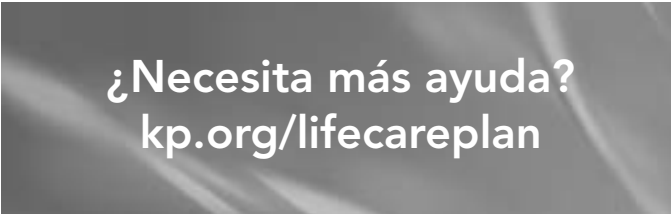


---

**Otras facultades de mi representante para la atención médica (Additional powers of my health care agent):**

*Marque la(s) casilla(s) a continuación si desea que su representante para la atención médica tenga alguna de las siguientes facultades (Check the box or boxes below, if you want your agent to have any of the following powers):*

- Deseo que mi representante continúe actuando como mi representante para la atención médica aunque se haya producido la disolución, la anulación o la finalización de nuestro matrimonio o relación de pareja doméstica. (I want my agent to continue as my health care agent even if a dissolution, annulment, or termination of our marriage or domestic partnership has been completed.)
- Deseo que mi representante para la atención médica comience de inmediatamente a tomar decisiones sobre mi atención médica por mí aunque yo esté en condiciones de decidir o de hablar por mí mismo. (I want my agent to immediately begin making health care decisions for me even if I am able to decide or speak for myself.)



Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

**Parte 2. Mis valores (My Values)**

Deseo que mi representante y mis seres queridos sepan qué me importa más, para que puedan tomar decisiones acerca de mi atención médica que estén de acuerdo con quién soy y con lo que es importante para mí.

Para darle una idea de lo que más me importa, me gustaría contarle algunas cosas sobre mí, por ejemplo, cómo me gusta pasar el tiempo, con quién me gusta estar, y qué me gusta hacer. También me gustaría contarle las circunstancias en que la vida ya no tendría sentido para mí.

**1. En un día realmente bueno, yo estaría haciendo lo siguiente (If I were having a really good day, I would be doing the following):**

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. Lo que más me importa es (What matters most to me is):**

---

---

---

---

---

---

---

---

**3. La vida ya no tendría sentido para mí si yo no pudiera (Life would no longer be worth living if I were not able to):**

---

---

---

---

---

---

---

---

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

### Parte 3. Mis instrucciones de cuidado médico: mis opciones, mi atención (My Health Care Instructions: My Choices, My Care)

En la siguiente situación, le pediría que considerara un acontecimiento repentino inesperado. Siempre hablará por usted mismo si es capaz. En esta situación, usted es incapaz de hablar por sí mismo.

Si no puedo comunicarme o hacer mis propias elecciones, solicito que mi representante para la atención médica tome las decisiones según se indica a continuación y que mis médicos y mi equipo de atención médica las respeten. Si mi representante para la atención médica o mis representantes sustitutos no están disponibles o no pueden tomar decisiones en mi nombre, este documento representa mis deseos.

*Importante: Si usted decide no dejar instrucciones por escrito, su representante para la atención médica tomará decisiones en función de sus indicaciones verbales. Si no se conocen sus indicaciones, su representante tomará decisiones basándose en lo que crea que es lo mejor para usted, teniendo en cuenta sus valores.*

#### 1. Tratamientos para prolongar la vida (Treatments to prolong life)

##### Considere la siguiente situación (Consider the following situation):

Usted tiene un accidente o un ataque cerebral repentino.

Los médicos han determinado que usted tiene una lesión cerebral que le impedirá reconocerse a sí mismo o a sus seres queridos. Los médicos han informado a su representante y/o a su familia que no se espera que pueda recuperar estas capacidades. Para mantenerle con vida, es necesario emplear tratamientos para prolongar la vida, como un respirador (es decir, una máquina para ayudarle a respirar) o una sonda nasogástrica. En esta situación ¿qué desearía? (You have a sudden accident or stroke. Doctors have determined you have a brain injury, leaving you unable to recognize yourself or your loved ones. The doctors have told your agent and/or family that you are not expected to recover these abilities. Life-sustaining treatments, such as a ventilator (i.e., breathing machine), or a feeding tube, etc., are required to keep you alive. In this situation what would you want?)

##### Desearía que me mantengan cómodo y (I would want to be kept comfortable and):

Elija una opción

- Desearía que *detengan* el tratamiento para prolongar la vida. Me doy cuenta de que probablemente esto provoque que muera antes de lo que sucedería si continuara con el tratamiento. (I would want to STOP life-sustaining treatment. I realize this would probably lead me to die sooner than if I were to continue treatment.)
- Desearía que continúen los tratamientos para prolongar la vida. (I would want to continue life-sustaining treatments.)

*Proporcione instrucciones adicionales sobre los tratamientos para prolongar la vida. Por ejemplo, puede ser que quiera indicar un período específico de tiempo durante el cual desee que le mantengan vivo si no mejorara su salud. (Please provide any additional instructions about life-sustaining treatments. For example, you may want to state a specific time period that you would want to be kept alive if there were no improvement to your health).*

---



---



---



---

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

## 2. Reanimación cardiopulmonar (Cardiopulmonary resuscitation)

La CPR (por su inglés) es un intento de devolver la vida a una persona cuando deja de respirar y de latirle el corazón. Puede incluir compresiones del pecho (empujar con fuerza sobre el pecho para que el corazón se contraiga), medicamentos, descargas eléctricas y un tubo endotraqueal.

Tiene opciones acerca de la CPR. La CPR puede salvar vidas. No es tan eficaz como la mayoría de la gente cree. El mejor resultado se obtiene si se hace con rapidez, a los pocos minutos, en un adulto sano. Cuando se hace la CPR, puede provocar fractura de costillas, perforación de pulmón o lesión cerebral por falta de oxígeno.\* Si desea obtener información adicional sobre la CPR, solicite el folleto llamado **CPR: My Choice** (CPR: Mi elección).

**En el caso de que deje de latirle el corazón y usted deje de respirar, ¿qué desearía? (In the event that your heart and breathing stop, what would you want?)**

Elija una opción

- Quiero que siempre se intente hacerme CPR. (I always want CPR attempted.)
- No quiero que se intente la CPR, sino que prefiero dar paso a una muerte natural.\*\* (I never want CPR attempted, but rather want to permit a natural death.)
- Quiero que se intente la CPR a menos que el médico que me trate determine alguna de las siguientes condiciones (I want CPR attempted unless the doctor treating me determines any of the following):
  - Tengo una enfermedad o una lesión incurables y me estoy muriendo. (I have an incurable illness or injury and am dying; or)
  - No tengo una posibilidad razonable de sobrevivir si se me detiene el corazón o la respiración (I have no reasonable chance of survival if my heart or breathing stops; or).
  - Tengo pocas posibilidades de sobrevivir si se me detiene el corazón o la respiración y el proceso de reanimación causaría mucho sufrimiento. (I have little chance of survival if my heart or breathing stops and the process of resuscitation would cause significant suffering.)

¿Necesita más ayuda?  
[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)

\*Las investigaciones indican que si está en un hospital y le hacen CPR, tiene un 17 por ciento de probabilidad de que tenga éxito y de salir del hospital con vida. Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, et al. Cardiopulmonary resuscitation in adults in the hospital: A report of 14,720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. Resuscitation - 2003; 58 297-308.

\*\*Si está seguro de que no quiere que usen CPR, pregunte a su médico qué otros documentos debe llenar.



Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

## Parte 4. Mis esperanzas y deseos (opcional) (My Hopes and Wishes [Optional])

1. Mis pensamientos y sentimientos acerca de dónde preferiría morir  
(My thoughts and feelings about where I would prefer to die):

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Quiero que mis seres queridos sepan que si estoy cercano a mi muerte, me gustaría tener lo siguiente para mi comodidad y apoyo (oraciones, rituales, música, etc.) (I want my loved ones to know that if I am nearing my death, I would appreciate the following for comfort and support [prayers, rituals, music, etc.]):

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Afiliación religiosa o espiritual (Religious or spiritual affiliation):

Soy (I am of the) \_\_\_\_\_ (religión) y soy miembro de (religión/comunidad espiritual) (faith, and am a member of [faith/spiritual community]) \_\_\_\_\_

en (ciudad) (in city) \_\_\_\_\_, (n.º de teléfono) (phone #) \_\_\_\_\_.

Me gustaría que mi representante les avise si estoy gravemente enfermo o me estoy muriendo. En mi funeral, si fuera posible, me gustaría incluir lo siguiente (personas, música, rituales, etc.) (I would like to include in my funeral, if possible, the following [people, music, rituals, etc.]):

---

---

---

---

---

---

---

---

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

### **Parte 4. Mis esperanzas y deseos (opcional) (My Hopes and Wishes [Optional])**

**4. Donación de órganos** (Si no tiene preferencia, su representante puede decidir por usted.)  
(Organ donation [If you have no preference, your agent may decide for you]):

**Cuando muera, quiero donar mis ojos, tejidos y cualquier órgano. Mis deseos específicos (si los tuviera) son** (Upon my death, I want to donate my eyes, tissues, and any organs. My specific wishes [if any] are):

---

---

---

---

**Cuando muera, deseo donar únicamente los siguientes órganos, tejidos o partes del cuerpo** (Upon my death, I only wish to donate the following organs, tissues, or body parts):

---

---

---

---

**No quiero donar mis ojos, tejidos y/u órganos.**  
(I DO NOT want to donate my eyes, tissues, and/or organs.)

---

**5. Si desea donar su cuerpo para investigación, se pueden organizar los preparativos por anticipado**  
(If you wish to donate your body for research, arrangements must be made in advance):

**Nombre de la organización/institución (Organization/Institution Name):** \_\_\_\_\_

**Teléfono (Phone):** \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

---

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

## Parte 5. Validación legal de este documento (Making This Document Legally Valid)

Para que sus instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud tengan validez legal en California deben firmarlas dos testigos o deben reconocerse ante un notario público. Siga los pasos que se detallan a continuación en el orden en el que se mencionan:

### 1. Elija UNA OPCIÓN

#### Dos testigos



- Uno de sus testigos no puede estar relacionado con usted (por sangre, matrimonio ni adopción) ni tener derecho a nada de su herencia.
- Cuando esté con sus testigos, firme o reconozca su firma.
- Los testigos firmarán en la página 11.
- Usted firmará en la página 12.

o

#### Notario público



- No firme este documento a menos que esté con un notario público.
- El notario público firmará en la página 12. (Omita la página 11).
- Usted firmará en la página 12.

### Requisito especial para testigos (Special Witness Requirement)

Si usted es paciente en un centro de enfermería especializada, el representante de los pacientes o el defensor de los derechos del paciente (*ombudsman*) debe firmar la siguiente declaración. (If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement.)

#### 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: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

***Este formulario debe estar firmado por dos testigos (solo uno de ellos puede estar relacionado con usted) o reconocido ante un notario público. Si participa un notario público, omite esta página.***

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

**DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:** Declaro bajo pena de falso testimonio según las leyes de California que

- conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció estas instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud o que se presentaron pruebas convincentes de su identidad;
- la persona firmó o reconoció estas instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud en mí presencia.
- la persona parece estar en su sano juicio, libre de coerción; fraude o influencias indebidas,
- no se me ha elegido como representante por medio de estas instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud; y
- no soy el proveedor de atención médica de la persona, un empleado del proveedor de atención médica de la persona, el agente de un centro de atención comunitario, un empleado de un agente de un centro de atención comunitario, el agente de un centro de atención residencial para personas de edad avanzada o un empleado de un agente de un centro de atención residencial para personas de edad avanzada.

**Primer testigo (Witness Number One):**

Nombre y apellido en letra de imprenta (Print full name): \_\_\_\_\_

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

Firma (Signature): \_\_\_\_\_ Fecha (Date): \_\_\_\_\_

**Segundo testigo (Witness Number Two):**

Nombre y apellido en letra de imprenta (Print full name): \_\_\_\_\_

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

Firma (Signature): \_\_\_\_\_ Fecha (Date): \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN ADICIONAL DEL TESTIGO:** por lo menos uno de los testigos debe cumplir con los siguientes requisitos y firmar la siguiente declaración:

Además, declaro bajo pena de falso testimonio según las leyes de California que no tengo con la persona que ejecuta estas instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud relación de sangre, matrimonio o adopción y que, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a nada de la herencia de esta persona cuando muera en un testamento vigente o por derecho legal.

Nombre y apellido en letra de imprenta (Print full name): \_\_\_\_\_

Firma (Signature): \_\_\_\_\_

Fecha (Date): \_\_\_\_\_

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

**MI FIRMA (MY SIGNATURE)**

Mi nombre en letra de imprenta (My name printed): \_\_\_\_\_

**Mi firma (My Signature):** \_\_\_\_\_ **Fecha (Date):** \_\_\_\_\_

Si está físicamente impedido para firmar, cualquier marca que usted asigne como su firma es aceptable.

(If you are physically unable to sign, any mark you make that you intend to be your signature is acceptable.)

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 \_\_\_\_\_

on \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_,  
Date Name and Title of Officer

personally appeared \_\_\_\_\_  
Name of Signer

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/ 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/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.

Signature \_\_\_\_\_ (Seal)

## Parte 6. Próximos pasos (Next Steps)

Ahora que ha finalizado de redactar sus instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud, también debería dar los siguientes pasos.

### Converse:

- Revise sus deseos sobre la atención médica con la persona a quien le ha pedido que sea su representante (si todavía no lo ha hecho). Asegúrese de que puede llevar a cabo esta importante tarea por usted en el futuro.
- Hable con el resto de su familia y amigos cercanos que puedan involucrarse si usted tuviera una enfermedad o una lesión graves. Asegúrese de que sepan quién es su representante para la atención médica y cuáles son sus deseos.

### Entregue copias:

- Entregue una copia de sus instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud a su representante para la atención médica.
- Entregue una copia de sus instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud a su médico o al Departamento de Educación de Kaiser Permanente.
- Haga una copia para usted y guárdela donde se pueda encontrar con facilidad.

### Lleve con usted:

- Si acude a un hospital o a un hogar para ancianos o para enfermos graves lleve una copia de sus instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud y pida que la incluyan en su historia clínica.
- Lleve una copia con usted en todo momento que esté lejos de su casa durante un tiempo prolongado.

### Revise con regularidad:

- Revise sus deseos sobre atención médica cuando se presente alguna de estos eventos:

**Década** – cada vez que empiece una nueva década de su vida.

**Muerte** – si usted ha perdido un ser querido.

**Divorcio** – cuando pase por un divorcio u otro cambio importante en su familia.

**Diagnóstico** – cuando le diagnostiquen un problema importante de salud.

**Deterioro** – cuando sienta un empeoramiento o deterioro de un problema de salud que ya tenga, en especial cuando ya no pueda vivir solo.

## Cómo cambiar sus instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud.

Si sus deseos cambian, proporcione instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud e informe a su representante, a su familia, y proporcione una copia a Kaiser Permanente.

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (Medical Record #): \_\_\_\_\_

**Se han entregado copias de este documento a:**

- Representante para la atención médica primario (principal)

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

Teléfono (Telephone): \_\_\_\_\_

- Primera alternativa del representante para la atención médica

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

Teléfono (Telephone): \_\_\_\_\_

- Segunda alternativa del representante para la atención médica

Nombre y apellido (Full name): \_\_\_\_\_

Teléfono (Telephone): \_\_\_\_\_

- Proveedor de atención médica / Clínica

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

Teléfono (Telephone): \_\_\_\_\_

- Otros:

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

Teléfono (Telephone): \_\_\_\_\_

# PLANIFICACIÓN

mis valores, mis opciones, mi atención

¿Necesita más ayuda?  
[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)



Esta información no pretende diagnosticar problemas de salud ni sustituir los consejos médicos ni el cuidado que recibe de su médico o de otro profesional de la salud. Consulte a su médico si tiene problemas de salud persistentes o si tiene otras preguntas.

© 2013, TPMG, Inc. Todos los derechos reservados. Departamento Regional de Educación para la Salud.  
9134000109 (Revisión 8/15) RL 10.2