

Completar su documento de voluntades anticipadas

Su documento de voluntades anticipadas es su plan médico solo cuando no puede expresarse. Es importante que todos tengan este plan, sin importar su edad ni su diagnóstico. A veces, en casos de enfermedades graves o crisis inesperadas, usted podría volverse incapaz de expresarse o tomar decisiones por sí mismo. Dejar por escrito sus deseos de atención médica con anticipación ayuda a su familia, a sus médicos y a su equipo médico a saber y respetar su voluntad. Es mucho más fácil pensar con claridad en estas decisiones mucho antes de que ocurra una crisis de salud.

Es política de Luminis Health Doctors Community Medical Center (LHDCMC) respetar y apoyar los deseos de nuestros pacientes. LHDCMC recomienda que todas las personas mayores de 18 años tengan un documento de voluntades anticipadas. Le recomendamos usar el formulario adjunto para pensar qué quiere usted y registrar sus deseos. No es necesario tener un abogado para completar este formulario.

¿Qué es un documento de voluntades anticipadas?

Un documento de voluntades anticipadas es un formulario legal que usted completa y que indica:

- Los tipos de atención médica que quiere recibir si está muy enfermo o herido y no puede expresarse.
- El nombre y la información de contacto de la persona que eligió para tomar decisiones
- en su nombre si no puede hacerlo por usted mismo. Esta persona se llama **agente de atención médica** (también conocido como representante de atención médica, o responsable, apoderado o sustituto médico).

¿Qué debo hacer con este formulario una vez que esté completo?

- Recuerde que dos testigos deben firmar su formulario. Esto hace que sea un documento legal.
- Comparta este formulario con su agente de atención médica, su familia, sus amigos cercanos y sus proveedores médicos.
- Presente una copia a LHDCMC para que la incluyan en su expediente médico.

Formas de darnos una copia de su documento de voluntades anticipadas:

- Llévela al consultorio de su médico. Entréguesela a su médico o a un miembro del equipo.
- Si va a ingresar al hospital, lleve una copia con usted.
- Envíela por correo a:
Medical records or PCP
8118 Good Luck Road
Lanham, MD 20706

Si tiene preguntas, preocupaciones o elogios sobre el documento de voluntades anticipadas, sobre sus derechos y responsabilidades o sobre cómo acceder a los servicios, comuníquese con Defensa del Paciente (Patient Advocacy) de LHDCMC llamando al 301-552-0899.

Instrucción anticipada de atención de salud de Maryland

Maryland Advance Health Care Directive

Este formulario le permite indicar cómo desea ser atendido si usted no puede hablar por sí mismo.

This form lets you have a say about how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

Este formulario consta de 3 partes: This form has 3 parts:

Parte 1 Escoger una persona decisora, Página 3

Part 1: Choose a medical decision maker, Page 3

Una persona decisora es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo.

A medical decision maker is a person who can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

También se les llama un agente de salud, un representante, o un sustituto.

They are also called a health care agent, proxy, or surrogate.



Parte 2 Tomar sus propias decisiones de atención de salud, Página 6

Part 2: Make your own health care choices, Page 6

Este formulario le permite escoger el tipo de atención de salud que desea. De esta manera, las personas encargadas de su cuidado no tendrán que adivinar lo que desea si no puede decirlo por usted mismo.

This form lets you choose the kind of health care you want. This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are not able to tell them yourself.

Parte 3 Firmar el formulario, Página 11

Part 3: Sign the form, Page 11

El formulario se debe firmar antes de que se pueda usar.

The form must be signed before it can be used.



Usted puede llenar la Parte 1, la Parte 2, o ambas. You can fill out Part 1, Part 2, or both.

Llene solamente las partes que desee. Siempre firme el formulario en la Parte 3.

Fill out only the parts you want. Always sign the form in Part 3.

Es necesario que 2 testigos firmen en la página 12. 2 witnesses need to sign on page 12.

Este es un formulario legal que le permite ser partícipe en su atención médica.

This is a legal form that lets you have a voice in your health care.

Le permitirá a su familia, amigos y proveedores médicos saber cómo desea ser atendido si usted no puede hablar por sí mismo.

It will let your family, friends, and medical providers know how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

¿Qué debo hacer con este formulario? What should I do with this form?

- Por favor, comparta este formulario con sus familiares, amigos y proveedores médicos.
Please share this form with your family, friends, and medical providers.
- Por favor, asegurese de que existan copias de este formulario en su expediente médico en todos los lugares donde recibe atención médica.
Please make sure copies of this form are placed in your medical record at all the places you get care.

¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el formulario? What if I have questions about the form?

- Está bien omitir cualquier parte de este formulario si tiene preguntas o no desea responder. It is OK to skip any part of this form if you have questions or do not want to answer.
- Pídale a sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, familiares o amigos que respondan sus preguntas. Ask your doctors, nurses, social workers, family, or friends to help.
- También los abogados pueden ayudar. Este formulario no da consejos legales.
Lawyers can help too. This form does not give legal advice.

¿Qué sucede si tengo decisiones de atención de salud que no aparecen en este formulario?

What if I want to make health care choices that are not on this form?

- En la página 10, puede anotar cualquier otra cosa que sea importante para usted. On page 10, you can write down anything else that is important to you.



¿Cuándo debiera de llenar este formulario de nuevo? When should I fill out this form again?

- Si cambia de opinión sobre sus opciones de atención médica
If you change your mind about your health care choices
- Si tiene cambios en su salud If your health changes
- Si cambia de opinión sobre su persona decisora If your medical decision maker changes

Si usted y su cónyuge se divorcian, esa persona ya no será su persona decisora.

If you and your spouse divorce, that person will no longer be your decision maker.

Entregue el nuevo formulario a su persona decisora y proveedores médicos.

Give the new form to your medical decision maker and medical providers.

Destruya los formularios anteriores. Destroy old forms.

Comparta este formulario y sus deseos médicos con sus familiares, amigos y proveedores médicos. Share this form and your choices with your family, friends, and medical providers.

Parte 1

Escoger una persona decisora

Part 1: Choose your medical decision maker

Su persona decisora puede tomar decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo.

Your medical decision maker can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

Una buena persona decisora es un familiar o amigo que:

A good medical decision maker is a family member or friend who:

- tiene 18 años de edad o más is 18 years of age or older
- puede hablar con usted sobre sus deseos can talk to you about your wishes
- puede estar con usted cuando usted lo necesite can be there for you when you need them
- es de confianza para seguir sus deseos y hacer lo que es mejor para usted
you trust to follow your wishes and do what is best for you
- es de confianza para tener conocimiento sobre su información médica
you trust to know your medical information
- no tiene miedo de hacerles preguntas a los doctores y expresar los deseos de usted
is not afraid to ask doctors questions and speak up about your wishes



Su persona decisora **no puede** ser su médico o alguien que trabaje en el hospital o clínica, a menos que sea un familiar. Your decision maker cannot be your doctor or someone who works at your hospital or clinic, unless they are a family member.

¿Qué sucede si no elijo una persona decisora? What will happen if I do not choose a medical decision maker?

Si usted no es capaz de tomar sus propias decisiones, los médicos pueden pedirle a sus familiares y amigos o a un juez que tomen decisiones por usted. Es posible que esta persona no sepa sobre sus deseos médicos. If you are not able to make your own decisions, your doctors may turn to family and friends or a judge to make decisions for you. This person may not know what you want.

Si usted no es capaz, su persona decisora podrá elegir lo siguiente por usted:

If you are not able, your medical decision maker can choose these things for you:

- médicos, enfermeras, trabajadores sociales, proveedores de salud doctors, nurses, social workers, caregivers
- hospitales, clínicas, o un asilo de ancianos hospitals, clinics, nursing homes
- medicamentos, exámenes, o tratamientos medications, tests, or treatments
- quien puede ver su expediente médico who can look at your medical information
- lo que sucederá con su cuerpo y órganos después de su muerte
what happens to your body and organs after you die



Decisiones adicionales que su persona decisora podrá tomar:

Here are more decisions your medical decision maker can make:

Iniciar o suspender tratamientos de soporte vital, tales como:

Start or stop life support or medical treatments, such as:

- **RCP o reanimación cardiopulmonar** CPR or cardiopulmonary resuscitation
cardio = corazón • pulmonar = pulmones • reanimación = intento de resucitación cardio = heart • pulmonary = lungs • resuscitation = try to bring back

Estos tratamientos pueden implicar: This may involve:

- presionar con fuerza el pecho para intentar mantener la circulación de la sangre pressing hard on your chest to try to keep your blood pumping
- descargas eléctricas para intentar que el corazón vuelva a palpar electrical shocks to try to jump start your heart
- medicamentos a través de las venas medicines in your veins

- **Respirador artificial** Breathing machine or ventilator

El respirador bombea aire a los pulmones e intenta respirar por usted. Usted no puede hablar cuando se encuentra conectado al respirador.

The machine pumps air into your lungs and tries to breathe for you. You are not able to talk when you are on the machine.

- **Diálisis** Dialysis

Una máquina que intenta limpiar la sangre si los riñones dejan de funcionar.

A machine that tries to clean your blood if your kidneys stop working.

- **Sonda de alimentación** Feeding Tube

Un tubo que se usa para intentar alimentarle si no puede beber o comer.

Este tubo se inserta por su nariz hacia su garganta y estómago.

También se puede colocar mediante una cirugía directamente al estómago.

A tube used to try to feed you if you cannot swallow. The tube can be placed through your nose down into your throat and stomach. It can also be placed by surgery into your stomach.

- **Transfusión intravenosa de sangre y agua** Blood and water transfusions (IV)

Poner sangre y agua dentro su cuerpo.

To put blood and water into your body.

- **Cirugía** Surgery

- **Medicamentos** Medicines



Cuidados para el final de la vida que su persona decisora puede tomar:

End of life decisions your medical decision maker can make:

- llamar a un guía espiritual call in a religious or spiritual leader
- decidir si muere en su casa o en el hospital decide if you die at home or in the hospital
- decidir acerca de una autopsia y donación de órganos decide about autopsy or organ donation
- decidir si será sepultado o cremado decide about burial or cremation

Al firmar este formulario, usted le da permiso a su persona decisora a:

By signing this form, you allow your medical decision maker to:

- aceptar, rechazar o retirar cualquier soporte vital o tratamiento médico si usted no puede hablar por sí mismo agree to, refuse, or withdraw any life support or medical treatment if you are not able to speak for yourself
- decidir qué le sucede a su cuerpo después de morir, como planes de su funeral o donación de sus órganos decide what happens to your body after you die, such as funeral plans and organ donation



Si hay decisiones que no desea que se hagan, escríbalas aquí:

If there are decisions you do not want them to make, write them here:

Escriba el nombre de su persona decisora. Write the name of your medical decision maker.

Deseo que esta persona tome mis decisiones médicas en caso que yo no pueda tomarlas por mi cuenta: I want this person to make my medical decisions if I am not able to make my own:

primer nombre first name

apellido last name

número de teléfono 1 phone #1

número de teléfono 2 phone #2

relación relationship

dirección address

ciudad city

estado
state

código postal
zip code

Si la primera persona no puede hacerlo, deseo que esta otra persona tome por mí las decisiones relacionadas con mi atención médica:

If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions:

primer nombre first name

apellido last name

número de teléfono 1 phone #1

número de teléfono 2 phone #2

relación relationship

dirección address

ciudad city

estado
state

código postal
zip code

Para tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página 6. Si ha terminado, debe firmar este formulario en la página 11. To make your own health care choices, go to Part 2 on page 6. If you are done, you must sign this form on page 11.

Parte 2

Tomar sus propias decisiones de atención de salud

Part 2: Make your own health care choices

¿Qué es lo que más importa en la vida? La calidad de vida es diferente para cada persona. What Matters Most in Life: Quality of life differs for each person.

Para algunas personas, lo más importante es mantenerse con vida el mayor tiempo posible incluso si: For some people, the main goal is to be kept alive as long as possible even if:

- Tienen que estar conectados a máquinas y están sufriendo They have to be kept alive on machines and are suffering
- Están demasiado enfermos para hablar con sus familiares y amistades They are too sick to talk to their family and friends

Para otras personas, lo más importante es enfocarse en su calidad de vida y comodidad.

For other people, the main goal is to focus on quality of the life and being comfortable.

- Estas personas prefieren una muerte natural, y no ser conectadas a máquinas para seguir con vida These people would prefer a natural death, and not be kept alive on machines

Otras personas están en un punto intermedio. **¿Qué es importante para usted?**

Other people are somewhere in between. What is important to you?

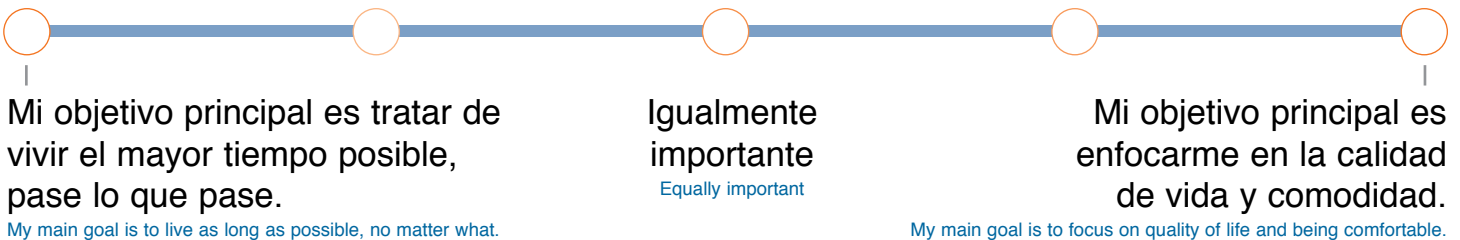
Sus objetivos pueden cambiar entre hoy con su salud actual, y al final de la vida.

Your goals may differ today in your current health than at the end of life.

HOY, EN SU ESTADO ACTUAL DE SALUD

TODAY, IN YOUR CURRENT HEALTH

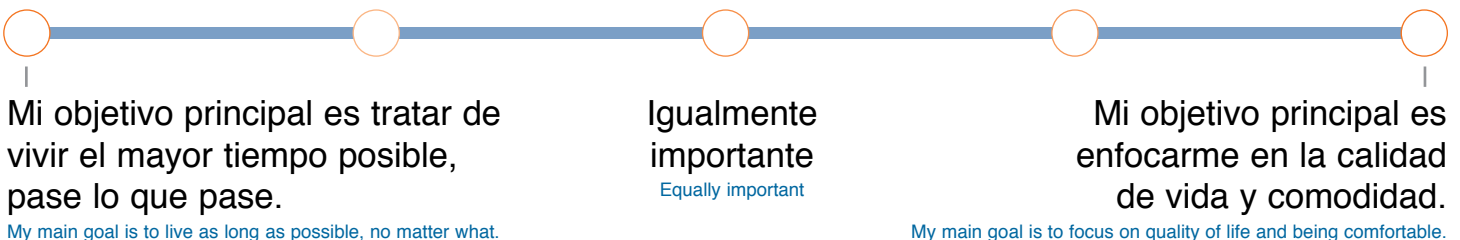
Coloque una X sobre la balanza para mostrar como se siente hoy en su estado actual de salud. Put an X along this line to show how you feel today, in your current health.



AL FINAL DE LA VIDA

AT THE END OF LIFE

Coloque una X sobre la balanza para mostrar como se sentiría si estuviera tan enfermo que pudiera morir pronto. Put an X along this line to show how you would feel if you were so sick that you may die soon.



Si quiere anotar las razones por las cuales se siente así, vaya a la página 10.

If you want to write down why you feel this way, go to page 10.

¿Qué es lo que más importa en la vida? La calidad de vida es diferente para cada persona. ¿Qué es lo más importante para usted?

What Matters Most in Life: Quality of life differs for each person. What is important to you?

AL FINAL DE LA VIDA algunas personas están dispuestas a pasar por mucho para tener la oportunidad de vivir más tiempo. Otras personas ya saben que ciertas cosas afectarían negativamente su calidad de vida. AT THE END OF LIFE, some people are willing to live through a lot for a chance of living longer. Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

Al final de la vida, ¿cuáles de las siguientes cosas afectarían negativamente su calidad de vida? At the end of life, which of these things would be very hard on your quality of life?

Marque a continuación lo que le haría preferir enfocarse en su comodidad en vez de vivir el mayor tiempo posible. Check the things below that would make you want to focus on comfort rather than trying to live as long as possible.

- ☐ No poder despertar nunca de un coma ni poder hablar con familiares y amigos
Being in a coma and not able to wake up or talk to my family and friends
- ☐ No poder vivir sin estar conectado a máquinas Not being able to live without being hooked up to machines
- ☐ No poder pensar por mí mismo, como en caso de demencia
Not being able to think for myself, such as dementia
- ☐ No poder alimentarme, bañarme, o cuidarme a mí mismo
Not being able to feed, bathe, or take care of myself
- ☐ No poder vivir por mi cuenta Not being able to live on my own
- ☐ Tener dolor o malestar constante y severo Having constant, severe pain or discomfort
- ☐ Alguna otra cosa _____
Something else
- ☐ **O, estoy dispuesto a enfrentar todas estas cosas para tener la oportunidad de vivir más tiempo.** OR, I am willing to live through all of these things for a chance of living longer.



¿Es importante para usted la religión o la espiritualidad?

Is religion or spirituality important to you?

☐ Sí Yes

☐ No No

Si pertenece a alguna religión...¿cuál es? _____

If you have one, what is your religion?

¿Qué deben saber los proveedores médicos y su persona decisora sobre sus creencias religiosas o espirituales? What should your medical providers and medical decision maker know about your religious or spiritual beliefs?

Si está muriendo, ¿en donde quisiera estar? If you are dying, where do you want to be?

- ☐ en casa at home
- ☐ en el hospital in the hospital
- ☐ cualquiera de las dos opciones either

Si quiere escribir más acerca de por qué se siente así, vaya a la página 10.

If you want to write down more about why you feel this way, go to Page 10.

¿Cómo equilibra su calidad de vida y su atención médica?

A veces las enfermedades y los tratamientos que son utilizados para ayudar a las personas a vivir más tiempo pueden causar dolor, efectos secundarios e incapacidad para cuidarse a sí mismo.

How Do You Balance Quality of Life with Medical Care? Sometimes illness and the treatments used to try to help people live longer can cause pain, side effects, and the inability to care for yourself.

Por favor, lea esta página completamente antes de tomar sus decisiones.

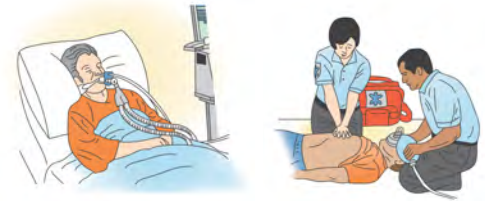
Please read this whole page before making a choice.

AL FINAL DE LA VIDA algunas personas están dispuestas a pasar por mucho para tener la oportunidad de vivir más tiempo. Otras personas ya saben que ciertas cosas afectarían negativamente su calidad de vida.

AT THE END OF LIFE, some people are willing to live through a lot for a chance of living longer. Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

Los tratamientos de soporte vital pueden ser RCP, respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis o transfusiones de sangre.

Life support treatment can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, or transfusions.



Marque con una X la opción con la cual esté más de acuerdo.

Check the one choice you most agree with.

Si estuviera tan enfermo que pudiera morir pronto, ¿cuál sería su preferencia?

If you were so sick that you may die soon, what would you prefer?

- ☐ **Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital** que mis médicos crean que pueden ayudar. **Quiero permanecer en tratamientos de soporte vital**, incluso si hay pocas esperanzas de mejorarme o vivir una vida que valoro. Try all life support treatments that my doctors think might help. I want to stay on life support treatments even if there is little hope of getting better or living a life I value.
- ☐ **Deseo probar tratamientos de soporte vital** que mis médicos crean que pueden ayudar. Pero, **NO DESEO permanecer en tratamientos de soporte vital** si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de mejorarme o vivir una vida que valoro. Do a trial of life support treatments that my doctors think might help. But, I DO NOT want to stay on life support treatments if the treatments do not work and there is little hope of getting better or living a life I value.
- ☐ **No deseo tratamientos de soporte vital**, y quisiera enfocarme en sentirme cómodo. Prefiero tener **una muerte natural**. I do not want life support treatments, and I want to focus on being comfortable. I prefer to have a natural death.

¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y su persona decisora acerca de su decisión? O, ¿por qué eligió esta opción?

What else should your medical providers and decision maker know about this choice? Or, why did you choose this option?

Si quiere escribir más acerca de por qué se siente así, vaya a la página 10.

If you want to write down more about why you feel this way, go to Page 10.

Se le puede preguntar a su persona decisora sobre la donación de sus órganos y autopsia después de morir. Por favor, infórmenos acerca de sus deseos.

Your decision maker may be asked about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

DONACIÓN DE ORGANOS

ORGAN DONATION

Algunas personas deciden donar sus órganos o partes del cuerpo a otras personas. ¿Cuál sería su preferencia?

Some people decide to donate their organs or body parts. What do you prefer?

☐

Deseo donar mis órganos o partes del cuerpo.

I want to donate my organs or body parts.

¿Qué órgano o parte del cuerpo desea donar?

Which organ or body part do you want to donate?

☐

Cualquier órgano o parte del cuerpo

Any organ or body part

☐

Sólo

Only

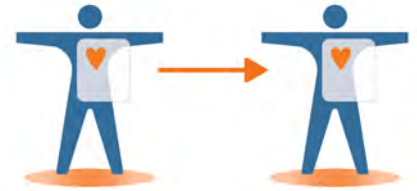
☐

No deseo donar mis órganos o partes del cuerpo.

I do not want to donate my organs or body parts.

¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y persona decisora sobre la donación de sus órganos o partes del cuerpo?

What else should your medical providers and medical decision maker know about donating your organs or body parts?



AUTOPSIA

AUTOPSY

Se puede realizar una autopsia después de la muerte para saber por qué murió una persona. Se realiza mediante una cirugía. Puede tomar algunos días.

An autopsy can be done after death to find out why someone died. It is done by surgery. It can take a few days.

☐

Deseo una autopsia.

I want an autopsy.

☐

No deseo una autopsia.

I do not want an autopsy.

☐

Deseo una autopsia **sólo** si existe alguna duda sobre mi muerte.

I only want an autopsy if there are questions about my death.



DESEOS FUNEBRES O DE SEPULTURA

FUNERAL OR BURIAL WISHES

¿Qué debieran saber sus proveedores médicos y su persona decisora sobre la forma en que desea que se trate su cuerpo después de morir, y sus deseos funebres o de sepultura?

What should your medical providers and decision maker know about how you want your body to be treated after you die, and your funeral or burial wishes?

Si quiere escribir más acerca de por qué se siente así, vaya a la página 10.

If you want to write down more about why you feel this way, go to Page 10.

What else should your medical providers and medical decision maker know about you and your choices for medical care?

If you named a medical decision maker on this form: How strictly do you want them to follow your wishes if you are not able to speak for yourself?

Marque con una X la oración con la que esté más de acuerdo. Put an X next to the one sentence you most agree with.

- Su Nombre Your Name

Parte 3

Firmar el formulario

Part 3: Sign the form



Antes de que se pueda usar este formulario, usted debe: Before this form can be used, you must:

- firmar este formulario si tiene 18 años de edad o más sign this form if you are 18 years of age or older
- pedirle a dos testigos que firmen este formulario have two witnesses sign the form

Firme su nombre y escriba la fecha. Sign your name and write the date.

firma signature

fecha de hoy today's date

primer nombre en letra de molde first name

apellido en letra de molde last name

fecha de nacimiento DOB

dirección address

ciudad city

estado state

código postal zip code

Testigos Witnesses

Antes de que se pueda usar este formulario, usted debe pedirle a 2 testigos que firmen el formulario. Before this form can be used, you must have 2 witnesses sign the form.

Sus testigos deben: Your witnesses must:

- tener 18 años de edad o más be 18 years of age or older
- confirmar que fue usted quien firmó este formulario agree that it was you that signed this form

Sus testigos no pueden: Your witnesses cannot:

- ser su persona decisora be your medical decision maker

Además, uno de los testigos no puede: Also, one witness cannot:

- beneficiarse financieramente (recibir dinero o propiedades) después de su muerte benefit financially (get any money or property) after you die



Los testigos deben de firmar la página 12.

Witnesses need to sign their names on Page 12.

Pídale a sus testigos que firmen con sus nombres y anoten la fecha.

Have your witnesses sign their names and write the date.

Por medio de mi firma, doy fe que _____ firmó este formulario.

(la persona nombrada en la página 11)

By signing, I promise that (the person named on Page 11) signed this form.

Esta persona tenía pleno uso de sus capacidades mentales y no fue forzada a firmar. They were thinking clearly and were not forced to sign it.



También doy fe de que: I also promise that:

- Tengo 18 años de edad o más I am 18 years of age or older
- No soy su persona decisora I am not their medical decision maker

Uno de los testigos también debe dar fe de lo siguiente: One witness must also promise that:

- No voy a beneficiarme financieramente (obtener dinero o propiedad) después de que la persona muera I will not benefit financially (get any money or property) after they die

Testigo 1 Witness #1

firma signature

fecha date

primer nombre en letra de molde print first name

apellido en letra de molde print last name

dirección address

ciudad city

estado state

código postal zip code

Testigo 2 Witness #2

firma signature

fecha date

primer nombre en letra de molde print first name

apellido en letra de molde print last name

dirección address

ciudad city

estado state

código postal zip code

Ha terminado de llenar este formulario. You are now done with this form.

Comparta este formulario con sus familiares, amigos, y proveedores médicos. Hable con ellos sobre sus deseos médicos. Para obtener más información, vaya a www.prepareforyourcare.org

Share this form with your family, friends, and medical providers. Talk with them about your medical wishes. To learn more go to www.prepareforyourcare.org