

MyCare

El Cuidado de mi Salud

Planificación anticipada de atención médica



Nombre completo (Full name): _____

Fecha de nacimiento (DOB): _____



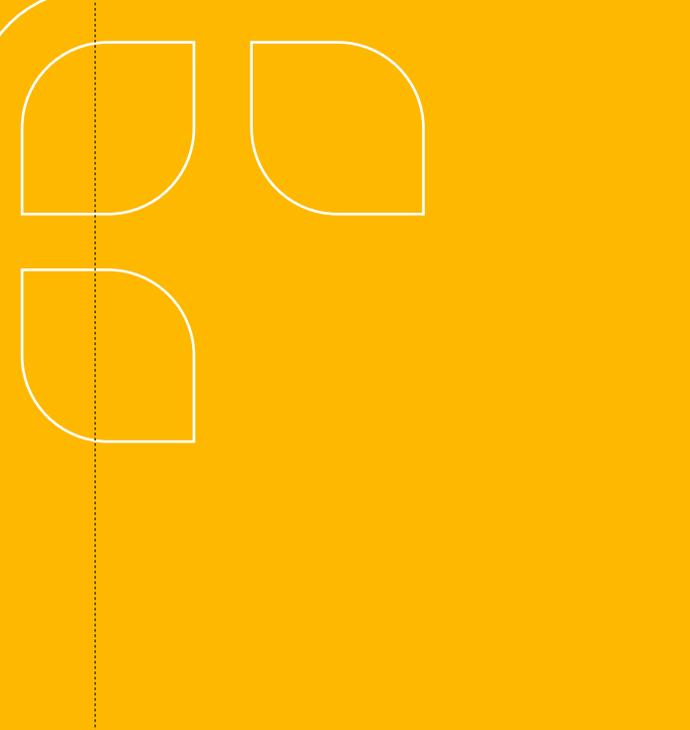
Mi atención médica y opciones de cuidados médicos

Quizá en este momento esté sano, pero ¿qué sucedería si se enfermara o accidentara gravemente y no pudiera hablar por sí mismo?

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

Sus proveedores de atención médica desean conocer y respetar sus planes y decisiones de atención médica.

Invitamos a toda persona mayor de 18 años con plena capacidad a que planifique su atención médica de manera anticipada.



Páginas 1-5

Información sobre su planificación anticipada de atención médica y representante en asuntos de atención médica

Páginas 6-8 REQUERIDAS LEGALMENTE

Páginas que debe llenar con su información y la información de su representante en asuntos de atención médica y lo que usted desea que su representante en asuntos de atención médica haga por usted

Páginas 9-11 REQUERIDAS LEGALMENTE

Páginas que debe llenar con sus instrucciones y preferencias de atención médica para su equipo médico, su representante en asuntos de atención médica y sus seres queridos

Páginas 12-14 REQUERIDAS LEGALMENTE

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

Página 15

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

Páginas 16-17

Sus deseos y preferencias que pueden ayudar a su representante en asuntos de atención médica a tomar decisiones por usted (OPCIONAL)

Página 18

Siguientes pasos e información de cómo compartir su MyCare con las personas necesarias



¿Qué es la planificación anticipada de atención médica?

Es un formulario legal e importante para toda persona mayor de 18 años de edad que indica:

- Los tipos de cuidados médicos que le gustaría recibir si se enferma gravemente y no puede hablar por sí mismo
- El nombre de la persona que ha elegido como su representante en asuntos de atención médica

MyCare es la planificación anticipada que utilizan las personas en California. También pueden usarse otros tipos de formularios legales con el mismo fin.

Preguntas más frecuentes

¿En qué parte de los Estados Unidos es legal este formulario?

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 estos estados, hable con su proveedor de atención médica o con un abogado para saber qué formulario legal requiere su estado.

¿Quién debería completar una planificación anticipada?

Todo adulto mayor de 18 años de edad. Este formulario ayudaría a su equipo médico y a sus seres queridos a conocer y a respetar sus decisiones de atención médica, en caso de que tuviera una emergencia médica o estuviera gravemente enfermo y no pudiera hablar por sí mismo.

¿Cuándo debe tener una copia disponible?

- Si va a salir del país por un largo tiempo, por ejemplo, si viaja, estudia en el extranjero o es enviado a prestar servicio militar activo
- Si va a un hospital, centro médico de enfermería especializado o centro de rehabilitación. Pida que pongan su planificación anticipada en su expediente médico de ese lugar

¿Puede cambiar su planificación anticipada?

La mejor manera de cambiar la información en su formulario es completando un documento nuevo para que sus objetivos de atención médica queden claros. Después necesitaría hacer lo siguiente:

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

¿Cuándo debe revisar su planificación anticipada?

- Cuando renueve su licencia de conducir
- Cuando se involucre en una relación duradera
- Cuando tenga un hijo
- Si empieza un trabajo de alto riesgo
- Si se enlista en el servicio militar activo
- Cuando se jubile
- Si se inscribe a Medicare
- Cuando tenga su examen físico anual
- Si tiene una afección o diagnóstico médico
- Si se acerca el fin de su vida

¿Qué es un representante en asuntos de atención médica?

Es la persona que usted desea que tome decisiones de atención médica en su nombre.

Hable con su representante acerca de los tipos de atención médica que desea o no desea recibir. Es importante que su representante conozca y esté de acuerdo en cumplir con sus decisiones

¿Cuántas personas pueden ser su representante en asuntos de atención médica?

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

Puede elegir a una segunda y tercera persona para que sea su representante en asuntos de atención médica en caso que su representante principal no esté disponible.

¿Cuándo debe tomar su representante en asuntos de atención médica las decisiones en su nombre?

En la mayoría de los casos, su representante toma las decisiones de atención médica en su nombre únicamente si usted no puede hablar por sí mismo.

En algunos casos, hay personas que desean que su representante tome decisiones de atención médica en su nombre, incluso aunque usted tenga la capacidad para decidir o hablar por sí mismo.

¿Quién puede ser su representante en asuntos de atención médica?

un miembro de su familia, un amigo o una persona que:

- Sea mayor de 18 años de edad
- Lo conozca bien
- Esté dispuesto a aceptar esta responsabilidad
- Sea confiable y respete sus deseos y valores
- Pueda tomar decisiones difíciles en situaciones estresantes
- Se pueda mantener calmado y pensar con claridad cuando hable con sus proveedores médicos, sus familiares y amigos
- Alguien que sus proveedores puedan contactar fácilmente

¿Quién NO puede ser su representante en asuntos de atención médica?

- Su médico
- Cualquier proveedor médico que lo esté atendiendo o supervisando su cuidado médico



--	--

Nombre completo (Full name)

Fecha de nacimiento (DOB)

MyCare:

Planificación Anticipada de Atención Médica

Mi Información

Yo, _____ ,
(Nombre Completo: Primer Nombre, Segundo Nombre y Apellidos/Full Name)

establezco que este documento tiene mis instrucciones anticipadas. Al completar este formulario revoco cualquier otra Instrucción Médica Anticipada, Poder Notarial para Servicios Médicos o Declaración de Ley de Fallecimiento Natural anteriores.

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 Primario En Asuntos De Atención Médica: (My Health Care Agent)

Nombre completo: (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) _____

--	--

Nombre completo (Full name)

Fecha de nacimiento (DOB)

Mi segundo representante en asuntos de atención médica: (Second Health Care Agent)

Nombre completo: (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 tercer representante en asuntos de atención médica: (Third Health Care Agent)

Nombre completo: (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)

--	--

Nombre completo (Full name)

Fecha de nacimiento (DOB)

Deseo que mi representante en asuntos de atención médica: (I want my health care agent to)

<i>Instrucciones: Escriba sus iniciales en sí o en no para indicar qué acción puede o no puede tomar su representante en su nombre</i>	Sí/Yes	No/No
1. Decida qué pruebas, medicamentos y cirugías debo tener (Decide what tests, medicine, and surgery I have)		
2. Elija a mis médicos y los lugares en donde recibiré atención (Choose my doctors and the locations where I'll receive care)		
3. Hable con mis proveedores de atención médica (Speak with my health care providers)		
4. Planifique mi atención médica en California o en otro estado (Plan for my care in California or another state)		
5. Revise y divulgue mis expedientes médicos (Review and release my medical records)		
6. Planifique mi atención en un hogar de ancianos o en un centro de atención residencial (Plan for my care in a nursing home or residential facility)		
7. Cumpla con mis decisiones sobre donación de órganos y tejidos o donación de mi cuerpo después de mi fallecimiento (Follow my decisions about organ tissue or body donation after I die)		
8. Haga planes para mi cuerpo después de mi fallecimiento (incluyendo la autopsia) (Make plans for my body after I die, including autopsy)		
9. Haga cremar mi cuerpo (Have my body cremated)		

Más información acerca de lo que mi representante para asuntos de atención médica PUEDE o NO PUEDE hacer: _____

Momento en que la autoridad del representante en asuntos de atención médica entra en vigencia

La autoridad de mi representante en asuntos de atención médica entra en vigencia cuando mi médico determine 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 su decisión. Entiendo y autorizo esta declaración como lo demuestra mi firma a continuación:

Deseo que mi representante en asuntos de atención médica tome decisiones por mí desde ahora. Por favor imprima y firme el documento completado en tinta. Las firmas electrónicas no serán legalmente válidas.

Firma: _____

--	--

Nombre completo (Full name)

Fecha de nacimiento (DOB)

Resucitación Cardiopulmonar (RCP) (Cardiopulmonary Resuscitation/CPR)

Si usted muriera (el corazón no está latiendo, no está respirando y su cerebro no está funcionando) se le puede hacer RCP para intentar revivirlo.

RCP incluye:

- Compresiones en el pecho (presionar el pecho más de dos pulgadas, para intentar que el corazón vuelva a latir)
- Medicamentos (en forma de inyección)
- Choques eléctricos
- Tubo para respirar

Usted debe elegir si desea RCP. Aunque RCP puede salvar vidas es importante que conozca lo siguiente:

- RCP funciona mejor si se hace a unos minutos de morir, en un adulto saludable

- Si no se comienza RCP rápidamente y logra revivir, puede haber daño cerebral debido a que el cerebro no recibió suficiente oxígeno
- Aunque RCP pueda o no pueda lograr revivirlo, es posible que aun siendo una persona saludable no volverá a tener la misma calidad de vida que tenía antes
- Hay poca probabilidad que una persona mayor de edad o con enfermedades crónicas y en estado crítico pueda revivir con RCP

RCP puede causar:

- Costillas rotas
- Perforación en los pulmones

Si usted muriera, ¿desearía recibir RCP? (elija solamente una opción marcando sus iniciales en su opción preferida):

Nota: Toda persona recibirá la misma calidad de cuidado médico independientemente de cuáles sean sus decisiones

1. _____ Deseo que **SIEMPRE** se me intente hacer RCP (always want CPR attempted)
2. _____ **NO** deseo que me hagan RCP. Deseo estar cómodo y morir de forma natural (Never want CPR. I want to be comfortable and die naturally)
3. _____ **DESEO** que me hagan **RCP A MENOS** que el médico tratándome indique algo de lo siguiente: (I want CPR unless MD treating me says any of the following)
 - Tengo una enfermedad incurable y es probable que muera pronto (I have an incurable illness and am likely to die soon)
 - Es probable que no volveré a tener la misma calidad de vida que tenía antes, la cual fue discutida con mi representante en asuntos de atención médica (I am not likely to return to the same quality of life which I had before that I have discussed with my health care agent and/or medical team)

Si está seguro de que no desea que le hagan RCP, 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 RCP, talk to your medical team about completing a POLST)

Si tiene instrucciones específicas sobre el RCP escríbalas aquí. (Instructions on CPR) _____

--	--

Nombre completo (Full name)

Fecha de nacimiento (DOB)

Tratamientos para Prolongar la Vida (Life Sustaining Treatment)

En un evento médico inesperado como un ataque al corazón, un derrame cerebral o cualquier otro accidente inesperado, los médicos determinarán qué tan grave es su daño cerebral. Estaría en un estado inconsciente sin saber de sí mismo ni de los demás. Los médicos le dijeran a su representante en asuntos de atención médica que no creen que se recuperará. En tal caso, los tratamientos para prolongar la vida serían necesarios solamente para mantener su cuerpo vivo.

Tratamientos para prolongar la vida pueden incluir:

Respirador/Ventilador (intubación): Una máquina que respira por usted cuando sus pulmones no funcionan. Se introduce un tubo por la boca o por medio de una incisión en el cuello a las vías respiratorias. Algunas veces este proceso requiere sedación con medicamento. El tubo se conecta a la máquina respiradora. Este tubo puede ser incómodo y las enfermeras podrían darle medicamentos para intentar ayudarlo si usted pudiera decirles o si se dieran cuenta de que está incómodo. Estando intubado, no podría hablar ni comer normalmente.

Sonda para alimentación: Se colocaría un tubo de plástico dentro de su nariz o por medio de una incisión pequeña en su estómago. Esta sonda plástica permitiría que le den alimentos y agua.

Máquina de diálisis: Una máquina que elimina los desechos de su sangre si sus riñones no funcionan.

Si se requieren los tratamientos para prolongar mi vida deseo que (elija solamente una opción marcando sus iniciales en su opción preferida):

Nota: Toda persona recibirá la misma calidad de cuidado médico independientemente de cuáles sean sus decisiones

1. _____ No deseo recibir tratamientos para prolongar la vida. Si ya lo comenzaron, deseo que lo suspendan. Deseo morir de forma natural (I do not want to continue life sustaining treatment. If already started, STOP; I want natural death)
2. _____ Deseo continuar con los tratamientos para prolongar la vida únicamente para fines de donación de órganos o tejidos (I want life sustaining treatment only for the purpose of organ or tissue donation)
3. _____ Sí deseo continuar con el tratamiento para prolongar la vida (I want to continue life sustaining treatment)

Si tiene instrucciones específicas sobre los tratamientos para prolongar la vida, escríbalas aquí.
(Instructions on life sustaining treatments) _____

--	--

Nombre completo (Full name)

Fecha de nacimiento (DOB)



Donación de Órganos (Organ Donation)

Convertirse en donante de órganos y tejidos al morir podría permitirle salvar vidas y mejorar la calidad de vida de otras personas. No hay límite de edad para ser donante. Aquí se presentan algunas opciones para su consideración.

Quando muera (elija solamente una opción marcando sus iniciales en su opción preferida):

1. Deseo donar cualquier órgano o tejido que se necesite. (Donate any organ/tissue)
2. Deseo donar solamente los siguientes órganos o tejidos. (I only want to donate the following organs or tissues)

3. No deseo donar ninguno de mis órganos, ni de mis tejidos.
4. Deseo donar mi cuerpo completo para investigación (es importante que usted organice este proceso anticipadamente con una organización o agencia dedicada a estos asuntos). (I want to donate my whole body to research)
Nombre de la organización o institución con la que he hecho o haré planes para la donación de mi cuerpo: (organization/institution name)

Teléfono de la organización o institución con la que he hecho o haré planes para la donación de mi cuerpo: (Phone) _____

--	--

Nombre completo (Full name)

Fecha de nacimiento (DOB)

Legalización de este Formulario

Tiene dos opciones para completar y legalizar su formulario:

Opción 1

Puede firmar su formulario y fecharlo y después conseguir la firma e información de dos testigos que lo conozcan o que puedan confirmar su identidad

Opción 2

Puede conseguir un Notary Public (Notario Público) que firme y certifique su formulario. **Si decide conseguir un Notary Public necesita firmar y fechar su formulario en la presencia del Notary Public.**

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

Mi nombre en letra de molde: (Printed name)

Mi firma: (Signature) _____

Fecha: (Date) _____

--	--

Nombre completo (Full name)

Fecha de nacimiento (DOB)

Declaración de Testigos (Witness Statement)

Confirmando que lo siguiente es verdadero:

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

Como testigo yo juro que:

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

Testigo #1: (Witness 1)

Nombre completo en letra de molde: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

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

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo #2: (Witness 2)

Nombre completo en letra de molde: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

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

Firma: _____ Fecha: _____

Declaración adicional de uno de los testigos de arriba

Declaro bajo pena de perjurio según la ley de California que:

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

Imprima y firme el formulario completado en tinta. Las firmas electrónicas no serán legalmente válidas.

Firma: _____ Fecha: _____

--	--

Nombre completo (Full name)

Fecha de nacimiento (DOB)

Notary Public (Notario Público)

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.

State of California }
 County of _____

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) 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.

Notary Public Signature

Notary Public Seal

Requisito de testigo especial

Esta sección es obligatoria exclusivamente para pacientes que están en un Centro de Rehabilitación y Retiro (Skilled Nursing Facility). Si usted está en un Centro de Rehabilitación y Retiro (Skilled Nursing Facility), un representante de los defensores de los residentes (Ombudsman Representative) tiene que firmar la siguiente declaración.

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: _____

Lo que significa “calidad de vida” para mí (My values)

Esta sección no es requerida legalmente, pero recomendamos que la llene.

Deseo que mi representante en asuntos de atención médica y mis seres queridos conozcan qué es lo más importante para mí para que puedan tomar decisiones sobre mi atención médica que reflejen mis deseos.

Con este fin, me gustaría compartirles lo siguiente:

- Cómo y con quién me gusta pasar el tiempo
- Qué me gusta hacer
- Qué haría que mi vida no fuera digna de vivirla

1. Si estuviera teniendo un excelente día, estaría haciendo lo siguiente: (If I was having a great day, I would be doing this)

2. Las actividades y facultades (independencia, movilidad, etc.) y personas más importantes para mí son las siguientes: (Things that matter most to me)

3. Qué significa para mí no tener una buena calidad de vida:
(What it means not having a good quality of life)

Mis deseos y preferencias (My wishes and preferences)

Esta sección no es requerida legalmente, pero recomendamos que la llene.

1. Deseo que mis seres queridos sepan cómo me gustaría pasar mis últimos días. A continuación, una lista del cuidado y las atenciones que quisiera recibir (personas, oraciones, lecturas, rituales, música, etc.): (Comfort and support if I am dying)

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

_____ mi hogar (home)

_____ bajo los servicios y cuidados de hospicio (hospice)

_____ centro de enfermería especializada (skilled nursing facility)

_____ hospital (hospital)

_____ otro: (other) _____

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

Mi religión/tradición espiritual: (My faith/spiritual tradition)

Mi iglesia o institución religiosa/espiritual: (My faith/spiritual community)

Dirección: (Address) _____

Teléfono: (Phone) _____

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

_____ SÍ _____ NO

Otras anotaciones: (Notes) _____

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

____ Cremado (cremated)

____ Enterrado (buried)

____ No tengo ninguna preferencia (no preference)

____ Ya hice los siguientes planes: (I have made these plans)

5. Me gustaría que mi funeral incluya 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)

1. **Haga varias copias de su planificación anticipada de atención médica.** Conserve los originales en un lugar donde pueda encontrarlos fácilmente.
2. **Envíe copias por correo, correo electrónico, o entregue personalmente 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 donde pondrán su formulario.

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 en persona:

En la recepción de 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

Si desea asegurarse de que su planificación anticipada esté 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 en persona:

En la recepción de cualquier Sansum Clinic

Correo electrónico:

PalliativeCareAdvanceCarePlanning@ridleytrecc.org

Si desea asegurarse de que su planificación anticipada esté en su expediente médico, llame al: (805) 692-6435.

3. **Entréguele copias a:**
 - Sus representantes en asuntos de atención médica
 - Su doctor primario y cualquier especialista que lo atienda
 - Su abogado
4. **Revise su formulario regularmente para asegurarse de que está actualizado. Sugerimos hacerlo cuando:**
 - Tenga su exámen físico anual
 - Haya cambios en su salud
 - Le asignan un nuevo proveedor de atención médica
 - Se case, divorcie o termine una relación
5. **Puede cambiar su planificación anticipada en cualquier momento:**
 - Hable con su médico acerca de los cambios
 - Envíe las copias actualizadas por correo, correo electrónico a Cottage Health, Sansum Clinic o cualquier otro proveedor de atención médica
 - Mantenga copias actualizadas e informe a sus representantes en asuntos de atención médica sobre sus cambios
 - Si tiene un abogado, entréguele una copia actualizada
 - Destruya cualquier copia vieja para que no haya confusión

Si tiene alguna pregunta acerca de MyCare, comuníquese con el programa de Planificación Anticipada de la Atención Médica en Cottage Health 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