



**ADVANCE DIRECTIVE INFORMATION**  
*INFORMACION SOBRE DIRECTIVAS ANTICIPADAS (Testamento)*

**1. Do you have an Advance Directive?**  Yes(Si)  No  
**(If YES, continue filling out this form)**  
*Tiene Directivas Anticipadas (Testamento)? (Si, continúe llenando esta forma)*

**2. What Type of Advance Directive do you have?**  
*Que tipo de Directivas Anticipadas tiene?*  
 **LIVING WILL**  **POWER of ATTORNEY**  
*Testamento Poder*

**3. Do you have a Health Care Surrogate?**  YES(Si)  No  
*Tiene a alguien responsable de las decisiones del cuidado de su salud?*  
**[If YES, complete question 4. If NO, skip to question 5]**  
*[Si, responda pregunta 4. Si no, vaya a la pregunta 5]*

4a. **Name of Surrogate (Nombre)** \_\_\_\_\_

4b. **Relationship (Relación)** \_\_\_\_\_

4c. **Telephone(Teléfono)** \_\_\_\_\_

4d. **Address** \_\_\_\_\_  
*(Dirección)* \_\_\_\_\_

**5. Do you have a copy of your Advance Directive?**  YES (Si)  NO  
*Tiene copia de sus Directivas Anticipadas?*

**6. If you have an Advance Directive, where is it located?** \_\_\_\_\_  
*Donde está localizada?*

**PLEASE GIVE US A COPY OF YOUR ADVANCE DIRECTIVE FOR OUR RECORDS**  
*(Por favor denos una copia de sus Directivas Anticipadas para nuestros archivos.)*

**Patient Name** \_\_\_\_\_ **Signature** \_\_\_\_\_  
*Nombre del Paciente Firma*

**Representative** \_\_\_\_\_ **Signature** \_\_\_\_\_  
*Representante Firma*

**Relationship to Patient** \_\_\_\_\_  
*Relación con el Paciente*

**Agency Representative** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_  
*Representante de la Agencia Fecha*

**ADDITIONAL INFORMATION ON ADVANCE DIRECTIVES**  
*(INSTRUCCIONES POR ADELANTADO REFERENTES A LA ATENCION MEDICA  
EL DERECHO DE LOS PACIENTES A DECIDIR)*

**Accident or illness can take away a persons ability to make health care decisions. But decisions still have to be made. if you cannot do so someone else will: and sometimes this causes the burden delay and expense of court proceedings. You should consider whether you want to lake steps now to control these decisions so that they wilt reflect your own wishes.**

*(A todos las personas adultas que reciben atencion medica en Instituciones, tales como hospitales, hogares de ancianos, hospices, agencias de atencion medica a domicilio y orgnizaciones para el mantenimiento de la salud, les asisten ciertos derechos bajo las leyes de la Florida. Usted tiene dorecho a redactar un documento conocido como "Instrucciones por Adelantado". En el documento usted expresa de antemano el tipo de tratamiento que desearia recibir o no en condiciones especiales de gravedad medica - condiciones que pudieran impedir que usted se lo comunicara a su medico. Por ejemplo, si lo llevaron en estado de coma a una instalaci3n de atenci3n medica, querria usted que el personal de dicha instalacion conociera sus deseos especificos en lo referente a decisiones que pudieran afectar su tratamiento?)*

**LIVING WILLS**

**A Living Will (or Declaration) is a statement of your wishes regarding the use of life~prolonging treatment it you are ir a terminal conditions. (A "Living Will" is different from the Will which disposes of your property after your death.) Generally a "Living Will" is a statement that you desire to be allowed to die and not be kept alive by medical treatment when your doctors conclude that you are no longer able to decide matters for yourself and that your condition is terminal, If you would not want to be kept alive by use of a feeding tube or other artificial means of providing food and water, specifically state this.**

**QUE ES UN TESTAMENTO EN VIDA?**

*Por lo general, en un testamento en vida se declara el tipo de atencion medica que usted desea recibir o no, en caso de no estar apto para tomar sus propias decisiones. Se llama "Testamento en vida", porque el mismo tiene vigencia en vida de usted. Usted puede utilizar esta forma u otra. Es posible que usted desee hablar con un abogado o un medico para cerciorarsa de que ha redactado el testamento en vida de modo tal que sus deseos sean atendidos.*

**SURROGATE DESIGNATION**

**If you are too sick to make decisions, close family members or a close friend usually wilt decide with the doctor and nurses what is best for you. And most of the time that works. But sometimes everyone doesn't agree about what to do, even if you have made a Living Will. One way to help ensure that your wishes will be honored is to name someone you trust who will make medical decisions for you. You may name this person in a Living Wilt (or Declaration), in which case such person makes only those medical decisions related to serious illness that could cause death.**

**If you want to name someone you trust to make all other medical decisions for you when you are too sick to do so yourself you may wish to put this in writing. Remember, if you want this person to also make the decisions about the use of machines and medical treatment that might delay your death when you are hopelessly ill, name the same person in your Living Will. It is advisable to name a replacement in case the person you have chosen to make decisions for you becomes unable or unwilling to do so.**

*EN QUE CONSISTE LA DESIGNACION DE UN APODERADO PARA TOMAR DECISIONES EN CUANTO A PROBLEMAS DE SALUD?  
La designacion de un apoderado para tomar decisiones en cuanto a problemas de salud en un documento firmado, fechado y certificado, en el cual se designa a otra persona, por ejemplo, a un esposo, una esposa, un hijo/a, a un amigo intimo, como representante de usted para que tome decisiones medicas en nombre suyo.*

-----  
**If your decide to make a Living Will or other advance directive, it is recommended that you give a copy to your doctor, your closest relative or friend and any hospital, nursing home or other facility where you are receiving treatment or care. If you change your mind, make sure that you so advise all those to whom you have given copies.**

**A Living Will in no way affects life insurance. Also, it cannot be required as a condition for being insured for, or receiving, health care services. Any medical treatment that is used for the purpose of providing comfort care or to alleviate pain will be continued. A summary like this cannot answer all of your questions or cover every circumstance. If you have questions about your particular legal situation, please talk to a lawyer. Also talk to your health care provider about the medics issues. Let those who wilt be caring for you know what you have decided.**

*Las instrucciones por adelantado lo permiten declarar cuáles son sus opciones con respecto a la atención de su salud, o designar a una persona para que la misma elija las opciones en nombre de usted, en caso de no encontrarse apto para tomar decisiones en relacion con su tratamiento medico. Las instrucciones por adolantado le permiten tomar decisiones acerca de su futuro tratamiento de salud, SI USTED LA TIENE, DELE UNA COPIA A SU DOCTOR, A SU FAMILIAR MAS CERCANO, AMIGO U HOSPITAL.*



**American Proud Home Health, Corp.**

12966 SW 133<sup>rd</sup> Ct. Suite A

Miami, FL 33186

Ph: (786) 293-4938

## ADVANCE DIRECTIVE

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_

CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP CODE: \_\_\_\_\_

I have received information on health care advanced directives and the patient's right to decide.

Advance directive executed?      Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If "Yes":

Copies obtained for medical record \_\_\_\_\_

Copies not available at present. Patient to provide copies. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Patient/Representative Signature)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(RN Signature)

\_\_\_\_\_  
(Date)



**American Proud Home Health, Corp.**

12966 SW 133<sup>rd</sup> Ct. Suite A

Miami, FL 33186

Ph: (786) 293-4938

## DIRECTIVAS ANTICIPADAS

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZIP CODE: \_\_\_\_\_

Yo he recibido información acerca de las directivas anticipadas del cuidado de la salud y del derecho del paciente a decidir.

Las Directivas Anticipadas han sido ejecutadas. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "SI":

Las copias de los archivos medicos fueron obtenidas \_\_\_\_\_

Las copias no estaban disponibles en el presente. El paciente proveerá las copias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente/Representante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma de la Enfermera)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



## Health Care Advance Directives

### The Patient's Right to Decide

Every competent adult has the right to make decisions concerning his or her own health, including the right to choose or refuse medical treatment.

When a person becomes unable to make decisions due to a physical or mental change, such as being in a coma or developing dementia (like Alzheimer's disease), they are considered incapacitated. To make sure that an incapacitated person's decisions about health care will still be respected, the Florida legislature enacted legislation pertaining to health care advance directives (Chapter 765, Florida Statutes). The law recognizes the right of a competent adult to make an advance directive instructing his or her physician to provide, withhold, or withdraw life-prolonging procedures; to designate another individual to make treatment decisions if the person becomes unable to make his or her own decisions; and/or to indicate the desire to make an anatomical donation after death.

By law hospitals, nursing homes, home health agencies, hospices, and health maintenance organizations (HMOs) are required to provide their patients with written information, such as this pamphlet, concerning health care advance directives. The state rules that require this include 58A-2.0232, 59A-3.254, 59A-4.106, 59A-8.0245, and 59A-12.013, Florida Administrative Code.

### Questions About Health Care Advance Directives

#### What is an advance directive?

It is a written or oral statement about how you want medical decisions made should you not be able to make them yourself and/or it can express your wish to make an anatomical donation after death. Some people make advance directives when they are diagnosed with a life-threatening illness. Others put their wishes into writing while they are healthy, often as part of their estate planning.

Three types of advance directives are:

- A Living Will
- A Health Care Surrogate Designation
- An Anatomical Donation

You might choose to complete one, two, or all three of these forms. This pamphlet provides information to help you decide what will best serve your needs.

#### What is a living will?

It is a written or oral statement of the kind of medical care you want or do not want if you become unable to make your own decisions. It is called a living will because it takes effect while you are still living. You may wish to speak to your health care provider or attorney to be certain you have completed the living will in a way that your wishes will be understood.

**What is a health care surrogate designation?**

It is a document naming another person as your representative to make medical decisions for you if you are unable to make them yourself. You can include instructions about any treatment you want or do not want, similar to a living will. You can also designate an alternate surrogate.

**Which is best?**

Depending on your individual needs you may wish to complete any one or a combination of the three types of advance directives.

**What is an anatomical donation?**

It is a document that indicates your wish to donate, at death, all or part of your body. This can be an organ and tissue donation to persons in need, or donation of your body for training of health care workers. You can indicate your choice to be an organ donor by designating it on your driver's license or state identification card (at your nearest driver's license office), signing a uniform donor form (seen elsewhere in this pamphlet), or expressing your wish in a living will.

**Am I required to have an advance directive under Florida law?**

No, there is no legal requirement to complete an advance directive. However, if you have not made an advance directive, decisions about your health care or an anatomical donation may be made for you by a court-appointed guardian, your wife or husband, your adult child, your parent, your adult sibling, an adult relative, or a close friend.

The person making decisions for you may or may not be aware of your wishes. When you make an advance directive, and discuss it with the significant people in your life, it will better assure that your wishes will be carried out the way you want.

**Must an attorney prepare the advance directive?**

No, the procedures are simple and do not require an attorney, though you may choose to consult one. However, an advance directive, whether it is a written document or an oral statement, needs to be witnessed by two individuals. At least one of the witnesses cannot be a spouse or a blood relative.

**Where can I find advance directive forms?**

Florida law provides a sample of each of the following forms: a living will, a health care surrogate, and an anatomical donation. Elsewhere in this pamphlet we have included sample forms as well as resources where you can find more information and other types of advance directive forms.

**Can I change my mind after I write an advance directive?**

Yes, you may change or cancel an advance directive at any time. Any changes should be written, signed and dated. However, you can also change an advance directive by oral statement; physical destruction of the advance directive; or by writing a new advance directive.

If your driver's license or state identification card indicates you are an organ donor, but you no longer want this designation, contact the nearest driver's license office to cancel the donor designation and a new license or card will be issued to you.

**What if I have filled out an advance directive in another state and need treatment in Florida?**

An advance directive completed in another state, as described in that state's law, can be honored in Florida.

### **What should I do with my advance directive if I choose to have one?**

- If you designate a health care surrogate and an alternate surrogate be sure to ask them if they agree to take this responsibility, discuss how you would like matters handled, and give them a copy of the document.
- Make sure that your health care provider, attorney, and the significant persons in your life know that you have an advance directive and where it is located. You also may want to give them a copy.
- Set up a file where you can keep a copy of your advance directive (and other important paperwork). Some people keep original papers in a bank safety deposit box. If you do, you may want to keep copies at your house or information concerning the location of your safety deposit box.
- Keep a card or note in your purse or wallet that states that you have an advance directive and where it is located.
- If you change your advance directive, make sure your health care provider, attorney and the significant persons in your life have the latest copy.

If you have questions about your advance directive you may want to discuss these with your health care provider, attorney, or the significant persons in your life.

### **More Information On Health Care Advance Directives**

Before making a decision about advance directives you might want to consider additional options and other sources of information, including the following:

- As an alternative to a health care surrogate, or in addition to, you might want to designate a durable power of attorney. Through a written document you can name another person to act on your behalf. It is similar to a health care surrogate, but the person can be designated to perform a variety of activities (financial, legal, medical, etc.). You can consult an attorney for further information or read Chapter 709, Florida Statutes.

If you choose someone as your durable power of attorney be sure to ask the person if he or she will agree to take this responsibility, discuss how you would like matters handled, and give the person a copy of the document.

- If you are terminally ill (or if you have a loved one who is in a persistent vegetative state) you may want to consider having a pre-hospital Do Not Resuscitate Order (DNRO). A DNRO identifies people who do not wish to be resuscitated from respiratory or cardiac arrest. The pre-hospital DNRO is a specific yellow form available from the Florida Department of Health (DOH). Your attorney, health care provider, or an ambulance service may also have copies available for your use. You, or your legal representative, and your physician sign the DNRO form. More information is available on the DOH website, [www.doh.state.fl.us](http://www.doh.state.fl.us) or [www.MyFlorida.com](http://www.MyFlorida.com) (type DNRO in these website search engines) or call (850) 245-4440.

When you are admitted to a hospital the pre-hospital DNRO may be used during your hospital stay or the hospital may have its own form and procedure for documenting a Do Not Resuscitate Order.

- If a person chooses to donate, after death, his or her body for medical training and research the donation will be coordinated by the Anatomical Board of the State of Florida. You, or your survivors, must arrange with a local funeral home, and pay, for a preliminary embalming and transportation of the body to the Anatomical Board located in Gainesville, Florida. After being used for medical education or research, the body will ordinarily be cremated. The cremains will be returned to the loved ones, if requested at the time of donation, or the Anatomical Board will spread

the cremains over the Gulf of Mexico. For further information contact the Anatomical Board of the State of Florida at (800) 628-2594 or [www.med.ufl.edu/anatbd](http://www.med.ufl.edu/anatbd).

- If you would like to read more about organ and tissue donation to persons in need you can view the Agency for Health Care Administration's website <http://ahca.MyFlorida.com> (Click on "Site Map" then scroll down to "Organ Donors") or the federal government site [www.OrganDonor.gov](http://www.OrganDonor.gov). If you have further questions you may want to talk with your health care provider.
- Various organizations also make advance directive forms available. One such document is "Five Wishes" that includes a living will and a health care surrogate designation. "Five Wishes" gives you the opportunity to specify if you want tube feeding, assistance with breathing, pain medication, and other details that might bring you comfort such as what kind of music you might like to hear, among other things. You can find out more at:

Aging with Dignity  
[www.AgingWithDignity.org](http://www.AgingWithDignity.org)  
(888) 594-7437

Other resources include:

American Association of Retired Persons (AARP)  
[www.aarp.org](http://www.aarp.org)  
(Type "advance directives" in the website's search engine)

Your local hospital, nursing home, hospice, home health agency, and your attorney or health care provider may be able to assist you with forms or further information.

Brochure: End of Life Issues  
[www.FloridaHealthFinder.gov](http://www.FloridaHealthFinder.gov)  
(888) 419-3456





## Living Will

Declaration made this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 2\_\_\_\_, I, \_\_\_\_\_, willfully and voluntarily make known my desire that my dying not be artificially prolonged under the circumstances set forth below, and I do hereby declare that, if at any time I am mentally or physically incapacitated and

\_\_\_\_\_ (initial) I have a terminal condition,  
or \_\_\_\_\_ (initial) I have an end-stage condition,  
or \_\_\_\_\_ (initial) I am in a persistent vegetative state,

and if my attending or treating physician and another consulting physician have determined that there is no reasonable medical probability of my recovery from such condition, I direct that life-prolonging procedures be withheld or withdrawn when the application of such procedures would serve only to prolong artificially the process of dying, and that I be permitted to die naturally with only the administration of medication or the performance of any medical procedure deemed necessary to provide me with comfort care or to alleviate pain.

I do \_\_\_\_, I do not \_\_\_\_ desire that nutrition and hydration (food and water) be withheld or withdrawn when the application of such procedures would serve only to prolong artificially the process of dying.

It is my intention that this declaration be honored by my family and physician as the final expression of my legal right to refuse medical or surgical treatment and to accept the consequences for such refusal.

In the event I have been determined to be unable to provide express and informed consent regarding the withholding, withdrawal, or continuation of life-prolonging procedures, I wish to designate, as my surrogate to carry out the provisions of this declaration:

Name \_\_\_\_\_  
Street Address \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

I understand the full import of this declaration, and I am emotionally and mentally competent to make this declaration.

Additional Instructions (optional): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Signed) \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_  
Street Address \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_  
Phone \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_  
Street Address \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_  
Phone \_\_\_\_\_

*At least one witness must not be a husband or wife or a blood relative of the principal.*

Definitions for terms on the Living Will form:

“End-stage condition” means an irreversible condition that is caused by injury, disease, or illness which has resulted in progressively severe and permanent deterioration, and which, to a reasonable degree of medical probability, treatment of the condition would be ineffective.

“Persistent vegetative state” means a permanent and irreversible condition of unconsciousness in which there is: The absence of voluntary action or cognitive behavior of any kind and an inability to communicate or interact purposefully with the environment.

“Terminal condition” means a condition caused by injury, disease, or illness from which there is no reasonable medical probability of recovery and which, without treatment, can be expected to cause death.

These definitions come from section 765.101 of the Florida Statutes. The Statutes can be found in your local library or online at [www.leg.state.fl.us](http://www.leg.state.fl.us).

www.pnsystem.com  
SAMPLE



## Designation of Health Care Surrogate

Name: \_\_\_\_\_

In the event that I have been determined to be incapacitated to provide informed consent for medical treatment and surgical and diagnostic procedures, I wish to designate as my surrogate for health care decisions:

Name \_\_\_\_\_  
Street Address \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_

If my surrogate is unwilling or unable to perform his or her duties, I wish to designate as my alternate surrogate:

Name \_\_\_\_\_  
Street Address \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

I fully understand that this designation will permit my designee to make health care decisions and to provide, withhold, or withdraw consent on my behalf; or apply for public benefits to defray the cost of health care; and to authorize my admission to or transfer from a health care facility.

Additional instructions (optional):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I further affirm that this designation is not being made as a condition of treatment or admission to a health care facility. I will notify and send a copy of this document to the following persons other than my surrogate, so they may know who my surrogate is.

Name \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_

Signed \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Witnesses            1. \_\_\_\_\_  
                             2. \_\_\_\_\_

*At least one witness must not be a husband or wife or a blood relative of the principal.*



## Uniform Donor Form

The undersigned hereby makes this anatomical gift, if medically acceptable, to take effect on death. The words and marks below indicate my desires:

I give:

(a) \_\_\_\_\_ any needed organs or parts

(b) \_\_\_\_\_ only the following organs or parts for the purpose of transplantation, therapy, medical research, or education:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(c) \_\_\_\_\_ my body for anatomical study if needed. Limitations or special wishes, if any:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signed by the donor and the following witnesses in the presence of each other:

Donor's Signature \_\_\_\_\_ Donor's Date of Birth \_\_\_\_\_

Date Signed \_\_\_\_\_ City and State \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_

Street Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_

Street Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_

You can use this form to indicate your choice to be an organ donor. Or you can designate it on your driver's license or state identification card (at your nearest driver's license office).

The card below may be used as a convenient method to inform others of your health care advance directives. Complete the card and cut it out. Place in your wallet or purse. You can also make copies and place another one on your refrigerator, in your car glove compartment, or other easy to find place.



## Health Care Advance Directives

I, \_\_\_\_\_  
have created the following Advance Directives:

\_\_\_ Living Will

\_\_\_ Health Care Surrogate Designation

\_\_\_ Anatomical Donation

\_\_\_ Other (specify) \_\_\_\_\_

----- FOLD -----

**Contact:**

Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Produced and distributed by the Florida Agency for Health Care Administration. This publication can be copied for public use or call our toll-free number 1-888-419-3456 for additional copies. To view or print other publications from the Agency for Health Care Administration please visit [www.FloridaHealthFinder.gov](http://www.FloridaHealthFinder.gov).

SCHS-4-2006



# Directivas por anticipado de cuidado médico

## El derecho de decidir del paciente

Cada adulto competente tiene el derecho de tomar decisiones con respecto a su salud, incluyendo el derecho de elegir o rehusar tratamiento médico.

Cuando una persona ya no puede tomar decisiones debido a un cambio físico o mental, tal como estar en coma o desarrollar demencia (como la enfermedad de Alzheimer), se considerará que está incapacitada. A fin de asegurar que las decisiones sobre el cuidado de la salud de una persona incapacitada aún se respeten, la legislatura de la Florida aprobó legislación pertinente a las directivas por anticipado de cuidado médico (Capítulo 765 de los Estatutos de la Florida). La ley reconoce el derecho de un adulto competente de redactar directivas por anticipado indicándole a su médico que proporcione, retenga o retire procedimientos que prolongan la vida; designar a otra persona para que tome decisiones en cuanto al tratamiento si la persona no puede tomar sus propias decisiones; y/o indicar el deseo de hacer una donación anatómica después de la muerte.

Por ley, a los hospitales, asilos de ancianos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, hospicios y organizaciones de mantenimiento de la salud (HMOs) se les requiere que provean a sus pacientes información escrita, como este folleto, relacionada con las directivas por anticipado de cuidado médico. Las reglas estatales que requieren esto incluyen las siguientes: 58A-2.0232, 59A-3.254, 59A-4.106, 59A-8.0245 y 59A-12.013 del Código Administrativo de la Florida.

## Preguntas acerca de las directivas por anticipado de cuidado médico

### ¿Qué es una directiva por anticipado?

Es una declaración escrita u oral sobre la manera que usted quiere que se tomen las decisiones médicas en caso de que usted no pueda tomarlas por sí mismo y/o puede expresar su deseo de hacer una donación anatómica después de la muerte. Algunas personas las escriben cuando son diagnosticadas con una enfermedad que amenaza la vida. Otras ponen sus deseos por escrito mientras están saludables; otras como parte de la planificación de su caudal hereditario.

Tres tipos de directivas por anticipado son:

- Un testamento en vida
- Una designación de sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico
- Una donación anatómica

Usted puede elegir completar uno, dos o los tres formularios. Este folleto provee información para ayudarle a decidir lo que mejor se ajusta a sus necesidades.

### ¿Qué es un testamento en vida?

Es una declaración escrita u oral sobre la clase de cuidado médico que usted desea o no desea si llega un momento en que no puede tomar sus propias decisiones. Se llama testamento en vida porque entra en vigor mientras usted todavía está vivo. Usted querrá hablar con su proveedor de cuidado médico o con su

abogado para asegurarse de que ha completado el testamento en vida de una manera en que se entiendan sus deseos.

### **¿Qué es una designación de sustituto para cuidado médico?**

Es un documento nombrando a otra persona como su representante para que tome decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo. Usted puede incluir instrucciones sobre el tratamiento que desea o no desea, de forma similar a un testamento en vida. También puede designar a un sustituto alterno.

### **¿Cuál de ellos es mejor?**

Dependiendo de sus necesidades individuales, usted querrá completar uno o una combinación de los tres tipos de directivas por anticipado.

### **¿Qué es una donación anatómica?**

Es un documento que indica su deseo de donar, a su fallecimiento, todo o parte de su cuerpo. Esto puede ser una donación de órganos y tejidos a personas que los necesitan, o la donación de su cuerpo para entrenamiento de trabajadores de cuidado de la salud. Usted puede indicar que quiere ser un donante de órganos designándolo en su licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado (en la oficina de licencias de conducir más cercana a usted), firmando un formulario uniforme de donante (que aparece en otro lugar en este folleto), o expresando su deseo en un testamento en vida.

### **¿Se me requiere tener una directiva por anticipado bajo las leyes de la Florida?**

No, no hay ningún requisito legal que exija completar una directiva por anticipado. No obstante, si no ha hecho una directiva por anticipado, las decisiones acerca de su cuidado médico o una donación anatómica podrán ser tomadas por usted por un tutor nombrado por el tribunal, su cónyuge, su hijo adulto, su padre, su hermano adulto, un pariente adulto o un amigo cercano.

La persona que tome decisiones por usted puede estar consciente o no de sus deseos. Cuando usted hace una directiva por anticipado y habla sobre ella con las personas significativas en su vida, esto asegurará mejor que sus deseos se lleven a cabo de la manera que usted quiere.

### **¿Debe un abogado preparar la directiva por anticipado?**

No, los procedimientos son sencillos y no requieren un abogado, aunque usted puede elegir consultar a uno. No obstante, una directiva por anticipado, ya sea un documento escrito o una declaración oral, tiene que ser atestiguada por dos testigos. Por lo menos uno de los testigos no puede ser un cónyuge o un pariente consanguíneo.

### **¿Dónde puedo encontrar formularios de directivas por anticipado?**

Las leyes de la Florida proporcionan una muestra de cada uno de los siguientes formularios: un testamento en vida, una designación de sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico y una donación anatómica. En otro lugar en este folleto hemos incluido formularios de muestra así como recursos donde puede encontrar más información y otros tipos de formularios de directivas por anticipado.

### **¿Puedo cambiar de idea después de haber escrito mi directiva por anticipado?**

Sí, puede cambiar o cancelar la directiva por anticipado en cualquier momento. Cualquier cambio debe ser por escrito y estar firmado y fechado. No obstante, también puede cambiar una directiva por anticipado por medio de una declaración oral, la destrucción física de la directiva por anticipado, o escribiendo una nueva directiva por anticipado.

Si su licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado indica que usted es un donante de órganos, pero ya no desea esta designación, comuníquese con la oficina de licencias de conducir más cercana para cancelar la designación de donante y se le emitirá una nueva licencia o tarjeta.

### **¿Qué sucede si he escrito una directiva por anticipado en otro estado y necesito tratamiento en la Florida?**

Una directiva por anticipado completada en otro estado, como se describe en las leyes de ese estado, puede ser honrada en la Florida.

### **¿Qué debo hacer con mi directiva por anticipado si elijo tener una?**

- Si designa a un sustituto para cuidado médico y un alterno, asegúrese de preguntarles si aceptan esta responsabilidad, de decirles cómo desea que se manejen los asuntos y de darles una copia del documento.
- Asegúrese de que su proveedor de cuidado médico, su abogado y las personas significativas en su vida sepan que usted tiene una directiva por anticipado y dónde se encuentra. También querrá darles una copia.
- Prepare un archivo donde pueda mantener una copia de su directiva por anticipado (y otros documentos importantes). Algunas personas mantienen los documentos originales en una caja de seguridad en el banco. Si lo hace, usted querrá tener copias en su casa o información con respecto a la ubicación de su caja de seguridad.
- Mantenga una tarjeta o nota en su bolso o billetera que indique que usted tiene una directiva por anticipado y dónde se encuentra.
- Si cambia su directiva por anticipado, asegúrese de que su proveedor de cuidado médico, su abogado y las personas significativas en su vida tengan la copia más reciente.

Si tiene preguntas acerca de su directiva por anticipado, usted querrá hablar con su proveedor de cuidado médico, su abogado o las personas significativas en su vida.

## **Más información acerca de las directivas por anticipado de cuidado médico**

Antes de tomar una decisión acerca de las directivas por anticipado, usted querrá considerar opciones adicionales y otras fuentes de información, incluyendo las siguientes:

- Como alternativa a un sustituto para cuidado médico, o en adición al mismo, usted podría querer designar un poder de representación duradero. Por medio de un documento escrito, usted puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre. Es similar al sustituto para cuidado médico, pero la persona puede ser designada para que realice varias actividades (financieras, legales, médicas, etc.). Usted puede consultar a un abogado para obtener información adicional o puede leer el Capítulo 709 de los Estatutos de la Florida.

Si elige a alguien como su poder de representación duradero, asegúrese de preguntarle a la persona si acepta esta responsabilidad, hable con ella sobre cómo desea que se manejen los asuntos y déle a la persona una copia del documento.

- Si padece de una enfermedad terminal (o si tiene a un ser querido que está en estado vegetativo persistente), usted querrá considerar tener una Orden de No Resucitar (DNRO, por sus siglas en inglés) previa a la hospitalización. Una DNRO identifica a las personas que no desean ser resucitadas después de un paro cardíaco o respiratorio. La DNRO es un formulario amarillo específico disponible en el Departamento de Salud (DOH) de la Florida. Su abogado, su proveedor de cuidado médico o un servicio de ambulancia puede tener copias disponibles para su uso. Usted, o su



representante legal, y su médico firman el formulario DNRO. Puede obtener más información en el sitio web del DOH en [www.doh.state.fl.us](http://www.doh.state.fl.us) o en [www.MyFlorida.com](http://www.MyFlorida.com) (escriba DNRO en estos motores de búsqueda de sitios web) o llame al (850) 245-4440.

Cuando usted es admitido a un hospital, la DNRO puede utilizarse durante su estadía en el hospital o el hospital puede tener su propio formulario y procedimiento para documentar una Orden de No Resucitar.

- Si una persona elige donar, después de su muerte, su cuerpo para entrenamiento e investigación médica, la donación será coordinada por la Junta Anatómica del Estado de la Florida. Usted o sus sobrevivientes deben hacer arreglos con una funeraria local y pagar por el embalsamamiento preliminar y el transporte del cuerpo a la Junta Anatómica ubicada en Gainesville, Florida. Después de ser usado para educación o investigación médica, el cuerpo normalmente será cremado. Los restos cremados se devolverán a los seres queridos, si ellos lo solicitan en el momento de la donación, o la Junta Anatómica los esparcirá sobre el Golfo de México. Para obtener más información, comuníquese con la Junta Anatómica del Estado de la Florida llamando al (800) 628-2594 o visite [www.med.ufl.edu/anatbd](http://www.med.ufl.edu/anatbd).
- Si desea leer más acerca de la donación de órganos y tejidos a personas que los necesitan, puede visitar el sitio web de la Agencia para la Administración del Cuidado Médico en <http://ahca.MyFlorida.com> (haga clic en el "Mapa del Sitio" y luego desplácese hacia abajo a "Donantes de Organos") o el sitio del gobierno federal en [www.OrganDonor.gov](http://www.OrganDonor.gov). Si tiene más preguntas, usted querrá hablar con su proveedor de cuidado médico.
- Varias organizaciones también tienen disponibles formularios de directivas por anticipado. Un documento tal es "Five Wishes" (Cinco Deseos) que incluye un testamento en vida y la designación de un sustituto para cuidado médico. "Five Wishes" le da la oportunidad de especificar si usted desea alimento por tubo, ayuda con la respiración, medicamento para el dolor y otros detalles que puedan hacerlo más cómodo, tal como la música que desea escuchar, entre otras cosas. Puede obtener más información en:

Aging with Dignity (Envejecimiento con Dignidad)  
[www.AgingWithDignity.org](http://www.AgingWithDignity.org)  
(888) 594-7437

Otros recursos incluyen:

American Association of Retired Persons (Asociación Americana de Personas Jubiladas)  
[www.aarp.org](http://www.aarp.org)  
(Escriba "advance directives" en el motor de búsqueda del sitio web)

Su hospital local, asilo de ancianos, hospicio, agencia de cuidado de la salud en el hogar y su abogado o proveedor de cuidado médico pueden ayudarle con los formularios o proporcionarle más información.

Folleto: Asuntos relacionados con el fin de la vida  
[www.FloridaHealthStat.com](http://www.FloridaHealthStat.com) (Bajo Informes y Guías)  
(888) 419-3456



## Testamento en vida

Declaración hecha hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_\_. Yo, \_\_\_\_\_, intencional y voluntariamente hago saber mi deseo de que mi proceso de fallecimiento no se prolongue artificialmente en las circunstancias descritas a continuación y por este medio declaro que, si en cualquier momento quedo mental o físicamente incapacitado y

- \_\_\_\_\_ (iniciales) tengo una condición terminal,
- o \_\_\_\_\_ (iniciales) tengo una condición en las etapas finales,
- o \_\_\_\_\_ (iniciales) me encuentro en un estado vegetativo persistente,

y si mi médico que me está atendiendo o proporcionando tratamiento y otro médico consultor han determinado que no existe probabilidad médica razonable que me recupere de dicha condición, ordeno que se retengan o retiren los procedimientos para prolongar la vida cuando la aplicación de dichos procedimientos sólo sirvan para prolongar artificialmente el proceso de morir, y que se me permita morir de forma natural con sólo la administración de medicamentos o cualesquiera procedimientos médicos que se consideren necesarios para proporcionarme comodidad o para aliviar el dolor.

Deseo \_\_\_\_, No deseo \_\_\_\_ que se me retenga o retire la nutrición y la hidratación (alimentación y agua) cuando la aplicación de dichos procedimientos sólo sirvan para prolongar artificialmente el proceso de morir.

Es mi intención que esta declaración sea honrada por mi familia y mi médico como la expresión final de mi derecho legal de rehusar tratamiento médico o quirúrgico y de aceptar las consecuencias de tal rechazo.

En caso de que se haya determinado que no puedo proporcionar un consentimiento expreso e informado con respecto a retener, retirar o continuar los procedimientos que prolongan la vida, deseo designar como mi sustituto para llevar a cabo las disposiciones de esta declaración a:

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección de la calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Entiendo la importancia plena de esta declaración y estoy emocional y mentalmente competente para hacer esta declaración.

Instrucciones adicionales (opcional): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Firmado) \_\_\_\_\_

Testigo _____	Testigo _____
Dirección de la calle _____	Dirección de la calle _____
Ciudad _____ Estado _____	Ciudad _____ Estado _____
Teléfono _____	Teléfono _____

*Por lo menos un testigo no puede ser el o la cónyuge o un pariente consanguíneo del mandante.*

## Definiciones de vocabulario encontrado en el formulario del Testamento en vida

“Condición en la etapa final” significa una condición no reversible causada por una herida o enfermedad que ha resultado en un deterioro progresivo severo y permanente y que hasta un grado de probabilidad médica razonable un tratamiento de la condición no será efectivo.

“Estado vegetativo persistente” significa una condición permanente y no reversible de estar inconsciente cuando no existe una acción voluntaria ni comportamiento cognitivo de cualquier tipo ni una habilidad de comunicarse o interactuarse al propósito con el medioambiente.

“Condición terminal” significa una condición causada por una herida o enfermedad de la cual no hay una probabilidad médica razonable de recuperarse y que, sin un tratamiento, pueda causar la muerte.

Estas definiciones originen de sección 765,101 de los Estatutos de la Florida. Se puede encontrar los Estatutos en su biblioteca local o en el sitio web [www.leg.state.fl.us](http://www.leg.state.fl.us).

www.pnsystem.com  
SAMPLE



## Designación de sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico

Nombre: \_\_\_\_\_

En caso de que se haya determinado que no tengo la capacidad para proporcionar un consentimiento informado para el tratamiento médico y los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, deseo designar como mi sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico a:

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección de la calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Si mi sustituto no está dispuesto o no puede desempeñar sus deberes, deseo designar como mi sustituto alterno a:

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección de la calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Entiendo completamente que esta designación le permitirá a la persona que he designado tomar decisiones y proporcionar, retener o retirar el consentimiento en mi nombre; o solicitar beneficios públicos para sufragar el costo del cuidado médico; y autorizar mi admisión o transferencia de una instalación de cuidado médico.

Instrucciones adicionales (opcional):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Afirmo, además, que esta designación no se hace como una condición del tratamiento o la admisión a una instalación de cuidado médico. Notificaré y enviaré una copia de este documento a las siguientes personas además de a mi sustituto, de manera que puedan saber quién es mi sustituto.

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigos 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

*Por lo menos un testigo no puede ser el o la cónyuge o un pariente consanguíneo del mandante.*



## Formulario uniforme de donante

El suscrito por este medio hace una donación anatómica, si es médicamente aceptable, que entrará en vigor al fallecimiento. Las palabras y las marcas a continuación indican mis deseos (Escoja solamente una e las opciones detalladas a continuación):

Dono:

(a) \_\_\_\_\_ cualesquiera órganos o partes de órganos que sean necesarios

(b) \_\_\_\_\_ sólo los siguientes órganos o partes de órganos para fines de trasplante, terapia, investigación médica o educación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(c) \_\_\_\_\_ mi cuerpo para estudio anatómico, de ser necesario. Limitaciones o deseos especiales, de haberlos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firmado por el donante y los siguientes testigos en presencia los unos de los otros:

Firma del donante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del donante \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

Dirección de la calle \_\_\_\_\_ Dirección de la calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Usted puede utilizar este formulario para indicar su decisión de ser un donante de órganos. También puede comunicar esta decisión en su licencia de conducir, o en su tarjeta de identificación del estado, a través de la oficina de renovación de licencias de conducir más cercana.

La tarjeta a continuación puede usarse como un método conveniente para informar a otros de sus directivas por anticipado de cuidado médico. Llene la tarjeta y córtela. Guárdela en su billetera o bolso. También puede hacer copias y colocar una en la puerta de su refrigerador, en la guantera de su automóvil o en otro lugar fácil de encontrar.



### Directivas por anticipado de cuidado médico

Yo, \_\_\_\_\_,  
he preparado las siguientes Directivas por anticipado:

\_\_\_ Testamento en vida

\_\_\_ Designación de sustituto para que tome decisiones  
acerca del cuidado médico

\_\_\_ Donación anatómica

\_\_\_ Otra (especifique) \_\_\_\_\_

----- DOBLE -----

#### Contacto:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Producido y distribuido por la Agencia para la Administración del Cuidado Médico de la Florida. Esta publicación puede copiarse para uso público o llame a nuestro número telefónico sin cargo 1-888-419-3456 para obtener copias adicionales. Para ver o imprimir otras publicaciones de la Agencia para la Administración del Cuidado Médico, visite [www.FloridaHealthStat.com](http://www.FloridaHealthStat.com).

## **Directivas por anticipado de cuidado médico**

### **El derecho de decidir del paciente**

Cada adulto competente tiene el derecho de tomar decisiones con respecto a su salud, incluyendo el derecho de elegir o rehusar tratamiento médico.

Cuando una persona ya no puede tomar decisiones debido a un cambio físico o mental, tal como estar en coma o desarrollar demencia (como la enfermedad de Alzheimer), se considerará que está incapacitada. A fin de asegurar que las decisiones sobre el cuidado de la salud de una persona incapacitada aún se respeten, la legislatura de la Florida aprobó legislación pertinente a las directivas por anticipado de cuidado médico (Capítulo 765 de los Estatutos de la Florida). La ley reconoce el derecho de un adulto competente de redactar directivas por anticipado indicándole a su médico que proporcione, retenga o retire procedimientos que prolongan la vida; designar a otra persona para que tome decisiones en cuanto al tratamiento si la persona no puede tomar sus propias decisiones; y/o indicar el deseo de hacer una donación anatómica después de la muerte.

Por ley, a los hospitales, asilos de ancianos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, hospicios y organizaciones de mantenimiento de la salud (HMOs) se les requiere que provean a sus pacientes información escrita, como este folleto, relacionada con las directivas por anticipado de cuidado médico. Las reglas estatales que requieren esto incluyen las siguientes: 58A-2.0232, 59A-3.254, 59A-4.106, 59A-8.0245 y 59A-12.013 del Código Administrativo de la Florida.

### **Preguntas acerca de las directivas por anticipado de cuidado médico**

#### **¿Qué es una directiva por anticipado?**

Es una declaración escrita u oral sobre la manera que usted quiere que se tomen las decisiones médicas en caso de que usted no pueda tomarlas por sí mismo y/o puede expresar su deseo de hacer una donación anatómica después de la muerte. Algunas personas las escriben cuando son diagnosticadas con una enfermedad que amenaza la vida. Otras ponen sus deseos por escrito mientras están saludables; otras como parte de la planificación de su caudal hereditario.

Tres tipos de directivas por anticipado son:

- Un testamento en vida
- Una designación de sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico
- Una donación anatómica

Usted puede elegir completar uno, dos o los tres formularios. Este folleto provee información para ayudarle a decidir lo que mejor se ajusta a sus necesidades.

#### **¿Qué es un testamento en vida?**

Es una declaración escrita u oral sobre la clase de cuidado médico que usted desea o no desea si llega un momento en que no puede tomar sus propias decisiones. Se llama testamento en vida porque entra en vigor mientras usted todavía está vivo. Usted querrá hablar con su proveedor de cuidado médico o con su

abogado para asegurarse de que ha completado el testamento en vida de una manera en que se entiendan sus deseos.

**¿Qué es una designación de sustituto para cuidado médico?**

Es un documento nombrando a otra persona como su representante para que tome decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo. Usted puede incluir instrucciones sobre el tratamiento que desea o no desea, de forma similar a un testamento en vida. También puede designar a un sustituto alterno.

**¿Cuál de ellos es mejor?**

Dependiendo de sus necesidades individuales, usted querrá completar uno o una combinación de los tres tipos de directivas por anticipado.

**¿Qué es una donación anatómica?**

Es un documento que indica su deseo de donar, a su fallecimiento, todo o parte de su cuerpo. Esto puede ser una donación de órganos y tejidos a personas que los necesitan, o la donación de su cuerpo para entrenamiento de trabajadores de cuidado de la salud. Usted puede indicar que quiere ser un donante de órganos designándolo en su licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado (en la oficina de licencias de conducir más cercana a usted), firmando un formulario uniforme de donante (que aparece en otro lugar en este folleto), o expresando su deseo en un testamento en vida.

**¿Se me requiere tener una directiva por anticipado bajo las leyes de la Florida?**

No, no hay ningún requisito legal que exija completar una directiva por anticipado. No obstante, si no ha hecho una directiva por anticipado, las decisiones acerca de su cuidado médico o una donación anatómica podrán ser tomadas por usted por un tutor nombrado por el tribunal, su cónyuge, su hijo adulto, su padre, su hermano adulto, un pariente adulto o un amigo cercano.

La persona que tome decisiones por usted puede estar consciente o no de sus deseos. Cuando usted hace una directiva por anticipado y habla sobre ella con las personas significativas en su vida, esto asegurará mejor que sus deseos se lleven a cabo de la manera que usted quiere.

**¿Debe un abogado preparar la directiva por anticipado?**

No, los procedimientos son sencillos y no requieren un abogado, aunque usted puede elegir consultar a uno. No obstante, una directiva por anticipado, ya sea un documento escrito o una declaración oral, tiene que ser atestiguada por dos testigos. Por lo menos uno de los testigos no puede ser un cónyuge o un pariente consanguíneo.

**¿Dónde puedo encontrar formularios de directivas por anticipado?**

Las leyes de la Florida proporcionan una muestra de cada uno de los siguientes formularios: un testamento en vida, una designación de sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico y una donación anatómica. En otro lugar en este folleto hemos incluido formularios de muestra así como recursos donde puede encontrar más información y otros tipos de formularios de directivas por anticipado.

**¿Puedo cambiar de idea después de haber escrito mi directiva por anticipado?**

Sí, puede cambiar o cancelar la directiva por anticipado en cualquier momento. Cualquier cambio debe ser por escrito y estar firmado y fechado. No obstante, también puede cambiar una directiva por anticipado por medio de una declaración oral, la destrucción física de la directiva por anticipado, o escribiendo una nueva directiva por anticipado.



Si su licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado indica que usted es un donante de órganos, pero ya no desea esta designación, comuníquese con la oficina de licencias de conducir más cercana para cancelar la designación de donante y se le emitirá una nueva licencia o tarjeta.

### **¿Qué sucede si he escrito una directiva por anticipado en otro estado y necesito tratamiento en la Florida?**

Una directiva por anticipado completada en otro estado, como se describe en las leyes de ese estado, puede ser honrada en la Florida.

### **¿Qué debo hacer con mi directiva por anticipado si elijo tener una?**

- Si designa a un sustituto para cuidado médico y un alterno, asegúrese de preguntarles si aceptan esta responsabilidad, de decirles cómo desea que se manejen los asuntos y de darles una copia del documento.
- Asegúrese de que su proveedor de cuidado médico, su abogado y las personas significativas en su vida sepan que usted tiene una directiva por anticipado y dónde se encuentra. También querrá darles una copia.
- Prepare un archivo donde pueda mantener una copia de su directiva por anticipado (y otros documentos importantes). Algunas personas mantienen los documentos originales en una caja de seguridad en el banco. Si lo hace, usted querrá tener copias en su casa o información con respecto a la ubicación de su caja de seguridad.
- Mantenga una tarjeta o nota en su bolso o billetera que indique que usted tiene una directiva por anticipado y dónde se encuentra.
- Si cambia su directiva por anticipado, asegúrese de que su proveedor de cuidado médico, su abogado y las personas significativas en su vida tengan la copia más reciente.

Si tiene preguntas acerca de su directiva por anticipado, usted querrá hablar con su proveedor de cuidado médico, su abogado o las personas significativas en su vida.

## **Más información acerca de las directivas por anticipado de cuidado médico**

Antes de tomar una decisión acerca de las directivas por anticipado, usted querrá considerar opciones adicionales y otras fuentes de información, incluyendo las siguientes:

- Como alternativa a un sustituto para cuidado médico, o en adición al mismo, usted podría querer designar un poder de representación duradero. Por medio de un documento escrito, usted puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre. Es similar al sustituto para cuidado médico, pero la persona puede ser designada para que realice varias actividades (financieras, legales, médicas, etc.). Usted puede consultar a un abogado para obtener información adicional o puede leer el Capítulo 709 de los Estatutos de la Florida.

Si elige a alguien como su poder de representación duradero, asegúrese de preguntarle a la persona si acepta esta responsabilidad, hable con ella sobre cómo desea que se manejen los asuntos y déle a la persona una copia del documento.

- Si padece de una enfermedad terminal (o si tiene a un ser querido que está en estado vegetativo persistente), usted querrá considerar tener una Orden de No Resucitar (DNRO, por sus siglas en inglés) previa a la hospitalización. Una DNRO identifica a las personas que no desean ser resucitadas después de un paro cardíaco o respiratorio. La DNRO es un formulario amarillo específico disponible en el Departamento de Salud (DOH) de la Florida. Su abogado, su proveedor de cuidado médico o un servicio de ambulancia puede tener copias disponibles para su uso. Usted, o su

representante legal, y su médico firman el formulario DNRO. Puede obtener más información en el sitio web del DOH en [www.doh.state.fl.us](http://www.doh.state.fl.us) o en [www.MyFlorida.com](http://www.MyFlorida.com) (escriba DNRO en estos motores de búsqueda de sitios web) o llame al (850) 245-4440.

Cuando usted es admitido a un hospital, la DNRO puede utilizarse durante su estadía en el hospital o el hospital puede tener su propio formulario y procedimiento para documentar una Orden de No Resucitar.

- Si una persona elige donar, después de su muerte, su cuerpo para entrenamiento e investigación médica, la donación será coordinada por la Junta Anatómica del Estado de la Florida. Usted o sus sobrevivientes deben hacer arreglos con una funeraria local y pagar por el embalsamamiento preliminar y el transporte del cuerpo a la Junta Anatómica ubicada en Gainesville, Florida. Después de ser usado para educación o investigación médica, el cuerpo normalmente será cremado. Los restos cremados se devolverán a los seres queridos, si ellos lo solicitan en el momento de la donación, o la Junta Anatómica los esparcirá sobre el Golfo de México. Para obtener más información, comuníquese con la Junta Anatómica del Estado de la Florida llamando al (800) 628-2594 o visite [www.med.ufl.edu/anatbd](http://www.med.ufl.edu/anatbd).
- Si desea leer más acerca de la donación de órganos y tejidos a personas que los necesitan, puede visitar el sitio web de la Agencia para la Administración del Cuidado Médico en <http://ahca.MyFlorida.com> (haga clic en el “Mapa del Sitio” y luego desplácese hacia abajo a “Donantes de Organos”) o el sitio del gobierno federal en [www.OrganDonor.gov](http://www.OrganDonor.gov). Si tiene más preguntas, usted querrá hablar con su proveedor de cuidado médico.
- Varias organizaciones también tienen disponibles formularios de directivas por anticipado. Un documento tal es “Five Wishes” (Cinco Deseos) que incluye un testamento en vida y la designación de un sustituto para cuidado médico. “Five Wishes” le da la oportunidad de especificar si usted desea alimento por tubo, ayuda con la respiración, medicamento para el dolor y otros detalles que puedan hacerlo más cómodo, tal como la música que desea escuchar, entre otras cosas. Puede obtener más información en:

Aging with Dignity (Envejecimiento con Dignidad)  
[www.AgingWithDignity.org](http://www.AgingWithDignity.org)  
(888) 594-7437

Otros recursos incluyen:

American Association of Retired Persons (Asociación Americana de Personas Jubiladas)  
[www.aarp.org](http://www.aarp.org)  
(Escriba “advance directives” en el motor de búsqueda del sitio web)

Su hospital local, asilo de ancianos, hospicio, agencia de cuidado de la salud en el hogar y su abogado o proveedor de cuidado médico pueden ayudarle con los formularios o proporcionarle más información.

Folleto: Asuntos relacionados con el fin de la vida  
[www.FloridaHealthStat.com](http://www.FloridaHealthStat.com) (Bajo Informes y Guías)  
(888) 419-3456

## Testamento en vida

Declaración hecha hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_\_. Yo, \_\_\_\_\_, intencional y voluntariamente hago saber mi deseo de que mi proceso de fallecimiento no se prolongue artificialmente en las circunstancias descritas a continuación y por este medio declaro que, si en cualquier momento quedo mental o físicamente incapacitado y

- \_\_\_\_\_ (iniciales) tengo una condición terminal,
- o \_\_\_\_\_ (iniciales) tengo una condición en las etapas finales,
- o \_\_\_\_\_ (iniciales) me encuentro en un estado vegetativo persistente,

y si mi médico que me está atendiendo o proporcionando tratamiento y otro médico consultor han determinado que no existe probabilidad médica razonable que me recupere de dicha condición, ordeno que se retengan o retiren los procedimientos para prolongar la vida cuando la aplicación de dichos procedimientos sólo sirvan para prolongar artificialmente el proceso de morir, y que se me permita morir de forma natural con sólo la administración de medicamentos o cualesquiera procedimientos médicos que se consideren necesarios para proporcionarme comodidad o para aliviar el dolor.

Deseo \_\_\_\_, No deseo \_\_\_\_, que se me retenga o retire la nutrición y la hidratación (alimentación y agua) cuando la aplicación de dichos procedimientos sólo sirvan para prolongar artificialmente el proceso de morir.

Es mi intención que esta declaración sea honrada por mi familia y mi médico como la expresión final de mi derecho legal de rehusar tratamiento médico o quirúrgico y de aceptar las consecuencias de tal rechazo.

En caso de que se haya determinado que no puedo proporcionar un consentimiento expreso e informado con respecto a retener, retirar o continuar los procedimientos que prolongan la vida, deseo designar como mi sustituto para llevar a cabo las disposiciones de esta declaración a:

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección de la calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Entiendo la importancia plena de esta declaración y estoy emocional y mentalmente competente para hacer esta declaración.

Instrucciones adicionales (opcional): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Firmado) \_\_\_\_\_

Testigo _____	Testigo _____
Dirección de la calle _____	Dirección de la calle _____
Ciudad _____ Estado _____	Ciudad _____ Estado _____
Teléfono _____	Teléfono _____

*Por lo menos un testigo no puede ser el o la cónyuge o un pariente consanguíneo del mandante.*

Definiciones de vocabulario encontrado en el formulario del Testamento en vida

“Condición en la etapa final” significa una condición no reversible causada por una herida o enfermedad que ha resultado en un deterioro progresivo severo y permanente y que hasta un grado de probabilidad médica razonable un tratamiento de la condición no será efectivo.

“Estado vegetativo persistente” significa una condición permanente y no reversible de estar inconsciente cuando no existe una acción voluntaria ni comportamiento cognitivo de cualquier tipo ni una habilidad de comunicarse o interactuarse al propósito con el medioambiente.

“Condición terminal” significa una condición causada por una herida o enfermedad de la cual no hay una probabilidad médica razonable de recuperarse y que, sin un tratamiento, pueda causar la muerte.

Estas definiciones originen de sección 765,101 de los Estatutos de la Florida. Se puede encontrar los Estatutos en su biblioteca local o en el sitio web [www.leg.state.fl.us](http://www.leg.state.fl.us).

www.pnsystem.com  
SAMPLE

## Designación de sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico

Nombre: \_\_\_\_\_

En caso de que se haya determinado que no tengo la capacidad para proporcionar un consentimiento informado para el tratamiento médico y los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, deseo designar como mi sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico a:

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección de la calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Si mi sustituto no está dispuesto o no puede desempeñar sus deberes, deseo designar como mi sustituto alterno a:

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección de la calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Entiendo completamente que esta designación le permitirá a la persona que he designado tomar decisiones y proporcionar, retener o retirar el consentimiento en mi nombre; o solicitar beneficios públicos para sufragar el costo del cuidado médico; y autorizar mi admisión o transferencia de una instalación de cuidado médico.

Instrucciones adicionales (opcional):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Afirmo, además, que esta designación no se hace como una condición del tratamiento o la admisión a una instalación de cuidado médico. Notificaré y enviaré una copia de este documento a las siguientes personas además de a mi sustituto, de manera que puedan saber quién es mi sustituto.

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigos 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

*Por lo menos un testigo no puede ser el o la cónyuge o un pariente consanguíneo del mandante.*

### Formulario uniforme de donante

El suscrito por este medio hace una donación anatómica, si es médicamente aceptable, que entrará en vigor al fallecimiento. Las palabras y las marcas a continuación indican mis deseos (Escoja solamente una e las opciones detalladas a continuación):

Dono:

(a) \_\_\_\_\_ cualesquiera órganos o partes de órganos que sean necesarios

(b) \_\_\_\_\_ sólo los siguientes órganos o partes de órganos para fines de trasplante, terapia, investigación médica o educación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(c) \_\_\_\_\_ mi cuerpo para estudio anatómico, de ser necesario. Limitaciones o deseos especiales, de haberlos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firmado por el donante y los siguientes testigos en presencia los unos de los otros:

Firma del donante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del donante \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

Dirección de la calle \_\_\_\_\_ Dirección de la calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Usted puede utilizar este formulario para indicar su decisión de ser un donante de órganos. También puede comunicar esta decisión en su licencia de conducir, o en su tarjeta de identificación del estado, a través de la oficina de renovación de licencias de conducir más cercana.

La tarjeta a continuación puede usarse como un método conveniente para informar a otros de sus directivas por anticipado de cuidado médico. Llene la tarjeta y córtela. Guárdela en su billetera o bolso. También puede hacer copias y colocar una en la puerta de su refrigerador, en la guantera de su automóvil o en otro lugar fácil de encontrar.

<p><b>Directivas por anticipado de cuidado médico</b></p> <p>Yo, _____, he preparado las siguientes Directivas por anticipado:</p> <p><input type="checkbox"/> Testamento en vida</p> <p><input type="checkbox"/> Designación de sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico</p> <p><input type="checkbox"/> Donación anatómica</p> <p><input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____</p> <p>----- DOBLE -----</p> <p><b>Contacto:</b></p> <p>Nombre _____</p> <p>Dirección _____ _____ _____</p> <p>Teléfono _____</p> <p>Firma _____</p>
--

Producido y distribuido por la Agencia para la Administración del Cuidado Médico de la Florida. Esta publicación puede copiarse para uso público o llame a nuestro número telefónico sin cargo 1-888-419-3456 para obtener copias adicionales. Para ver o imprimir otras publicaciones de la Agencia para la Administración del Cuidado Médico, visite [www.FloridaHealthStat.com](http://www.FloridaHealthStat.com).

# Community Care Providers, Inc.

## ADVANCE DIRECTIVE INFORMATION FORM

The staff of Community Care Providers, Inc. is sensitive to the many concerns and decisions you face as a patient.

A federal law (The Patient Self Determination Act) requires that you are asked whether or not you have an "Advance Directive" when you are admitted to a hospital, home health agency or any other health care facility.

Under all state laws, every adult has the right to make certain decisions regarding his or her medical treatment. You have the right to express your wishes related to your through "Advance Directives" as provided by state law and regulations.

"Advance Directives" are written statements that specify the type of medical treatment you do or do not want under special, serious circumstances when you may not be able to tell your physician or give how you want to be treated.

"Advance Directives" is a general term for documents which outline/specify your wishes concerning life-prolonging procedures and designate the person you choose to make health care decisions for you if you become unable to make these decisions yourself.

"Advance Directives" may be in the form of a "Living Will" and/or may designate a third party (relative, friend, etc.) to make decisions on your behalf using a Durable Power of Attorney for Health care Decisions, or other forms allowed by your state.

Community Care Providers, Inc. does not discriminate against patients in admissions to or services offered on the presence or absence of "Advance Directives" and will comply with all applicable laws.

It is important that we know if you formulate an "Advance Directive" while receiving and/or services from this agency so that your wishes can be honored. It is also important that you provide a copy of your "Advance Directives" to your physician and to the individual you have designated as your health care surrogate.

If you have already formulated an "Advance Directive", if you execute an "Advance Directive" in the future or if you change or revoke an "Advance Directive", it is important that your physician, your designated representative, this agency and any other organization/individuals involved in your be informed.

If you indicate below that you have an "Advance Directive", Community Care Providers, Inc. will retain the information in your record, will contact your attending physician for orders to comply with the terms of your instructions, and will notify the agency's staff who provide and services to you.

Likewise, if you formulate, change or revoke an "Advance Directive" at some point in the future while continuing to receive and/or services from Community Care Providers, Inc. you must notify this agency, your physician and any other individuals/ organizations involved in your. We will include the information in your record, contact your physician for orders and notify our staff of the changes.

If you have any questions regarding "Advance Directives", please contact the supervisor at Community Care Providers, Inc.

Patient/Legal Representative Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_





*Complete Health Network, Inc.*

7911 N. W. 72 AVENUE SUITE 116-A

MEDLEY, FLORIDA 33166

(305) 805-7963

## DIRECTIVAS ANTICIPADAS

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

Yo he recibido, informacion acerca de las directivas anticipadas del cuidado de la salud y del derecho del paciente a decidir.

Las Directivas Anticipadas han sido ejecutadas. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "SI":

Las copias de los archivos medicos fueron obtenidas \_\_\_\_\_

Las copias no estaban disponibles en el presente. El paciente proveera las copias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente/Representante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma de la Enfermera)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



**DISTINCT HEALTH CARE SERVICES, INC.**

99 NW 183rd St. Suite 232

Miami Gardens, FL 33169

(305) 249-0321

ADVANCE DIRECTIVE

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_

CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP CODE: \_\_\_\_\_

I have received information on health care advanced directives and the patient's right to decide.

Advance directive executed? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

if "Yes". Copies obtained for medical record \_\_\_\_\_

Copies not available at present. Patient to provide copies. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Patient/Representative signature)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(RN signature)

\_\_\_\_\_  
(Date)



## ADVANCE DIRECTIVE INFORMATION

1 Do you have an Advance Directive?  YES  NO  
(if YES, continue filling out this form)

2 What Type of Advance Directive do you have?  
 LIVING WILL  POWER OF ATTORNEY

3 Do You have a Health Care Surrogate?  YES  NO  
(if answer is YES, complete question 4. If answer is NO, skip to question 6)

4a Name of Surrogate \_\_\_\_\_

4b Relationship \_\_\_\_\_

4c Telephone \_\_\_\_\_

4d Address \_\_\_\_\_

5 Do you have a copy of your Advance Directive?  YES  NO

6 If you have an Advance Directive, where is it located? \_\_\_\_\_

PLEASE GIVE US A COPY OF YOUR ADVANCE DIRECTIVE FOR OUR RECORDS

Patient Name \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Representative \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Relationship to Patient \_\_\_\_\_

Agency Representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



## HOME CARE SERVICES PROVIDER

7000 SW 97th Avenue, Suite # 201, Miami, Florida 33173  
Tel: (305) 262-2287 Fax: (305) 262-2297

### *ADVANCE DIRECTIVE INFORMATION FORM*

The staff at Home Care Services Provider is sensitive to the many concerns and decisions that you face as a patient. A federal law (The Patient Self Determination Act) requires that we ask you whether or not you have an "Advance Directive" when you are admitted to a hospital, health care facility, or home health agency. Under all state laws, every adult has the right to make certain decisions concerning his or her medical treatment. You have the right to express your wishes related to your care through "Advance Directives" as provided by state law and regulations. "Advance Directives" are written statements which specify what kind of treatment you do or do not want under special, serious circumstances when you may not be able to tell your doctor or caregiver how you want to be treated. "Advance Directives" is a general term for documents in which you express your wishes concerning life-prolonging procedures and the person you may choose to make health care decisions for you if you become unable to make these decisions yourself. "Advance Directives" may be in the form of a "Living Will" and/or by designating a third party (relative, friend, etc.) to make decisions on your behalf using a Durable Power of Attorney, or other forms allowed by your state. "Home Care Services Provider" does not discriminate against clients m admissions to care or services offered on the presence or absence of "Advance Directives" and will comply with state laws, However, it is important that we know if you formulate an "Advance Directive" so your wishes can be honored. It is also important that you provide a copy of your "Advance Directives" to your physician. If you have already formulated an "Advance Directives" if you execute an "Advance Directive" in the future, or if you change or revoke an "Advance Directive", it is important that your physician and Home Care Services Provider, and any other organization or agency involved in your care be informed. If you indicate below that you have an "Advance Directives", Home Care Services Provider will retain the information in your record, will contact your attending physician for orders to comply with the terms of your instructions, and will notify the company's staff who provide your care. Likewise if you formulate, change, or revoke an "Advance Directive" later, you must notify Home Care Services Provider, your physician, and any other organization or agency involved in your care. We will include the information in your record, contact your physician for orders and notify our company's staff of the changes.

If you have any questions regarding "Advance Directive", please Home Care Services Provider at (305) 262-2287. Please read the following statements, check off the statements applicable to you current "Advance Directive" status and sign the bottom of the form indicating that you have had an explanation concerning "Advance Directives"

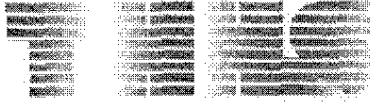
- I have prepared an "Advance Directive" regarding my health care.  
 I have not prepared an "Advance Directive" regarding my health care.  
 I have received written information regarding my rights to make decisions concerning medical care, including the right to accept or refuse medical or surgical treatment, and the right to formulate Advance Directive under state law.

Patient Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Witness Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



# ADVANCE DIRECTIVE

To My Family, Doctors, and All Those Concerned with Care I \_\_\_\_\_  
PRINT PATIENT'S NAME

Being of sound mind, make this statement as a directive to be followed if for any reason I become unable to participate in decisions regarding my medical care,

I direct that life-prolonging procedures should be (check only one):

- Provide  Withheld (i.e.) not started
- Withdrawn (i.e.) removed after being started  Withheld and/or withdrawn

If I have an illness, disease, injury, or experience extreme mental deterioration, such that I am in the process of dying or there is little likelihood that I will return to a conscious state of self awareness.

I wish to indicate, by placing letters next to them:

**P – Provide      WH – Withhold      WD – Withdrawn      WW – Withhold and/or Withdrawn**

Certain life prolonging procedures that deserve special consideration.

- Surgery  Antibiotics  Cardiac Resuscitation (coding)
- Respiratory Support  Artificial Substance and Hydration
- Other (Specify) \_\_\_\_\_

After I am deceased I wish to donate any and all of my body parts for the purposes of transplantation and/or experimentation.  YES  NO

OTHER PERSONAL INSTRUCTIONS:

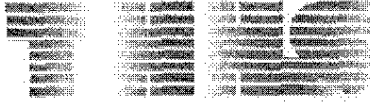
These directions express my legal rights to preserve my privacy and my self-determination. Therefore, I expect my family, doctor, and all those concerned with my care to regard them as legally and morally bound to act in accord with my wishes, and in so doing to be free from any liability for having followed my directions.

Signed \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

NOTE ONE WITNESS SHALL BE NEITHER SPOUSE NOR BLOOD RELATIVE OF THE DECLARATION.



# PROXY DIRECTIVE (OPTIONAL)

I authorize the following person to implement my Advance Directive by accepting, refusing, and/or making decision about my treatment and hospitalization.

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Address and Phone \_\_\_\_\_

If the person I have named above is unable to act in my behalf, I authorize the following person to do so (optional)

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Address and Phone \_\_\_\_\_

I have discussed my wishes with these persons, and trust their judgment on my behalf.

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Address and Phone \_\_\_\_\_

www.pnsystem.com  
SAMPLE



**Tropical Health &  
Homecare Services, Inc.**

## ADVANCE DIRECTIVE

Patient: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

I have received information on Health Care Advanced Directives and Patient's Right to Decide.

Advance Directive executed?             Yes    No

If "yes,"

Copies obtained from medical record.

Copies not available at present. Patient to provide copies.

### DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Yo he recibido Información acerca de las Directivas Anticipadas del Cuidado de la Salud y del Derecho del Paciente a Decidir.

Las Directivas Anticipadas han sido ejecutadas?             Si    No

Las copias no disponibles en el presente. El paciente proveera las copias.

\_\_\_\_\_  
Patient/Representative Signature  
(Firma Del Paciente)

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

# Community Care Providers, Inc.

## ADVANCE DIRECTIVE INFORMATION FORM

The staff of Community Care Providers, Inc is sensitive to the many concerns and decisions you face as a patient.

A federal law (The Patient Self Determination Act) requires that you are asked whether or not you have an "advance directive" when you are admitted to a hospital, home health agency or any other healthcare facility.

Under all state laws, every adult has the right to make certain decisions regarding his or her medical treatment. You have the right to express your wishes related to your care through "advance directives" as provided by state law and regulations.

"Advance directives" are written statements that specify the type of medical treatment you do or do not want under special, serious circumstances when you may not be able to tell your physician or caregiver how you wanted to be treated.

"Advance directives" is a general term for documents which outline/specify your wishes concerning life-prolonging procedures and designate the person you choose to make healthcare decisions for you if you become unable to make these decisions yourself.

"Advance directives" may be in the form of a "Living Will" and/or may designate a third party (relative, friend, etc.) to make decisions on your behalf using a Durable Power of Attorney for Healthcare Decisions, or other forms allowed by your state.

Community Care Providers, Inc. does not discriminate against patients in admissions to care or services offered on the presence or absence of "advance directives" and will comply with all applicable laws.

It is important that we know if you formulate an "advance directive" while receiving care and/or services from this Agency so that your wishes can be honored. It is also important that you provide a copy of your "advance directives" to your physician and to the individual you have designated as your healthcare surrogate.

If you have already formulated an "advance directive", if you execute an "advance directive" in the future or if you change or revoke an "advance directive", it is important that your physician, your designated representative, this Agency and any other organization/individual(s) involved in your care be informed.

If you indicate below that you have an "advance directive", Community Care Providers, Inc will retain the information in your record, will contact your attending physician for orders to comply with the terms of your instructions, and will notify the Agency's staff that provide care and services to you.

Likewise, if you formulate, change or revoke an "advance directive" at some point in the future while continuing to receive care and/or other individuals/organizations involved in your care. We will include the information in your record, contact your physician for orders and notify out staff of the changes.

If you have any questions regarding "advance directives", please contact the supervisor at Community Care Providers, Inc at 954-431-4245.

Patient has an Advance Directives  Patient does not have any Advance Directives

Living Will  Durable Power of Attorney

Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Patient/Legal Representative Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Agency Representative Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# Community Care Providers, Inc.

## INSTRUCCIONES POR ADELANTADO REFERENTES A LA ATENCIÓN MÉDICA EL DERECHO DE LOS PACIENTES A DECIDIR

A todos las personas adultas que reciben atención médica en Instituciones, tales como hospitales, hogares de ancianos, hospicio, agencias de atención médica a domicilio y organizaciones para el mantenimiento de la salud, se les brinda ciertos derechos bajo las leyes de la Florida.

Usted tiene derecho a redactar un documento conocido como "Instrucciones por Adelantado". En el documento usted expresa de antemano el tipo de tratamiento que desearía recibir o no, en condiciones especiales de gravedad médica - condiciones que pudieran impedir que usted se lo comunicara a su médico. Por ejemplo, si lo llevaron en estado de coma a una instalación de atención médica, querría usted que el personal de dicha instalación conociera sus deseos específicos en lo referente a decisiones que pudieran afectar su tratamiento?

### QUE SON LAS INSTRUCCIONES POR ADELANTADO?

Las instrucciones por adelantado consisten en una declaración verbal o por escrito que se lleva a cabo y certifica, antes de que se produzca una enfermedad o lesión de gravedad, con respecto a la manera en que usted desea que se tomen decisiones concernientes a su salud. Dos formas de instrucciones por adelantado son las siguientes:

un "Testamento en Vida" y  
la "Designación de un Apoderado para Tomar Decisiones en cuanto a Problemas de Salud".

Las instrucciones por adelantado le permiten declarar cuáles son sus opciones con respecto a la atención de su salud, o designar a una persona para que la misma elija las opciones en nombre de usted, en caso de no encontrarse apto para tomar decisiones en relación con su tratamiento médico. Las instrucciones por adelantado le permiten tomar decisiones acerca de su futuro tratamiento de salud.

### QUE ES UN TESTAMENTO EN VIDA?

Por lo general, en un testamento en vida se declara el tipo de atención médica que usted desea recibir o no, en caso de no estar apto para tomar sus propias decisiones. Se llama "Testamento en vida", porque el mismo tiene vigencia en vida de usted. Usted puede utilizar esta forma u otra. Es posible que usted desee hablar con un abogado o un médico para cerciorarse de que ha redactado el testamento en vida de modo tal que sus deseos sean atendidos.

### EN QUE CONSISTE LA DESIGNACION DE UN APODERADO PARA TOMAR DECISIONES EN CUANTO A PROBLEMAS DE SALUD?

La designación de un apoderado para tomar decisiones en cuanto a problemas de salud en un documento firmado, fechado y certificado, en el cual se designa a otra persona, por ejemplo, a un esposo, una esposa, un hijo/a, a un amigo íntimo, como representante de usted para que tome decisiones médicas en nombre suyo.

Si usted tiene alguna pregunta sobre **INSTRUCCIONES POR ADELANTADO**, por favor dirigir sus preguntas a un supervisor de nuestra agencia.

Paciente si tiene un Instrucciones por Adelantado       Paciente no tiene un Instrucciones por Adelantado

Testamento en Vida       Designación de un Apoderado

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Paciente/Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representante de Agencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_