

Advance Directive

*Durable Power of Attorney for Healthcare
(Patient Advocate Designation)*

Instrucciones Anticipadas

*Poder Notarial para Asuntos Médicos
(designación del Representante del Paciente)*

Introduction *Introducción*

This is a legal document, developed to meet the legal requirements for Michigan. This document provides a way for an individual to create a Durable Power of Attorney for Healthcare (Patient Advocate Designation) and other documentation that will meet the basic requirements for this state.

Este es un documento legal, desarrollado para cumplir con los requisitos legales del estado de Michigan. Este documento proporciona un medio para que una persona elabore un Poder Notarial para Asuntos Médicos (Durable Power of Attorney en inglés, que comprende la designación del Representante del Paciente) y otros documentos que cumplirán con los requisitos básicos vigentes en este estado.

This **Advance Directive** allows you to appoint a person (and alternates) to make your health care decisions if you become unable to make these decisions for yourself. The person you appoint is called your **Patient Advocate**. This document gives your Patient Advocate authority to make your decisions *only when you have been determined unable to make your own decisions by two physicians, or a physician and a licensed psychologist*.

*Estas **Instrucciones Anticipadas** (Advance Directive en inglés) le permiten designar a una persona (y a personas alternativas) para que tomen las decisiones sobre su atención médica en caso de que usted no pueda expresarlas por sí mismo. La persona a quien usted designa se convierte en su **Representante del Paciente**. Este documento le*

otorga a su Representante del Paciente la autoridad para tomar decisiones por usted, únicamente cuando dos médicos o un médico y un psicólogo con licencia del estado hayan determinado que usted es incapaz de tomar sus propias decisiones.

It does not give your Patient Advocate any authority to make your financial or other business decisions. In addition, it does not give your Patient Advocate authority to make certain decisions about your mental health treatment.

Este documento no le da a su Representante del Paciente ninguna autoridad para tomar decisiones financieras o de negocios en su nombre. Este documento tampoco le da a su Representante del Paciente la autoridad para tomar ciertas decisiones relativas a su tratamiento de la salud mental.

Before completing this document, take time to read it carefully. **It also is very important that you discuss your views, your values, and this document with your Patient Advocate.** If you do not closely involve your Patient Advocate, and you do not make a clear plan together, your views and values may not be fully respected because they will not be understood.

*Antes de completar este documento, tómese un tiempo para leerlo con atención. **También es muy importante que hable sobre sus puntos de vista, valores y el contenido de este documento con la persona que nombre como su Representante del Paciente.** Si no involucra de cerca a su Representante del Paciente y no elaboran un plan*

claramente definido entre ustedes, existe la posibilidad de que su Representante del Paciente no comprenda sus puntos de vista y sus valores y, por lo tanto, no se los respeten completamente.

If you want to document your views about future health care, but do not want to or cannot use this Advance Directive, ask your health organization or

attorney for advice about alternatives.

Si desea dejar por escrito sus puntos de vista acerca de la atención médica que reciba en el futuro, pero no desea o no puede usar estas Instrucciones Anticipadas, pida que el personal de su organización de salud o su abogado le asesoren sobre las alternativas.

This is an Advance Directive for:

Estas Instrucciones Anticipadas son para:

Name (*Nombre*): _____ Date of Birth (*Fecha de nacimiento*): _____

Last 4 digits of SSN (*Últimos 4 dígitos del No. de Seg Social*): _____

Telephone (*Teléfono*) (Day) (*Día*): _____ (Evening) (*Noche*): _____ (Cell) (*Celular*): _____

Address (*Dirección*): _____

City/State/Zip (*Ciudad/Estado/C.P.*): _____

Where I would like to receive hospital care (whenever possible):

Hospital donde me gustaría recibir atención médica (siempre que sea posible): _____

Advance Directive: My Patient Advocate

Instrucciones Anticipadas: Mi Representante del Paciente

If I am no longer able to make my own health care decisions, this document names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Patient Advocate. This person will make my health care decisions when I am determined to be incapable of making health care decisions under Michigan law. I understand that it is important to have ongoing discussions with my Patient Advocate about my health and health care choices.

En caso de que ya no fuera capaz de tomar mis propias decisiones sobre la atención médica, en este documento nombro a la persona que elijo para que tome esas decisiones en mi nombre. Esta persona será mi Representante del Paciente. Esta persona tomará mis decisiones sobre la atención médica cuando se determine que yo soy incapaz de hacerlo yo mismo conforme a la ley de Michigan. Entiendo que es importante tener conversaciones regularmente con mi Representante del Paciente acerca de mi salud y mis opciones médicas.

I hereby give my Patient Advocate permission to send a copy of this document to other doctors, hospitals and health care providers that provide my medical care.

Por medio de este documento doy permiso a mi Representante del Paciente para que envíe una copia

de este documento a otros médicos, hospitales y proveedores de atención médica que me brindan atención médica.

My Patient Advocate may make medical treatment decisions on my behalf only if I am unable to participate in my own medical treatment decisions.

Mi Representante del Paciente puede tomar decisiones sobre mi tratamiento médico en mi nombre, únicamente si yo soy incapaz de tomar este tipo de decisiones.

(NOTE: If your wishes change, you may revoke your Patient Advocate Designation at any time and in any manner sufficient to communicate an intent to revoke. It is recommended that you complete a new Advance Directive and give it to everyone who has a previous copy.)

(NOTA Si cambie de mente con respecto a sus deseos, usted puede revocar la designación de su Representante del Paciente en cualquier momento y de cualquier manera que sea suficiente para comunicar su intención de revocación. Se recomienda que complete un documento nuevo de Instrucciones Anticipadas y entregue una copia del mismo a todas las personas que ya tengan una copia del documento anterior).

The person I choose as my Patient Advocate is

La persona que nombro como mi Representante del Paciente es

Name (Nombre): _____ Relationship (if any) (Relación (si hay alguna)): _____

Telephone (Teléfono) (Day) (Día): _____ (Evening) (Noche): _____ (Cell) (Celular): _____

Address (Dirección): _____

City/State/Zip Code (Ciudad/Estado/C.P.): _____

First Alternate Patient Advocate (strongly advised)

If Patient Advocate above is not able or willing to make these choices for me, **OR** is divorced or legally separated from me, then I designate the following person to serve as my Patient Advocate.

Primer Representante Alterno del Paciente (altamente recomendado)

Si el Representante del Paciente que se designa arriba no puede o no desea tomar estas decisiones en su nombre, **O** si está divorciado o legalmente separado de mí, entonces designo a la siguiente persona como mi Representante del Paciente.

Name (Nombre): _____ Relationship (if any) (Relación (si hay alguna)): _____

Telephone (Teléfono) (Day) (Día): _____ (Evening) (Noche): _____ (Cell) (Celular): _____

Address (Dirección): _____

City/State/Zip Code (Ciudad/Estado/C.P.): _____

Second Alternate Patient Advocate (strongly advised)

If the Patient Advocates named above are not able or willing to make these choices for me, **OR** is divorced or legally separated from me, then I designate the following person to serve as my Patient Advocate.

Segundo Representante Alterno del Paciente (altamente recomendado)

Si los Representantes del Paciente que se designan arriba no pueden o no desean tomar estas decisiones en mi nombre, **O** si están divorciados o legalmente separados de mí, entonces designo a la siguiente persona como mi Representante del Paciente.

Name (Nombre): _____ Relationship (if any) (Relación (si hay alguna)): _____

Telephone (Teléfono) (Day) (Día): _____ (Evening) (Noche): _____ (Cell) (Celular): _____

Address (Dirección): _____

City/State/Zip Code (Ciudad/Estado/C.P.): _____

Advance Directive Signature Page

Página de firmas de las Instrucciones Anticipadas

I have instructed my Patient Advocate(s) concerning my wishes and goals in the use of life-sustaining treatment - such as, but not limited to: ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), nutritional tube feedings, intravenous hydration, kidney dialysis, blood pressure or antibiotic medications — and hereby give my Patient Advocate(s) express permission to withhold or withdraw any treatment that would not help me achieve my goals of care. I understand that such decisions could or would allow my death. Medications and treatment intended to provide comfort or pain relief shall not be withheld or withdrawn.

Doy instrucciones a mi(s) Representante(s) del Paciente acerca de mis deseos y metas con respecto al uso de tratamientos de soporte vital, que incluyen, pero no se limitan a los siguientes: ventilador (respirador), reanimación cardiopulmonar (RCP), alimentación por sonda, hidratación intravenosa, diálisis renal, medicamentos para la presión arterial o antibióticos. Por medio de este documento, de forma expresa doy permiso a mi(s) Representante(s) del Paciente para que nieguen o retiren cualquier tratamiento que no me ayude a alcanzar dichas metas. Entiendo que esta decisión podría tener como consecuencia mi fallecimiento. No se negarán ni retirarán los medicamentos y el tratamiento que tienen como objetivo brindarme comodidad o aliviar mi dolor.

Signature of the Individual in the Presence of the Following Witnesses

Firma de la persona ante los siguientes testigos

I am providing these instructions of my own free will. I have not been required to give them in order to receive care or have care withheld or withdrawn. I am at least eighteen (18) years old and of sound mind.

Proporciono estas instrucciones por mi propia voluntad. No se me ha obligado a proporcionar estas instrucciones como condición para recibir atención médica, ni para que se niegue o retire dicha atención. Tengo al menos 18 años de edad y gozo de plenas facultades mentales.

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____

Address (Dirección): _____

City/State/Zip Code (Ciudad/Estado/C.P.): _____

Signatures of Witnesses
Firma de los testigos

I know this person to be the individual identified as the “Individual” signing this form. I believe him or her to be of sound mind and at least eighteen (18) years of age. I personally saw him or her sign this form, and I believe that he or she did so voluntarily and without duress, fraud, or undue influence. By signing this document as a witness, I certify that I am:

Conozco a esta persona y afirmo que es quien se identifica como “la Persona” (el paciente) que firma este documento. Considero que goza de plenas facultades mentales y tiene al menos 18 años de edad. Lo vi en persona firmar este formulario, y creo que lo hizo de manera voluntaria, libre de toda forma de coerción, fraude o influencia indebida. Al firmar este documento como testigo, certifico que yo:

- At least 18 years of age.
- *Tengo al menos 18 años de edad.*
- Not the Patient Advocate or alternate Patient Advocate appointed by the person signing this document.
- *No soy el Representante del Paciente ni el Representante Alterno del Paciente designado por la persona que firma este documento.*
- Not the patient’s spouse, parent, child, grandchild, sibling or presumptive heir.
- *No soy el cónyuge del paciente, ni su padre, madre, hijo, nieto, hermano o presunto heredero.*
- Not listed to be a beneficiary of, or entitled to, any gift from the patient’s estate.
- *No aparezco mencionado como beneficiario ni tengo derechos sobre parte alguna del patrimonio del paciente.*
- Not directly financially responsible for the patient’s health care.
- *No tengo responsabilidad financiera directa con respecto a la atención médica del paciente.*
- Not a health care provider directly serving the patient at this time.
- *No soy un proveedor de atención médica que atienda directamente al paciente en este momento.*
- Not an employee of a health care or insurance provider directly serving the patient at this time.
- *No soy empleado de un proveedor de atención médica o seguro médico que atienda directamente al paciente en este momento.*

Witness Number 1:

Testigo número 1:

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

Print Name (*Nombre en letra de molde*): _____

Address (*Dirección*): _____

City/State/Zip Code (*Ciudad/Estado/C.P.*): _____

Witness Number 2:

Testigo número 2:

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

Print Name (*Nombre en letra de molde*): _____

Address (*Dirección*): _____

City/State/Zip Code (*Ciudad/Estado/C.P.*): _____

Accepting the Role of Patient Advocate

Aceptación de la designación como Representante del Paciente

Person completing Advance Directive:

Persona que completa las Instrucciones Anticipadas:

Print Name (*Nombre en letra de molde*): _____

Acceptance

Aceptación

Date of Birth (*Fecha de nacimiento*): _____

The person named above has asked you to serve as his or her Patient Advocate (or as an alternate Patient Advocate). Before agreeing to accept the Patient Advocate responsibility and signing this form, please:

La persona designada arriba le ha pedido que actúe como su Representante del Paciente (o como su Representante Alterno del Paciente). Antes de aceptar la responsabilidad como Representante del Paciente y de firmar este formulario, por favor:

1. Read the **Introduction** and **Overview**, which provide important information and instructions.
1. *Lea la **Introducción** y el **Resumen**, que ofrecen instrucciones e información importante.*
2. Carefully read this completed form and;
2. *Lea con mucha atención este formulario una vez que sea llenado; y*
3. Discuss, in detail, the person's values and wishes, so that you can gain the knowledge you need to allow you to make the medical treatment decisions he or she would make, if able.
3. *Analice en detalle los valores y deseos de la persona, para que pueda comprender todo lo necesario para poder tomar las decisiones en cuanto al tratamiento médico que tomaría esta persona si pudiera hacerlo.*
4. If you are willing to accept the role of Patient Advocate, read, sign and date the following statement.
4. *Si desea aceptar servir como Representante del Paciente, lea, firme y anote la fecha en la siguiente declaración.*

I accept the person's selection of me as Patient Advocate. I understand and agree to take reasonable steps to follow the desires and instructions of the person as indicated within this "Advance Directive: My Patient Advocate" document or in other written or spoken instructions from the person. I also understand and agree that, according to Michigan law:

Acepto que la persona me ha seleccionado como su Representante del Paciente. Comprendo y acepto tomar las medidas razonables para actuar de acuerdo con los deseos y las instrucciones de esta persona, tal como lo indica en este documento de "Instrucciones Anticipadas: Mi Representante del Paciente", o de acuerdo con otras instrucciones escritas o verbales de esta persona. También comprendo y acepto que, de acuerdo con la ley de Michigan:

- a. This appointment shall not become effective unless the patient is unable to participate in medical or mental health treatment decisions, as applicable.
- a. *Esta designación únicamente entrará en vigor cuando el paciente no pueda participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento médico o de la salud mental, cuando sea pertinente.*
- b. I will not exercise powers concerning the patient's care, custody, medical or mental health treatment that the patient – if the patient were able to participate in the decision – could not have exercised on his or her own behalf.
- b. *No ejerceré facultades con respecto al cuidado del paciente, su custodia ni su tratamiento médico o de la salud mental que el mismo paciente no habría podido ejercer por su propia voluntad si fuera el caso que pudiera participar en la toma de la decisión.*
- c. I cannot make a medical treatment decision to withhold or withdraw treatment from a patient who is pregnant, if that would result in the patient's death, even if these were the patient's wishes.
- c. *No puedo tomar la decisión de negar o retirar el tratamiento de una paciente que esté embarazada, si dicha decisión tendría como consecuencia la muerte de la paciente, incluso si la decisión reflejara los deseos de la paciente.*

- d. I can make a decision to withhold or withdraw treatment which would allow the patient to die only if he or she has expressed clearly that I am permitted to make such a decision, and understand that such a decision could or would allow his or her death.
- d. *Puedo tomar la decisión de negar o retirar el tratamiento y permitir que el paciente muera, únicamente si él o ella expresó claramente que estoy autorizado para tomar tal decisión; entiendo que tal decisión podría tener como consecuencia la muerte del paciente.*
- e. I may not receive payment for serving as Patient Advocate, but I can be reimbursed for actual and necessary expenses which I incur in fulfilling my responsibilities.
- e. *No puedo recibir pago alguno por actuar como el Representante del Paciente, pero sí puedo recibir un reembolso por los gastos reales y necesarios en los que incurra en el cumplimiento de mis responsabilidades.*
- f. I am required to act in accordance with the standards of care applicable to fiduciaries when acting for the patient and shall act consistent with the patient's best interests. The known desires of the patient expressed or evidenced while the patient is able to participate in medical or mental health treatment decisions are presumed to be in the patient's best interests.
- f. *Estoy obligado a actuar de acuerdo con los estándares de atención aplicables a los fiduciarios que actúan en nombre del paciente, y me conduciré de manera que sirva a los intereses del paciente. Los intereses del paciente se consideran los deseos conocidos del paciente que se expresan o se demuestran mientras que el paciente puede participar en las decisiones sobre el tratamiento médico o de la salud mental.*
- g. The patient may revoke his or her appointment of me as Patient Advocate at any time and in any manner sufficient to communicate an intent to revoke.
- g. *El paciente puede revocar mi designación como su Representante del Paciente en cualquier momento y de cualquier manera que sea suficiente para comunicar su intención de revocación.*
- h. The patient may waive the right to revoke a designation as to the power to exercise mental health treatment decisions, and if such waiver is made, the patient's ability to revoke as to certain treatment will be delayed for 30 days after the patient communicates his or her intent to revoke.
- h. *El paciente puede renunciar el derecho de revocar una designación en cuanto al poder para ejercer decisiones sobre el tratamiento de la salud mental, y si dicha renuncia tiene lugar, la capacidad de revocación del paciente respecto a un tratamiento específico se postergará durante 30 días luego de que éste manifieste su intención de revocación.*
- i. I may revoke my acceptance of my role as Patient Advocate any time and in any manner sufficient to communicate an intent to revoke.
- i. *Yo puedo revocar la aceptación de mi papel como Representante del Paciente en cualquier momento y de cualquier manera que sea suficiente para comunicar mi intención de revocación.*
- j. A patient admitted to a health facility or agency has the rights enumerated in Section 20201 of the Michigan Public Health Code, (Exercise of Rights by Patient's Representative 1978 PA 368, MCL 333.20201).
- j. *Un paciente admitido en un centro o agencia de salud tiene los derechos que se enumeran en la Sección 20201 del Código de Salud Pública de Michigan (Exercise of Rights by Patient's Representative [Ejercicio de los derechos por parte del Representante del Paciente], 1978 PA 368, MCL 333. 20201).*

Accepting the Role of Patient Advocate *(continued)*

Patient Advocate Signature and Contact Information

Aceptación de la designación como Representante del Paciente (continuación)

Firma e información de contacto del Representante del Paciente

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____

Print Name (Nombre en letra de molde): _____

Address (Dirección): _____

City/State/Zip (Ciudad/Estado/C.P.): _____

Phone (Teléfono) (Day) (Día): _____ (Evening) (Noche): _____ (Cell) (Celular): _____

If I am unable or unavailable to act after reasonable efforts to contact me, I delegate my authority to the person designated as the second choice Patient Advocate. The following Patient Advocates are authorized (in the order listed) to act until I become available to act.

Si no soy capaz o no estoy disponible para actuar después de que se hagan todos los esfuerzos razonables para comunicarse conmigo, delego mi autoridad a la persona designada como la segunda opción de Representante del Paciente. Los siguientes Representantes del Paciente están autorizados para actuar (en el orden en el que se enumeran) hasta que yo esté disponible para actuar.

First Alternate Patient Advocate (Optional)

Primer Representante Alterno del Paciente (opcional)

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____

Print Name (Nombre en letra de molde): _____

Address (Dirección): _____

City/State/Zip (Ciudad/Estado/C.P.): _____

Phone (Teléfono) (Day) (Día): _____ (Evening) (Noche): _____ (Cell) (Celular): _____

Second Alternate Patient Advocate (Optional)

Segundo Representante Alterno del Paciente (opcional)

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____

Print Name (Nombre en letra de molde): _____

Address (Dirección): _____

City/State/Zip (Ciudad/Estado/C.P.): _____

Phone (Teléfono) (Day) (Día): _____ (Evening) (Noche): _____ (Cell) (Celular): _____

Making Changes

Cambios

If only the contact information for your advocate(s) changes, it may be revised on the original and on the photocopies without replacing the entire form. Photocopies of this form can be made and can be accepted as originals.

Si hay cambios en la información de contacto de su(s) representante(s) únicamente, se puede revisar en el documento original y en sus fotocopias, sin necesidad de reemplazar el formulario completo. Se pueden hacer fotocopias de este formulario y se aceptarán como el documento original.

If I am nearing end of life...

(This section is optional, but recommended)

Si me aproximo al final de mi vida

(Esta sección es opcional, pero se recomienda)

SPIRITUAL/RELIGIOUS PREFERENCES PREFERENCIAS ESPIRITUALES/RELIGIOSAS

If I am nearing my death, I would like these things for support and comfort:
Si me aproximo a mi muerte, quisiera que se realice lo siguiente para mi apoyo y tranquilidad:

Si estuviera a punto de morir, desearía estar: (marque una opción)

at home (*en casa*) in a hospital (*en un hospital*) not sure (*no estoy seguro*)

I am of the (*Mi fe o religión es*) _____ and/or consider myself (*y/o me considero un*) _____.

I am a member of the (*Formo parte de la siguiente comunidad de fe*) _____.

Please attempt to notify them at (*Favor de informarles sobre mi situación a este contacto*): _____.

I want my health care providers to know these things about my religion or spirituality:
Quiero que mis proveedores de atención médica conozcan estos aspectos acerca de mis creencias religiosas o espirituales:

My other wishes:
Otros deseos:

I choose not to complete this section
Elijo no completar esta sección

PREFERENCES FOR ORGAN/TISSUE DONATION, AUTOPSY, ANATOMICAL GIFT AND BURIAL/CREMATION

PREFERENCIAS SOBRE DONACIÓN DE ÓRGANOS/TEJIDOS, AUTOPSIA, DONACIONES ANATÓMICAS Y ENTIERRO/CREMACIÓN

In this section, you may, if you wish, state your instructions for: organ/tissue donation, autopsy, anatomical gift, and burial or cremation.

En esta sección, si lo desea, usted puede indicar sus instrucciones con respecto a: la donación de órganos y tejidos, autopsia, donaciones anatómicas y entierro o cremación.

By Michigan law, your Patient Advocate and your family must honor your instructions pertaining to organ donation following your death.

Conforme a la ley de Michigan, su Representante del Paciente y su familia deben respetar sus instrucciones relativas a la donación de órganos después de su muerte.

The authority granted by me to my Patient Advocate in regard to organ/tissue donation shall, in compliance with Michigan law, remain in effect and be honored following my death.

La autoridad que otorgo a mi Representante del Paciente con respecto a la donación de órganos y tejidos permanecerá en vigor y deberá ser respetada después de mi muerte, en cumplimiento con la ley de Michigan.

I understand that whole-body anatomical gift donation generally requires pre-planning and pre-acceptance by the receiving institution.

Entiendo que una donación anatómica de cuerpo completo por lo general requiere de planeación por adelantado y la aceptación previa de la institución receptora.

Burial or cremation preferences reflect my current values and wishes.

Mis preferencias sobre entierro o cremación reflejan mis valores y deseos actuales.

Instructions:

Instrucciones:

- *Put your initials next to the choice you prefer for each situation below.*
- *Anote sus iniciales junto a la opción que prefiera en cada una de las siguientes situaciones.*
- *Cross out the choices you do not want.*
- *Tache las opciones que no desee en su caso.*

DONATION OF MY ORGANS OR TISSUE (ANATOMICAL GIFTS)

DONACIÓN DE MIS ÓRGANOS O TEJIDOS (DONACIONES ANATÓMICAS)

After I die, I wish to donate any parts of my body that may be helpful to others.

Después de morir, deseo donar todas las partes de mi cuerpo que puedan ayudar a otras personas.

I have indicated this choice on my driver's license or state-issued identification card.

He indicado este deseo en mi licencia de conducir o en mi identificación estatal.

I am registered on my state's online donor registry.

Mi nombre aparece en el registro de donadores en mi estado, que se encuentra en Internet.

___ After I die, I wish to donate **only the following** organs or tissue, if possible:
(name the specific organs or tissue):

Después de morir, deseo donar únicamente los siguientes órganos o tejidos, si es posible: (órganos o tejidos específicos):

___ Yo **no deseo** donar órganos ni tejidos.

I **do not want** to donate any organ or tissue.

___ I choose not to complete this section

Elijo no completar esta sección

**PREFERENCES FOR ORGAN/TISSUE DONATION, AUTOPSY,
ANATOMICAL GIFT AND BURIAL/CREMATION**

(Continued)

**PREFERENCIAS SOBRE DONACIÓN DE ÓRGANOS/TEJIDOS, AUTOPSIA,
DONACIONES ANATÓMICAS Y ENTIERRO/CREMACIÓN**

(Continuación)

Instructions:

Instrucciones:

- *Put your initials next to the choice you prefer for each situation below.*
- *Anote sus iniciales junto a la opción que prefiera en cada una de las siguientes situaciones.*
- *Cross out the choices you do not want.*
- *Tache las opciones que no desee en su caso.*
- *NOTE: Elective autopsy may be at family's expense.*
- *NOTA: La autopsia, si es optativa, tal vez se cobre a la familia.*

**AUTOPSY, ANATOMICAL GIFT, AND BURIAL/CREMATION PREFERENCE
PREFERENCIAS RELATIVAS A AUTOPSIA, DONACIONES ANATÓMICAS Y
ENTIERRO/CREMACIÓN**

____ I **would** accept an autopsy if it can help my blood relatives understand the cause of my death or assist them with their future health care decisions.
Aceptaría una autopsia si esto ayudara a mis familiares cercanos a entender la causa de mi muerte o les ayudara a tomar decisiones sobre su propia atención médica en el futuro.

____ I **would** accept an autopsy if it can help the advancement of medicine or medical education.
Aceptaría una autopsia si esto contribuyera al avance de la medicina o la educación médica.

____ I **want** my body to be donated to an institution of medical science for research or training purposes.
Deseo donar mi cuerpo a una institución de ciencia médica para fines de investigación o capacitación.

____ I **do not want** an autopsy performed on me.
No deseo que me realicen una autopsia.

My burial or cremation preference is: (initial only one)
Con respecto al entierro o la cremación, yo prefiero: (indicar solo una opción)

____ Burial (*Entierro*) ____ Cremation (*Creación*)

____ Burial or Cremation, at the discretion of my next-of-kin
(*Entierro o cremación, según la decisión de mi familiar más cercano*)

____ I choose not to complete this section

Elijo no completar esta sección

Great Lakes Health Connect (optional):
Great Lakes Health Connect (opcional):

Great Lakes Health Connect is a Health Information Exchange providing State-wide internet medical record storage service to medical providers only. There is no cost to you for this service. Making Choices Michigan, your physician or attorney can file it for you. Not all hospitals are accessing this medical storage service at this time. It is recommended that you take a copy of this document with you to the hospital.

Great Lakes Health Connect es una red de intercambio de información médica que ofrece, en todo el estado, servicios de archivo por Internet de expedientes médicos a proveedores médicos solamente. Este servicio no tiene ningún costo para usted. La organización Making Choices Michigan, su médico o su abogado pueden presentar una copia de su documento de Instrucciones Anticipadas por usted para este servicio. Actualmente, no todos los hospitales tienen acceso a este servicio de archivo de información médica. Se recomienda que lleve una copia de este documento al hospital.

I consent to have my Advance Directive stored with Great Lakes Health Connect.

Doy mi consentimiento para que se archive una copia de mis Instrucciones Anticipadas en el sistema de Great Lakes Health Connect.

Signature/Date (Fecha/Firma)

Treatment Preferences (Goals of Care)

(This section is optional, but recommended)

Preferencias de tratamiento (metas de la atención)

(Esta sección es opcional, pero se recomienda)

Print Name (Nombre en letra de molde): _____

Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____

Specific Instructions to my Patient Advocate

Instrucciones específicas para mi Representante del Paciente

When I am not able to decide or speak for myself, the following are my specific preferences and values concerning my health care:

En caso de que yo no pueda tomar decisiones o hablar por mí mismo, las siguientes son mis preferencias específicas y mis valores con respecto a mi atención médica:

Instructions:

Instrucciones:

- *Put your initials next to the choice you prefer for each situation below.*
- *Anote sus iniciales junto a la opción que prefiera en cada una de las siguientes situaciones.*
- *Cross out the choices you do not want.*
- *Tache las opciones que no desee en su caso.*

TREATMENTS TO PROLONG MY LIFE TRATAMIENTOS PARA PROLONGAR MI VIDA

If I reach a point where there is reasonable medical certainty that I will not recover my ability to know who I am, where I am, and I am unable to meaningfully interact with others:

Si llego a un punto en el que exista certeza médica razonable de que no recuperaré mi capacidad para saber quién soy y dónde estoy, y no puedo interaccionar con los demás de forma significativa:

_____ I want all possible efforts to prolong life made on my behalf, even if it means I may remain on life-sustaining equipment, such as a breathing machine or kidney dialysis, for the rest of my life.

Deseo que se hagan todos los esfuerzos posibles para prolongar mi vida, incluso si eso significa que permaneceré conectado a equipo de soporte vital por el resto de mi vida, como respirador artificial o diálisis renal.

OR
O

_____ I want my health care providers to try treatments to prolong my life for a period of time. However, I want to stop these treatments if they do not help, or if they cause me pain and suffering.

Deseo que mis proveedores de atención médica intenten tratamientos para prolongar mi vida por un período. Sin embargo, deseo suspender estos tratamientos si no me ayudan o si me causan dolor y sufrimiento.

OR
O

_____ I want to stop or withhold all treatments to prolong my life.

Deseo suspender o negar todos los tratamientos para prolongar mi vida.

In all situations, I want to receive treatment and care to keep me comfortable.

En todas las situaciones, deseo recibir tratamiento y cuidados para mantenerme cómodo.

_____ I choose not to complete this section

Elijo no completar esta sección

Instructions:

Instrucciones:

- Put your initials next to the choice you prefer for each situation below.
- Anote sus iniciales junto a la opción que prefiera en cada una de las siguientes situaciones.
- Cross out the choices you do not want.
- Tache las opciones que no desee en su caso.

**CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR)
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)**

If my heart or breathing stops:

Si mi corazón deja de latir o dejo de respirar:

_____ I **want** CPR in all cases.

Quiero RCP en todos los casos.

OR

O

_____ I **want** CPR unless my health care providers determine that I have any of the following:

Quiero RCP a menos que mis proveedores de atención médica determinen que tengo alguna de las siguientes:

- An injury or illness that cannot be cured and I am dying.
- *Alguna lesión o enfermedad que no tiene cura y estoy muriendo.*
- No reasonable chance of surviving if my heart or breathing stops.
- *Ninguna posibilidad razonable de sobrevivir si mi corazón deja de latir o dejo de respirar.*
- Little chance of surviving long term if my heart or breathing stops and it would be hard and painful for me to recover from CPR.
- *Pocas posibilidades de sobrevivir a largo plazo si mi corazón deja de latir o dejo de respirar y si me resultaría difícil y doloroso recuperarme después de la RCP.*

OR

O

_____ I **do not want** CPR but instead want to allow natural death.

No quiero RCP. En vez de esto, quiero que se me permita morir por causas naturales.

_____ I **choose not to complete this section**

Elijo no completar esta sección

Treatment Preferences (Goals of Care)

Signature Page

Preferencias de tratamiento (metas de la atención)

Página de firmas

(If you are satisfied with your choice of Patient Advocate and with the Treatment Preferences guidance you have provided in this Section, you need to sign and date the statement below.)

(Si usted está satisfecho con la persona que eligió como su Representante del Paciente y con las preferencias de tratamiento que usted ha indicado en esta Sección, debe firmar y fechar la siguiente declaración).

I am providing these instructions of my own free will. I have not been required to give them in order to receive care or have care withheld or withdrawn. I am at least eighteen (18) years old and of sound mind. These are my preferences and goals expressed and affirmed on the date below:

Proporciono estas instrucciones por mi propia voluntad. No se me ha obligado a proporcionar estas instrucciones como condición para recibir atención médica, ni para que se niegue o retire dicha atención. Tengo al menos 18 años de edad y gozo de plenas facultades mentales. Estas son mis preferencias y metas expresadas y afirmadas en esta fecha:

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

Wallet Card

Tarjeta de bolsillo

<p>NOTICE: I have an Advance Directive AVISO: Tengo un documento de Instrucciones Anticipadas (Advance Directive)</p> <p>Name (Nombre): _____</p> <p>My Patient Advocate (Mi Representante del Paciente): _____</p> <p>My Patient Advocate's phone number (El teléfono de mi Representante del Paciente): _____</p> <p>A copy of my Advance Directive can be found at (Se puede encontrar una copia de mis Instrucciones Anticipadas</p>	<p>Specific instructions (Instrucciones específicas): _____ _____</p> <p>My physician's name (El nombre de mi médico): _____</p> <p>My physician's phone number (El teléfono de mi médico): _____</p> <p>Signature/Date (Firma/Fecha): _____</p>
--	--

<p>NOTICE: I have an Advance Directive AVISO: Tengo un documento de Instrucciones Anticipadas (Advance Directive)</p> <p>Name (Nombre): _____</p> <p>My Patient Advocate (Mi Representante del Paciente): _____</p> <p>My Patient Advocate's phone number (El teléfono de mi Representante del Paciente): _____</p> <p>A copy of my Advance Directive can be found at (Se puede encontrar una copia de mis Instrucciones Anticipadas</p>	<p>Specific instructions (Instrucciones específicas): _____ _____</p> <p>My physician's name (El nombre de mi médico): _____</p> <p>My physician's phone number (El teléfono de mi médico): _____</p> <p>Signature/Date (Firma/Fecha): _____</p>
--	--

This **Wallet Card** template is the same size as a credit card.

Fill in your information, then photocopy this page, fold two-sided and tape or glue.

Esta plantilla para la **Tarjeta de bolsillo** es del mismo tamaño que una tarjeta de crédito.

Escriba toda su información, entonces haga una fotocopia de esta página, dóblela por la mitad y péguela con cinta adhesiva o pegamento.