

ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

California Probate Code Section 4701

You have the right to give instructions about your own health care. You also have the right to name someone else to make health care decisions for you. This form lets you do either or both of these things. It also lets you express your wishes regarding donation of organs and the designation of your primary physician. If you use this form, you may complete or modify all or any part of it. You are free to use a different form.

INSTRUCTIONS

PART 1 – POWER OF ATTORNEY

Part 1 lets you name another individual as agent to make health care decisions for you if you become incapable of making your own decisions or if you want someone else to make those decisions for you now even though you are still capable. You may also name an alternate agent to act for you if your first choice is not willing, able, or reasonably available to make decisions for you. (Your agent may not be an operator or employee of a community care facility or a residential care facility where you are receiving care, or your supervising health care provider or employee of the health care institution where you are receiving care, unless your agent is related to you or is a coworker.)

Unless the form you sign limits the authority of your agent, your agent may make all health care decisions for you. This form has a place for you to limit the authority of your agent. You need not limit the authority of your agent if you wish to rely on your agent for all health care decisions that may have to be made. If you choose not to limit the authority of your agent, your agent will have the right to:

1. Consent or refuse consent to any care, treatment, service, or procedure to maintain, diagnose, or otherwise affect a physical or mental condition.
2. Select or discharge health care providers and institutions.
3. Approve or disapprove diagnostic tests, surgical procedures, and programs of medication.
4. Direct the provision, withholding, or withdrawal of artificial nutrition and hydration and all other forms of health care, including cardiopulmonary resuscitation.
5. Make anatomical gifts, authorize an autopsy, and direct disposition of remains.

PART 2 – INSTRUCTIONS FOR HEALTH CARE

You can give specific instructions about any aspect of your health care, whether or not you appoint an agent. Choices are provided for you to express your wishes regarding the provision, withholding, or withdrawal of treatment to keep you alive, as well as the provision of pain relief. You also can add to the choices you have made or write out any additional wishes. If you are satisfied to allow your agent to determine what is best for you in making end-of-life decisions, you need not fill out Part 2 of this form.

PART 3 – DONATION OF ORGANS

You can express an intention to donate your bodily organs and tissues following your death.

PART 4 – PRIMARY PHYSICIAN

You designate a physician to have primary responsibility for your health care.

PART 5 – SIGNATURE

After completing this form, sign and date the form at the end.

PART 6 – SPECIAL WITNESS REQUIREMENT

The form must be signed by two qualified witnesses or acknowledged before a notary public. Give a copy of the signed and completed form to your physician, to any other health care providers you may have, to any health care institution at which you are receiving care, and to any health care agents you have named. You should talk to the person you have named as agent to make sure that he or she understands your wishes and is willing to take the responsibility.

You have the right to revoke this advance health care directive or replace this form at any time.

PART 1 – POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

(1.1) DESIGNATION OF AGENT: I designate the following individual as my agent to make health care decisions for me:

Name of individual you choose as agent: _____

Address: _____

Telephone: _____
(home phone) (work phone)

OPTIONAL: If I revoke my agent’s authority or if my agent is not willing, able, or reasonably available to make a health care decision for me, I designate as my first alternate agent:

Name of individual you choose as alternate agent: _____

Address: _____

Telephone: _____
(home phone) (work phone)

OPTIONAL: If I revoke the authority of my agent and first alternate agent or if neither is willing, able, or reasonably available to make a health care decision for me, I designate as my second alternate agent:

Name of individual you choose as second alternate agent: _____

Address: _____

Telephone: _____
(home phone) (work phone)

(1.2) *AGENT'S AUTHORITY*: My agent is authorized to make all health care decisions for me, including decisions to provide, withhold, or withdraw artificial nutrition and hydration and all other forms of health care to keep me alive, except as I state here:

(Add additional sheets if needed.)

(1.3) *WHEN AGENT'S AUTHORITY BECOMES EFFECTIVE*: My agent's authority becomes effective when my primary physician determines that I am unable to make my own health care decisions unless I mark the following box.

If I mark this box , my agent's authority to make health care decisions for me takes effect immediately.

(1.4) *AGENT'S OBLIGATION*: My agent shall make health care decisions for me in accordance with this power of attorney for health care, any instructions I give in Part 2 of this form, and my other wishes to the extent known to my agent. To the extent my wishes are unknown, my agent shall make health care decisions for me in accordance with what my agent determines to be in my best interest. In determining my best interest, my agent shall consider my personal values to the extent known to my agent.

(1.5) *AGENT'S POSTDEATH AUTHORITY*: My agent is authorized to make anatomical gifts, authorize an autopsy, and direct disposition of my remains, except as I state here or in Part 3 of this form:

(Add additional sheets if needed.)

(1.6) *NOMINATION OF CONSERVATOR*: If a conservator of my person needs to be appointed for me by a court, I nominate the agent designated in this form. If that agent is not willing, able, or reasonably available to act as conservator, I nominate the alternate agents whom I have named, in the order designated.

PART 2 – INSTRUCTIONS FOR HEALTH CARE

If you fill out this part of the form, you may strike any wording you do not want.

(2.1) *END-OF-LIFE DECISIONS*: I direct that my health care providers and others involved in my care provide, withhold, or withdraw treatment in accordance with the choice I have marked below:

Choice Not To Prolong Life

I do not want my life to be prolonged if (1) I have an incurable and irreversible condition that will result in my death within a relatively short time, (2) I become unconscious and, to a reasonable degree of medical certainty, I will not regain consciousness, or (3) the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits, OR

Choice To Prolong Life

I want my life to be prolonged as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.

(2.2) *RELIEF FROM PAIN*: Except as I state in the following space, I direct that treatment for alleviation of pain or discomfort be provided at all times, even if it hastens my death:

(Add additional sheets if needed.)

(2.3) *OTHER WISHES*: (If you do not agree with any of the optional choices above and wish to write your own, or if you wish to add to the instructions you have given above, you may do so here.) I direct that:

(Add additional sheets if needed.)

PART 3 – DONATION OF ORGANS AT DEATH (OPTIONAL)

(3.1) Upon my death (mark applicable box):

- I give any needed organs, tissues, or parts, OR
- I give the following organs, tissues, or parts only _____.

My gift is for the following purposes (strike any of the following you do not want):

- Transplant
- Therapy
- Research
- Education

PART 4 – PRIMARY PHYSICIAN (OPTIONAL)

(4.1) I designate the following physician as my primary physician:

Name of Physician: _____

Address: _____

Telephone: _____

OPTIONAL: If the physician I have designated above is not willing, able, or reasonably available to act as my primary physician, I designate the following physician as my primary physician:

Name of Physician: _____

Address: _____

Telephone: _____

PART 5 – SIGNATURE

(5.1) *EFFECT OF COPY*: A copy of this form has the same effect as the original.

(5.2) *SIGNATURE*: Sign and date the form here:

Date: _____

Name: _____
(sign your name) *(print your name)*

Address: _____

(5.3) *STATEMENT OF WITNESSES*: I declare under penalty of perjury under the laws of California (1) that the individual who signed or acknowledged this advance health care directive is personally known to me, or that the individual's identity was proven to me by convincing evidence (2) that the individual signed or acknowledged this advance directive in my presence, 3) that the individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence, (4) that I am not a person appointed as agent by this advance directive, and (5) that I am not the individual's health care provider, an employee of the individual's health care provider, the operator of a community care facility, an employee of an operator of a community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly, nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly.

FIRST WITNESS

Name: _____

Address: _____

Signature of Witness: _____

Date: _____

SECOND WITNESS

Name: _____

Address: _____

Signature of Witness: _____

Date: _____

(5.4) **ADDITIONAL STATEMENT OF WITNESSES:** At least one of the above witnesses must also sign the following declaration:

I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance health care directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.

Signature of Witness: _____

Signature of Witness: _____

PART 6—SPECIAL WITNESS REQUIREMENT

(6.1) The following statement is required only if you are a patient in a skilled nursing facility—a health care facility that provides the following basic services: skilled nursing care and supportive care to patients whose primary need is for availability of skilled nursing care on an extended basis. The patient advocate or ombudsman must sign the following statement:

STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code.

Date: _____

Name: _____
(sign your name) *(print your name)*

Address: _____

Usted tiene derecho a dar instrucciones acerca de su propia atención de la salud. También tiene el derecho de hacer que alguien más tome las decisiones de atención de la salud por usted. Este formulario le permite hacer una de estas dos cosas o ambas. También le permite expresar sus deseos acerca de la donación de órganos y la designación de su médico de atención primaria. Si usted utiliza este formulario, puede llenarlo o modificarlo todo o cualquier parte del mismo. También puede utilizar otro formulario.

INSTRUCCIONES

LA PARTE 1 – PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

La Parte 1 le permite nombrar a otro individuo como representante para que tome las decisiones de atención de la salud por usted en caso que llegue a ser incapaz de tomar sus propias decisiones o si usted quiere que alguien más tome esas decisiones por usted ahora aunque todavía siga siendo capaz. También puede nombrar a un representante suplente que actúe por usted si su primera elección no está dispuesta, no es capaz o no está razonablemente accesible para tomar decisiones por usted. (Su representante no puede ser un operador o empleado de un establecimiento de atención comunitaria y un establecimiento de atención residencial donde lo estén atendiendo, ni su proveedor de atención de la salud encargado de la supervisión o un empleado de la institución de atención de la salud donde usted esté recibiendo la misma, a menos que su representante esté emparentado con usted o sea compañero de trabajo).

A menos que el formulario que usted firme limite la autoridad de su representante, éste podrá tomar todas las decisiones de atención de la salud por usted. Este formulario tiene un lugar para que usted limite la autoridad de su representante. No es necesario que la limite si desea depender de él para todas las decisiones de atención de la salud que puedan tener que tomarse. Si usted opta por no limitar la autoridad de su representante, éste tendrá el derecho a:

1. Prestar o negar el consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de otro modo una enfermedad física o mental.
2. Seleccionar o rechazar proveedores e instituciones de atención de la salud.
3. Aprobar o desaprobado pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos.
4. Dirigir el proveimiento, la negación o la retirada de nutrición e hidratación artificial y todas las demás formas de atención de la salud, incluyendo resucitación cardiopulmonar.
5. Hacer donaciones anatómicas, autorizar una autopsia y ordenar la disposición final de los restos.

LA PARTE 2

La Parte de este formulario le permite dar instrucciones específicas acerca de cualquier aspecto de su atención de la salud, ya sea que usted nombre un representante o no. Se proporcionan opciones para que usted exprese sus deseos acerca del proveimiento, la negación o la retirada del tratamiento para mantenerlo vivo, así como el proveimiento de alivio del dolor. También se proporciona espacio para que usted aumente las opciones que haya hecho o que anote cualesquier deseos adicionales. Si está conforme con dejar que su representante determine lo que sea mejor para usted al tomar decisiones relacionadas con el final de la vida, no es necesario que llene la Parte 2 de este formulario.

LA PARTE 3

La Parte 3 de este formulario le permite expresar una intención de donar sus órganos y tejidos corporales después de su muerte.

LA PARTE 4

La Parte 4 de este formulario le permite designar un médico que tenga la responsabilidad primaria de la atención de su salud.

LA PARTE 5 – FIRMA

Después de llenar este formulario, ponga su firma y la fecha al final del mismo.

LA PARTE 6- LOS TESTIGOS

El formulario debe ser firmado por dos testigos calificados o certificado ante un notario público. Entrégueles copias del formulario firmado y debidamente llenado a su médico, a cualesquier otros proveedores de atención de la salud que pueda tener, a cualquier institución de atención de la salud en la que lo estén atendiendo y a todos los representantes de atención de la salud que haya nombrado. Deberá hablar con la persona que haya nombrado como representante para asegurar que él o ella entienda sus deseos y esté dispuesta a asumir la responsabilidad.

Usted tiene derecho a revocar esta directiva por anticipado de la atención de la salud o a reemplazar este formulario en cualquier momento.

PARTE 1 – PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN DE LA SALUD

(1.1) DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE: Designo al siguiente individuo como mi representante para que tome las decisiones de atención de la salud por mí:

Nombre del individuo que usted elija como representante _____

Dirección: _____

Teléfono: _____
(en casa) (teléfono en el trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi representante o si mi representante no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente accesible para tomar una decisión de atención de la salud por mí, designo como mi primer representante suplente a:

Nombre del individuo que usted elija como su primer representante suplente _____

Dirección: _____

Teléfono: _____
(en casa) (teléfono en el trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi representante y mi primer representante suplente o si ninguno de los dos está dispuesto, es capaz o está razonablemente accesible para tomar una decisión de atención de la salud por mí, designo como mi segundo representante suplente a:

Nombre del individuo que usted elija como su segundo representante suplente _____

Dirección: _____

Teléfono: _____
(en casa) (teléfono en el trabajo)

(1.2) AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE: Mi representante está autorizado para tomar todas las decisiones de atención de la salud por mí, incluyendo las decisiones para proveer, negar o retirar la nutrición e hidratación artificial y todas las demás formas de atención de la salud para mantenerme vivo, excepto como lo consigno aquí:

(Si es necesario, agregue hojas adicionales.)

(1.3) CUANDO ENTRA EN VIGENCIA LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE: La autoridad de mi representante entra en vigencia cuando mi médico de atención primaria determine que soy incapaz de tomar mis propias decisiones de atención de la salud, a menos que yo ponga una marca en la siguiente casilla.

Si marco esta casilla , la autoridad de mi representante para tomar las decisiones de atención de la salud por mí entra en vigor inmediatamente.

(1.4) OBLIGACIÓN DEL REPRESENTANTE: Mi representante tomará decisiones de atención de la salud por mí de acuerdo con este poder notarial para atención de la salud, todas las instrucciones que yo proporcione en la Parte 2 de este formulario y mis demás deseos en la medida conocida para mi representante. En la medida que mis deseos sean desconocidos, mi representante tomará decisiones de atención de la salud por mí de acuerdo con lo que mi representante determine que es en mi mejor interés. Para determinar mi mejor interés, mi representante deberá considerar mis valores personales en la medida conocida por el mismo.

(1.5) AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE DESPUÉS DE LA MUERTE: Mi representante está autorizado para hacer donaciones anatómicas, autorizar una autopsia y ordenar la disposición final de mis restos, excepto como yo lo consigno aquí o en la Parte 3 de este formulario:

(Si es necesario, agregue hojas adicionales.)

(1.6) NOMBRAMIENTO DEL CONSERVADOR: Si es necesario que una corte designe para mí un conservador de mi persona, yo nombro al representante designado en este formulario. Si ese representante no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente accesible para actuar como conservador, nombro a los representantes suplentes que he designado, en el orden en que lo he hecho.

PARTE 2 – INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Si usted llena esta parte del formulario, podrá tachar cualquier texto que no quiera.

(2.1) DECISIONES DEL FINAL DE LA VIDA: Ordeno que mis proveedores de atención de la salud y otros que participen en mi atención provean, nieguen o retiren el tratamiento de acuerdo con la elección que yo haya marcado abajo:

Elección de no prolongar la vida

No quiero que mi vida sea prolongada si (1) tengo una enfermedad incurable e irreversible que resulte en mi muerte dentro de un periodo relativamente corto, (2) pierdo el conocimiento y, con un grado razonable de certidumbre médica, no lo recuperaré o (3) los riesgos y cargas probables del tratamiento serían más mayores que los beneficios previstos,
O

Elección de prolongar la vida

Quiero que mi vida sea prolongada tanto como sea posible dentro de los límites de las normas de atención de la salud generalmente aceptadas.

(2.2) ALIVIO DEL DOLOR: Excepto como lo consigno en el siguiente espacio, ordeno que se me proporcione en todo momento tratamiento para el alivio del dolor o las molestias, aunque acelere mi muerte:

(Si es necesario, agregue hojas adicionales).

(2.3) OTROS DESEOS: (Si usted no está de acuerdo con alguna de las elecciones opcionales que aparecen arriba y desea anotar las suyas propias, o si desea aumentar las instrucciones que ha proporcionado arriba, puede hacerlo aquí). Ordeno que:

(Si es necesario, agregue hojas adicionales.)

PARTE 3 – DONACIÓN DE ÓRGANOS DESPUÉS DE LA MUERTE (OPCIONAL)

(3.1) Después de mi muerte (marque la casilla apropiada):

Dono todos los órganos, tejidos o partes necesarios, O

Dono solamente los siguientes órganos, tejidos o partes.

Mi donación es para los siguientes propósitos (tache cualquiera de los siguientes que usted no desee):

Trasplante

Terapia

Investigación

Educación

PARTE 4 – MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (OPCIONAL)

(4.1) Designo al siguiente como mi médico de atención primaria:

Nombre del Médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

OPCIONAL: Si el médico que he designado no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente accesible para actuar como mi médico de atención primaria, designo al siguiente para que desempeñe este papel:

Nombre del Médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

PARTE 5 – FIRMA

(5.1) EFECTO DE UNA COPIA: Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

(5.2) FIRMA: Firme y ponga aquí la fecha en el formulario:

Fecha: _____

Nombre: _____
(ponga su firma) *(escriba su nombre con letra de molde)*

Dirección: _____

(5.3) DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS: Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California (1) que el individuo que firmó o certificó esta directiva por anticipado de la atención de la salud es conocido personalmente para mí, o que la identidad del individuo me fue demostrada con evidencia convincente, (2) que el individuo firmó o certificó esta directiva por anticipado en mi presencia, (3) que el individuo parece encontrarse en buen estado mental y bajo ninguna presión, fraude o influencia indebida, (4) que no soy la persona designada como representante en esta directiva por anticipado y (5) que no soy el proveedor de atención de la salud del individuo, un empleado del proveedor de atención de la salud del individuo, el operador de un establecimiento de atención comunitaria, un empleado de un operador de un establecimiento de atención comunitaria, el operador de un establecimiento de atención residencial para ancianos, ni un empleado de un operador de un establecimiento de atención residencial para personas de edad avanzada.

