

## Advance Directive including Power of Attorney for Health Care

### *Directriz Anticipada, incluido el Poder Notarial para atención médica*

---

## Overview

### *Información general*

This legal document meets the requirements for Wisconsin. It lets you

- Name another person to make your health care decisions if you cannot make them for yourself.
- Write down your goals and preferences for future medical care in specific situations.

*Este documento legal cumple con los requisitos establecidos para el estado de Wisconsin. Esto le permite*

- *Designar a otra persona para que tome sus decisiones de atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo.*
- *Escribir sus objetivos y preferencias para la atención médica que puede recibir en el futuro en situaciones específicas.*

The person you name is called your health care agent. You can also name alternate health care agents who can make decisions if the person you named first or second cannot or is not willing to make those decisions. This document gives your agent authority to make health care decisions on your behalf only after doctors have determined you are incapable of making health care decisions for yourself.

*La persona que designe será su representante legal de atención médica. También puede designar a representantes legales alternativos para cuidados de salud que puedan tomar decisiones en caso de que la persona que designó en primer lugar no pueda o no esté dispuesta a tomar dichas decisiones. Este documento le otorga a su representante legal la autoridad para tomar decisiones de atención médica en su nombre solamente después de que los médicos hayan determinado que usted es incapaz de tomar decisiones de atención médica por sí mismo.*

The name Honoring Choices Wisconsin is used under license from the Twin Cities Medical Foundation.

*El nombre Honoring Choices Wisconsin se utiliza bajo la licencia de Twin Cities Medical Foundation.*

This document does not give your agent authority to:

*Este documento no le otorga a su representante la autoridad para:*

- Make financial or other business decisions.

*Tomar decisiones financieras o comerciales.*

- Make certain decisions about your mental health treatment.

*Tomar determinadas decisiones sobre su tratamiento de salud mental.*

Read this advance directive carefully before you complete and sign it. You should discuss your goals, values, and this advance directive with your health care agent(s). Unless you talk with your health care agent(s), they may not know your goals and be able to follow your instructions.

*Lea esta directriz anticipada detenidamente antes de completarla y firmarla. Debería discutir sus objetivos, valores y esta directriz anticipada con su(s) representante(s) legal(es) de atención médica. A menos que usted hable con su(s) representante(s) legal(es) de atención médica, es posible que ellos no sepan cuáles son sus objetivos y no puedan seguir sus instrucciones.*

Recommendation: make an appointment with an advance care planning facilitator for help. If this advance directive does not meet your needs, ask your health organization or attorney about other options.

*Recomendación: haga una cita con un facilitador de planificación de atención médica por adelantado para obtener ayuda. Si esta directriz anticipada no satisface sus necesidades, consulte con su organización de atención médica o con su abogado para que le brinden otras opciones.*

---

## To complete this advance directive *Para completar esta directriz anticipada*

This advance directive is divided into four parts:

*Esta directriz anticipada se divide en cuatro partes:*

Part 1 – My health care agent

*Parte 1: Mi representante legal de atención médica*

Part 2 – General authority of the health care agent

*Parte 2: Autoridad general del representante legal de atención médica*

Part 3 – Statement of desires, care instructions or limits

*Parte 3: Declaración de deseos, instrucciones de atención médica o límites*

Part 4 – Making the document legal

*Parte 4: Legalización del documento*

Follow the instructions in each of the four parts.

*Siga las instrucciones en cada una de las cuatro partes.*

---

## After you complete your advance directive *Después de completar la directriz anticipada*

Take these steps:

*Siga estos pasos:*

- Talk to the person(s) you named as your agent(s) about your goals and preferences for future medical care, if you have not already. Make sure they feel able to do this important job for you in the future.

*Hable con la(s) persona(s) que designó como su(s) representante(s) legal(es) sobre sus objetivos y preferencias para la atención médica que desea recibir en el futuro, si todavía no lo ha hecho.*

*Asegúrese de que se sientan en la capacidad de hacer este importante trabajo por usted.*

- Give your agent(s) a copy of this advance directive.

*Proporcione a su(s) representante(s) legal(es) una copia de esta directriz anticipada.*

- Talk to the rest of your family and close friends who might be involved if you have a serious illness or injury. Make sure they know who your agent(s) is, and what your preferences are.

*Hable con el resto de su familia y amigos cercanos que podrían involucrarse en caso de que usted tenga una enfermedad o lesión grave. Asegúrese de que ellos sepan quién(es) es/son su(s) representante(s) legal(es) y cuáles son sus preferencias.*

- Give a copy to your doctor and/or your health care facility. Make sure your preferences are understood.

*Proporcione una copia a su médico o a su centro de atención médica. Asegúrese de que se comprendan sus preferencias.*

- Keep a copy of this advance directive where it can be easily found.

*Conserve una copia de esta directriz anticipada donde pueda encontrarla con facilidad.*

- If you go to a hospital or nursing home, take a copy of this advance directive and ask that it be placed in your medical record.

*Si acude a un hospital o a un hogar para adultos mayores, lleve una copia de esta directriz anticipada y solicite que la incluyan en su historia clínica.*

- Review and update this advance directive whenever any of the “Five D’s” occur:

*Revise y actualice esta directriz anticipada cuando se produzca alguna de estas cinco situaciones:*

*Decade* – when you start each new decade of your life.

*Década:* cada vez que comience una nueva década de su vida.

*Death (or Dispute)* – when a loved one or a health care agent dies (or disagrees with your preferences).

*Muerte (o disputa):* cuando un ser querido o un representante legal de atención médica muere (o no está de acuerdo con sus preferencias).

*Divorce* – when divorce (or annulment) happens. If your spouse or domestic partner is your agent, your advance directive is no longer valid. You must complete a new advance directive, even if you want your ex-spouse or ex-partner to remain your agent.

*Divorcio:* cuando se lleva a cabo un divorcio (o anulación). Si su cónyuge o pareja de hecho es su representante legal, su directriz anticipada deja de tener validez. Debe completar una nueva directriz anticipada, incluso si desea que su excónyuge o expareja de hecho siga siendo su representante legal.

*Diagnosis* – when you are diagnosed with a serious illness.

*Diagnóstico:* cuando le diagnostican una enfermedad grave.

*Decline* – when your health gets worse, especially when you are unable to live on your own.

*Deterioro:* cuando su salud empeora, especialmente cuando no puede vivir solo.

- If your goals and preferences change:

*Si sus objetivos y preferencias cambian:*

- Talk to your agent(s), your family, your doctor, and everyone who has copies of this advance directive.


*Hable con su(s) representante(s) legal(es), su familia, su médico y cualquier persona que tenga copias de esta directriz anticipada.*

- Then, complete a new advance directive.

*Luego, complete una nueva directriz anticipada.*

- Cut out the card below, fill it in, fold it and put it in your wallet.

*Recorte la tarjeta que se encuentra a continuación, llénela, dóblela y colóquela en su billetera.*

I HAVE AN ADVANCE DIRECTIVE	My advance directive is filed at this health care facility
Name _____	_____
Date of birth _____	City/State _____
 <p><b>Honoring Choices</b> WISCONSIN AN INITIATIVE OF THE WISCONSIN MEDICAL SOCIETY</p> <p><small>The name "Honoring Choices Wisconsin" is used under license from the Twin Cities Medical Society Foundation.</small></p>	Phone _____
	<b>My health care agent is</b>
	Name _____
	Phone _____

TENGO UNA DIRECTRIZ ANTICIPADA	Mi directriz anticipada está archivada en este centro de atención médica.
Nombre _____	_____
Fecha de nacimiento _____	Ciudad/Estado _____
 <p><b>Honoring Choices</b> WISCONSIN AN INITIATIVE OF THE WISCONSIN MEDICAL SOCIETY</p> <p><small>The name "Honoring Choices Wisconsin" is used under license from the Twin Cities Medical Society Foundation.</small></p>	Teléfono _____
	<b>Mi representante legal de atención médica es</b>
	Nombre _____
	Teléfono _____

## Need help?

If you need help to complete this advance directive, contact:

## ¿Necesita ayuda?

*Si necesita ayuda para completar esta directriz anticipada, comuníquese con:*

**East** (608) 222-9777  
**Capitol** (608) 257-9700  
**DeForest** (608) 846-4787

**Hatchery Hill** (608) 661-7200  
**Madison College** (608) 441-3220  
**Sauk Trails** (608) 831-1766

## Advance Directive including Power of Attorney for Health Care *Directriz anticipada, incluido el poder notarial para atención médica*

For:  
*Para:*

Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_

Date of Birth (*Fecha de nacimiento*) \_\_\_\_\_

Telephone (Cell) (*Teléfono [Celular]*) \_\_\_\_\_ (Work) (*Trabajo*) \_\_\_\_\_

(Home) (*Casa*) \_\_\_\_\_

Address (*Dirección*) \_\_\_\_\_

City (*Ciudad*) \_\_\_\_\_ State/ZIP (*Estado/Código postal*) \_\_\_\_\_

Copies of this document have been given to:

*Se han proporcionado copias de este documento a:*

Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_

Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_

Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_

Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_

Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_

Health care professional/health care facility:

*Profesional de atención de médica/centro de atención médica:*

Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_

Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_

Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_

## Notice to Person Making this Document

### *Notificación para la persona que realiza este documento*

You have the right to make decisions about your health care. No health care may be given to you over your objection, and necessary health care may not be stopped or withheld if you object.

*Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. No se le debe brindar atención médica que vaya en contra de sus objeciones, y no se podrá interrumpir o denegar la atención médica contra su voluntad.*

Because your health care providers in some cases may not have had the opportunity to establish a long-term relationship with you, they are often unfamiliar with your beliefs and values and the details of your family relationships. This poses a problem if you become physically or mentally unable to make decisions about your health care.

*Como es posible que sus proveedores de atención médica en algunos casos no hayan tenido la oportunidad de entablar una relación a largo plazo con usted, generalmente no están familiarizados con sus creencias y valores y con los detalles de sus relaciones familiares. Esto supone un problema en caso de que quede imposibilitado física o mentalmente para tomar decisiones sobre su atención médica.*

In order to avoid this problem, you may sign this legal document to specify the person whom you want to make health care decisions for you if you are unable to make those decisions personally. That person is known as your health care agent. You should take some time to discuss your thoughts and beliefs about medical treatment with the person or persons whom you have specified. You may state in this document any types of health care that you do or do not desire, and you may limit the authority of your health care agent. If your health care agent is unaware of your desires with respect to a particular health care decision, he or she is required to determine what would be in your best interests in making the decision.

*Para evitar este problema, puede firmar este documento legal para designar a la persona a la que quiere elegir para que tome decisiones de atención médica en su lugar en caso de que usted no pueda hacerlo personalmente. Esa persona se conoce como su representante legal de atención médica. Tómese el tiempo para discutir sus pensamientos y creencias sobre el tratamiento médico con la persona o personas que haya designado. En este documento, puede indicar todos los tipos de atención médica que desea o no desea recibir, y puede limitar la autoridad de su representante legal de atención médica. Si su representante legal de atención médica no conoce sus deseos con respecto a una decisión de atención médica en particular, este debe determinar qué sería lo mejor para usted al momento de tomar la decisión.*



This is an important legal document. It gives your agent broad powers to make health care decisions for you. It revokes any prior power of attorney for health care that you may have made. If you wish to change your power of attorney for health care, you may revoke this document at any time by destroying it, by directing another person to destroy it in your presence, by signing a written and dated statement or by stating that it is revoked in the presence of two witnesses. If you revoke, you should notify your agent, your health care providers, and any other person to whom you have given a copy. If your agent is your spouse or domestic partner and your marriage is annulled or you are divorced or the domestic partnership is terminated after signing this document, the document is invalid.

*Este es un documento legal importante. Le otorga a su representante amplios poderes para tomar decisiones de atención médica por usted. Revoca cualquier poder notarial de atención médica que haya hecho anteriormente. Si desea realizar modificaciones en su poder notarial para atención médica, puede anular este documento en cualquier momento destruyéndolo, indicándole a otra persona que lo destruya en su presencia, firmando una declaración fechada o declarando que el presente documento se revoca en presencia de dos testigos. Si lo revoca, debería notificar a su representante legal, a sus proveedores de atención médica y a cualquier otra persona a la que le haya dado una copia. Si su representante es su cónyuge o pareja de hecho y su matrimonio queda anulado o se divorcia o la pareja de hecho se disuelve después de haber firmado este documento, el mismo quedará sin validez.*

You may also use this document to make or refuse to make an anatomical gift upon your death. If you use this document to make or refuse to make an anatomical gift, this document revokes any prior record of gift that you may have made. You may revoke or change any anatomical gift that you make by this document by crossing out the anatomical gifts provision in this document.

*También puede utilizar este documento para hacer o negarse a hacer una donación de órganos y/o tejidos al momento de su muerte. Si utiliza este documento para hacer o negarse a hacer una donación de órganos y/o tejidos, este documento anula cualquier registro u donación previa que pueda haber hecho. Puede revocar o cambiar cualquier donación de órganos y/o tejidos que haga mediante este documento tachando la disposición de donación de órganos y/o tejidos de este documento.*

Do not sign this document unless you clearly understand it. It is suggested that you keep the original of this document on file with your doctor.

*No firme este documento a menos que lo comprenda claramente. Se sugiere que conserve el documento original en su archivo médico.*

## Part 1: My health care agent

### *Parte 1: Mi representante de atención médica*

If you can no longer make your own health care decisions, this advance directive names the person you authorize to make these choices for you. This person will be your health care agent. State law says he or she will make your health care choices for you only after doctors have determined you are incapable of making health care decisions. Your agent will make decisions about your medical care as you would if you were able. You and your health care agent(s) should have ongoing talks about your health and health care choices.

*Si usted ya no puede tomar sus propias decisiones de atención médica, esta directriz anticipada designa a la persona a la que usted autoriza para hacer estas elecciones por usted. Esta persona será su representante legal de atención médica. Las leyes estatales afirman que esta persona tomará las decisiones de atención médica en su lugar solamente después de que los médicos hayan determinado que usted está incapacitado para tomar dichas decisiones. Su(s) representante(s) legal(es) tomará(n) las decisiones sobre su atención médica como lo haría usted en caso de que estuviese capacitado para hacerlo. Usted y su(s) representante(s) legal(es) de atención médica deberían hablar continuamente sobre su salud y sus decisiones de atención médica.*

Choose someone who knows you well. It should be someone you trust and who respects your goals and values. This person should be able to make difficult decisions under stress. Often family members are good choices, but not always. Choose someone who will closely follow what you want and will be a good advocate for you. Discuss this document and your views with the person(s) you choose to be your health care agent(s).

*Elija a alguien que lo conozca bien. Debería ser una persona en la que usted confíe y que respete sus objetivos y valores. Esta persona debería ser capaz de tomar decisiones difíciles en situaciones de mucha tensión. Generalmente, los integrantes de la familia son una buena opción, pero no siempre es así. Elija a alguien que siga al pie de la letra lo que usted desea y que abogue por usted eficazmente. Analice este documento y sus puntos de vista con la(s) persona(s) que elija para que sea(n) sus representante(s) legal(es) de atención médica.*

A health care agent must be at least 18 years old. Your health care agent may not be one of your health care providers or an employee of your health care provider, unless he or she is a relative.

*Un representante legal de atención médica debe tener al menos 18 años de edad. Su representante legal de atención médica no puede ser uno de sus proveedores de atención médica o un empleado de su proveedor de atención médica, a menos que se trate de un pariente suyo.*

The person I choose as my health care agent is:

*La persona que elijo como mi representante legal de atención médica es:*

Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_

Relationship (*Relación*) \_\_\_\_\_

Telephone (Cell) (*Teléfono [Celular]*) \_\_\_\_\_ (Work) (*Trabajo*) \_\_\_\_\_

(Home) (*Casa*) \_\_\_\_\_

Address (*Dirección*) \_\_\_\_\_

City (*Ciudad*) \_\_\_\_\_ State/ZIP (*Estado/Código postal*) \_\_\_\_\_

If that person is unable or unwilling to make decisions for me, then my next choice is:

*Si esa persona no puede o no está dispuesta a tomar decisiones por mí, entonces mi siguiente opción es:*

Second choice:

*Segunda opción:*

Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_

Relationship (*Relación*) \_\_\_\_\_

Telephone (Cell) (*Teléfono [Celular]*) \_\_\_\_\_ (Work) (*Trabajo*) \_\_\_\_\_

(Home) (*Casa*) \_\_\_\_\_

Address (*Dirección*) \_\_\_\_\_

City (*Ciudad*) \_\_\_\_\_ State/ZIP (*Estado/Código postal*) \_\_\_\_\_

If that person is unable or unwilling to make decisions for me, then my next choice is:

*Si esa persona no puede o no está dispuesta a tomar decisiones por mí, entonces mi siguiente opción es:*

Third choice:

*Tercera opción:*

Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_

Relationship (*Relación*) \_\_\_\_\_

Telephone (Cell) (*Teléfono [Celular]*) \_\_\_\_\_ (Work) (*Trabajo*) \_\_\_\_\_

(Home) (*Casa*) \_\_\_\_\_

Address (*Dirección*) \_\_\_\_\_

City (*Ciudad*) \_\_\_\_\_ State/ZIP (*Estado/Código postal*) \_\_\_\_\_

I do not have a health care agent. Instead, I want Part 3 of this document to guide my health care.

*No tengo un representante legal de atención médica. En su lugar, deseo que la Parte 3 de este documento dirija mi atención médica.*

## Part 2: General authority of the health care agent

### *Parte 2: Autoridad general del representante legal de atención médica*

To complete this part:

*Para completar esta parte:*

Draw a line through anything in the box below you do not want your health care agent to do. For example, it should look like this: ~~Decide on~~

*Tache cualquiera de las opciones de la casilla que se encuentran a continuación que no desee que su representante legal de atención médica haga. Aquí le mostramos un ejemplo de cómo debería verse: ~~Decidir sobre~~*

I want my health care agent to be able to:

*Deseo que mi representante de atención médica pueda:*

- Decide on tests, medicine, surgery and other medical care. If treatment has started, my agent can keep it going or stop it, based on my instructions or my best interests.

*Decidir sobre pruebas, medicamentos, cirugía y otros asuntos relacionados con mi atención médica. Si el tratamiento ha comenzado, mi representante legal puede decidir continuarlo o interrumpirlo, de acuerdo a mis instrucciones o teniendo en cuenta mi bienestar.*

- Interpret my instructions based on what he or she knows of my preferences and values.

*Interpretar mis instrucciones de acuerdo a lo que él o ella sepa de mis preferencias y valores.*

- Review and release my medical records and personal files as needed for my medical care.

*Revisar y divulgar mis registros médicos y expedientes personales según sea necesario para mi atención médica.*

- Arrange for my medical care and treatment in Wisconsin or any other state.

*Concertar mi atención y tratamiento médicos en Wisconsin o en cualquier otro estado.*

- Decide whether organs or tissues (anatomical gifts) can be donated after my death according to my preferences and values.

*Decidir si es posible donar órganos o tejidos (donaciones anatómicas) después de mi muerte en conformidad con mis preferencias y valores.*

## Limits on mental health treatment in Wisconsin

### *Límites en el tratamiento de salud mental en Wisconsin*

Wisconsin law says my health care agent may not admit or commit me to an inpatient facility for mental health treatment. This means that in Wisconsin, my agent cannot admit me to:

*La ley de Wisconsin establece que mi representante legal de atención médica no puede ingresarme o internarme en un centro de salud mental para recibir tratamiento. Esto significa que en Wisconsin, mi representante legal no puede ingresarme en:*

- an institution for mental diseases  
*una institución para enfermedades mentales;*
- an intermediate care facility for people with an intellectual disability, or  
*un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales; o*
- a state treatment facility for mental health.  
*un centro de tratamiento estatal para salud mental.*

My health care agent may not agree to any drastic mental health treatments for me. These treatments include experimental mental health research, brain surgery, or electroshock therapy.

*Mi representante legal de atención médica no puede aceptar ningún tratamiento de salud mental drástico por mí. Estos tratamientos incluyen investigación de salud mental experimental, cirugía del cerebro o tratamiento de electrochoque.*

To

To complete the next three questions:

*Para completar las próximas tres preguntas:*

Initial or check the box beside the one statement in each section you agree with.

*Coloque sus iniciales o marque la casilla al lado de una afirmación en cada sección con la que esté de acuerdo.*

In Wisconsin, if you do not mark any box in a **section, or you choose “no,” only a court can make** the decision and not your health care agent.

*En Wisconsin, si no marca una casilla en una sección, o si usted elige “no”, solamente un tribunal puede tomar la decisión y no su representante legal de atención médica.*

1. Agent authority to make the decision to admit me to a nursing home or community-based residential facility for long-term care.

*La autoridad del representante legal para tomar decisiones para ingresarme en un hogar de adultos mayores o en un centro residencial comunitario para recibir atención a largo plazo.*

Note: Your health care agent has the authority to admit you to a nursing home or care facility (community-based residential facility) for a short-term stay. For example, you might need care to recover after surgery and you expect to go home.

*Nota: Su representante legal de atención médica tiene la autoridad para ingresarlo en un hogar para adultos mayores o un centro de atención (centro residencial comunitario) para una estadía a corto plazo. Por ejemplo, es posible que usted necesite atención para recuperarse después de una cirugía y usted tenía la expectativa de irse casa.*

If I need long-term care for any reason, then:

*Si necesito atención a largo plazo por cualquier motivo, entonces:*

Yes, my agent can make the decision to admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay.

*Sí, mi representante legal puede tomar la decisión de ingresarme en un hogar para adultos mayores o en un centro residencial comunitario para una estancia prolongada.*

No, my agent cannot make the decision to admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay.

*No, mi representante legal no puede tomar la decisión de ingresarme en un hogar para adultos mayores o en un centro residencial comunitario para una estancia prolongada.*

**In Wisconsin, choosing “no” or leaving this section blank means I cannot be admitted to a Wisconsin long-term care facility without a court order.**

*En Wisconsin, elegir “no” o dejar la sección en blanco significa que no pueden ingresarme en una institución de cuidado extendido sin una orden judicial.*

2. Agent authority to make the decision to refuse or have removed a feeding tube and/or IV fluids.

*Autoridad del representante legal para tomar la decisión de rechazar o de hacer quitar una sonda de alimentación o líquidos administrados por vía intravenosa (IV).*

Yes, my agent can make the decision to refuse or stop tube feedings and/or IV fluids.

*Sí, mi representante legal puede tomar la decisión de rechazar o de interrumpir la alimentación por sonda o la administración de líquidos por vía intravenosa (IV).*

No, my *representante legal* cannot make the decision to refuse or stop tube feedings and/or IV fluids.

*No, mi representante legal no puede tomar la decisión de rechazar o de interrumpir la alimentación por sonda o la administración de líquidos por vía intravenosa (IV).*

**In Wisconsin, choosing “no” or leaving this section blank means feeding tubes and IV fluids cannot be refused or stopped without a court order.**

*En Wisconsin, elegir “no” o dejar esta sección en blanco significa que no es posible rechazar o interrumpir el tratamiento con sondas de alimentación y administración de líquidos por vía intravenosa (IV) sin una orden judicial.*

3. Agent authority to make health care decisions during pregnancy.

*Autoridad del representante legal para tomar decisiones de atención médica durante el embarazo.*

Yes, my agent can make health care decisions for me if I am pregnant.

*Sí, mi representante legal puede tomar decisiones de atención médica por mí en caso de que esté embarazada.*

No, my agent cannot make health care decisions if I am pregnant.

*No, mi representante legal no puede tomar decisiones de atención médica en caso de que esté embarazada.*

This does not apply to me.

*Esto no se aplica a mi situación.*

**In Wisconsin, choosing “no” or leaving this section blank means health care decisions cannot be made for me while I am pregnant without a court order.**

*En Wisconsin, elegir “no” o dejar esta sección en blanco significa que no se pueden tomar decisiones de atención médica por mí mientras esté embarazada sin una orden judicial.*



---

## Part 3: Statement of desires, care instructions or limits

### *Parte 3: Declaración de deseos, instrucciones de atención médica o límites*

Part 3 allows you to make your preferences clear. Your health care agent and your doctors will refer to this section as they care for you. If you did not name a health care agent or if your health care agent cannot be reached, you can direct your care with the choices you make below. You should talk with your health care agent **about the kind of care you want, even if you don't make choices in this section.**

*La Parte 3 le permite clarificar sus preferencias. Su representante legal de atención médica y sus médicos consultarán esta sección mientras le proporcionan atención médica. Si usted no designó un representante legal de atención médica o si no es posible comunicarse con su representante de atención médica, usted mismo puede dirigir su cuidado médico con las decisiones que tome a continuación. Debería conversar con su representante legal de atención médica acerca del tipo de atención que desea, incluso si usted no hace elecciones en esta sección.*

You are not required to complete this part of the document.

*Uste no está en la obligación de completar esta parte del documento.*

---

To complete this part:

*Para completar esta parte:*

Initial or check the box beside the one statement you agree with.

*Coloque sus iniciales o marque la casilla al lado de una afirmación con la que esté de acuerdo.*

You may add other specific care instructions on page 14.

*Puede agregar otras instrucciones específicas de atención médica en la página 14.*

1. Treatments that may prolong life if I am in this situation.

*Tratamientos que puedan prolongar la vida en caso de que me encuentre en esta situación.*

If I am sick or injured and my doctors believe there is little chance I will recover the ability to know who I am, who my family and friends are, or where I am, this is my choice:

*Si estoy enfermo o lesionado y mis médicos creen que existen pocas posibilidades de que recupere la capacidad de reconocer quién soy, reconocer a mi familia y a mis amigos o dónde estoy, esta es mi elección:*

I want to refuse or stop all treatments. Some examples are a machine that breathes for me (respirator/ventilator), feeding tubes, blood products, antibiotics, or fluids given to me through an IV, treatments for chronic medical conditions, or other medications.

*Quiero rechazar o interrumpir todo tipo de tratamiento. Algunos ejemplos son una máquina que respire por mí (respirador/ventilador), sondas de alimentación, productos sanguíneos, antibióticos o líquidos administrados por vía intravenosa, tratamiento para afecciones médicas crónicas u otros medicamentos.*

I want to receive all treatments to keep me alive, unless my doctor determines the treatments would harm me more than help me.

*Deseo recibir todos los tratamientos que puedan mantenerme con vida, a menos que mi médico determine que los tratamientos me provocarían más daño que beneficio.*

With either choice, I understand I will be kept clean and comfortable. I will continue to receive pain and comfort medicines, and food and fluids by mouth if I can swallow safely.

*Con cualquier opción, comprendo que me mantendrán limpio y cómodo. Continuaré recibiendo medicamentos para el dolor y para estar cómodo, y alimentos y líquidos por vía oral en caso de que pueda tragar de forma segura.*

## 2. Cardiopulmonary resuscitation (CPR).

*Resucitación cardiopulmonar (RCP).*

Based on my current health, this is my choice about CPR if my heart or breathing stops.

*En función de mi estado de salud, esta es mi elección en lo que respecta a RCP si mi corazón se detiene o si dejo de respirar.*

I want CPR attempted *unless* my doctor determines:

*Deseo que se me administre RCP a menos que mi médico determine lo siguiente:*

- I have a medical condition and no reasonable chance of survival with CPR,

*Que tengo una afección médica y no hay una posibilidad razonable de sobrevivir con RCP,*

OR

O

- CPR would harm me more than help me.

*la RCP me provocaría más daño que beneficio.*

I do not want CPR. Let me die a natural death.

*No deseo que se me practique RCP. Deseo tener una muerte natural.*

If you do not want emergency personnel to give you CPR, you will need to talk to your doctor about other documents you need.

*Si no desea que el personal de emergencia le practique RCP, deberá hablar con su médico sobre otros documentos que pueda necesitar.*

Specific care instructions to meet my goals and preferences in certain situations:

*Instrucciones específicas de atención médica para cumplir con mis objetivos y preferencias en determinadas situaciones:*

Comfort preferences: These things are important to me for comfort (for example, favorite music, warm blankets, best positioning in bed).

*Preferencias de comodidad: Estas cosas son importante para mi comodidad (por ejemplo, música preferida, mantas calientes, el mejor posicionamiento en la cama).*

Including others when making decisions about my care: (If there is time, try to include these people in my care decisions.)

*Inclusión de otras personas al momento de tomar decisiones sobre mi atención médica: (Si hay tiempo, intenten incluir a estas personas en mis decisiones de atención médica).*

If I am near death and cannot communicate, I want to give my friends and family these personal messages:

*Si estoy próximo a morir y no me puedo comunicar, deseo darles a mis amigos y a mi familia estos mensajes personales:*

If I am near death, things I would want: (For example, favorite music, rituals, dim lighting, a visit from the hospital chaplain or someone from my faith community.)

*Si estoy próximo a morir, me gustaría las siguientes cosas: (Por ejemplo, música preferida, rituales, iluminación tenue, una visita del capellán del hospital o de alguien de mi comunidad religiosa).*

To complete this part:

*Para completar esta parte:*

Initial or check the box beside the statement you agree with.

*Coloque sus iniciales o marque la casilla al lado de la afirmación con la que esté de acuerdo.*

After my death, these are some of my preferences:

*Después de mi muerte, estas son algunas de mis preferencias:*

1. Donation of my organs or tissue (anatomical gifts)

*Donación de órganos o tejido (donaciones anatómicas)*

*Examples of organs are kidney, liver, heart, and lungs. Examples of tissue are eyes, skin, bones, and heart valves.*

*Algunos ejemplos de órganos son los riñones, el hígado, el corazón y los pulmones. Algunos ejemplos de tejido son los ojos, la piel, los huesos y las válvulas del corazón.*

A. I do not wish to donate any part of my body.

*No deseo donar ninguna parte de mi cuerpo.*

B. After I die, I wish to donate any parts of my body that may help others.\*

*Después de morir, quiero donar cualquier parte de mi cuerpo que pueda ayudar a otros.\**

C. After I die, I wish to donate only these organs and tissue:\*

*Después de morir, deseo donar solamente estos órganos y tejidos: \** \_\_\_\_\_

\*If you checked B or C, register in your state at [www.DonateLife.net](http://www.DonateLife.net) to make your preferences legal.

*\*Si usted marcó la opción B o C, regístrese en su estado en [www.DonateLife.net](http://www.DonateLife.net) para legalizar sus preferencias.*

## 2. Autopsy preference

*Preferencia respecto a la autopsia*

*Initial or check one box OR both B and C.*

*Coloque su inicial, marque una casilla o marque dos casillas (B y C).*

A. I do not wish to have an autopsy.

*No deseo que se me realice una autopsia.*

B. I would accept an autopsy if it can help my relatives and/or loved ones understand the cause of my death or if the findings may help them make their own health care choices.

*Aceptaría una autopsia si puede ayudar a mis parientes o seres queridos a comprender la causa de mi muerte o si los resultados pueden ayudarlos a tomar sus propias decisiones de atención médica.*

C. I would accept an autopsy if it can help advance medical knowledge or medical education.

*Aceptaría una autopsia si puede ayudar a avanzar en el conocimiento médico o en la educación médica.*

---

## Part 4: Making the document legal

### *Parte 4: Legalización del documento*

In Wisconsin: This document must be signed and dated in the presence of two witnesses who meet the qualifications explained below. A notary public cannot be used instead of the two witnesses.

*En Wisconsin: Este documento debe firmarse y fecharse en presencia de dos testigos que cumplan con los requisitos que se explican a continuación. Un notario público no puede reemplazar a ninguno de los dos testigos.*

In Minnesota or Iowa: This document must be signed and dated either in the presence of two witnesses who meet the qualifications explained below OR in the presence of a notary public.

*En Minnesota o Iowa: Este documento debe firmarse y fecharse en presencia de dos testigos que cumplan con los requisitos explicados a continuación O en presencia de un notario público.*

#### My signature and date

*Mi firma y fecha*

I am of sound mind. I agree with everything written in this document.

*Estoy en pleno uso de mis facultades mentales. Estoy de acuerdo con todo lo que está por escrito en este documento.*

I have completed this document of my free will.

*He completado este documento por voluntad propia.*

My signature (*mi firma*) \_\_\_\_\_ Date (*fecha*) \_\_\_\_\_

If I cannot sign my name, I ask (*print name*) \_\_\_\_\_ to sign for me.

*Si no puedo firmar mi nombre, le pido a (nombre en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ que firme por mí.*

Signature of the person I asked to sign for me \_\_\_\_\_

*Firma de la persona a la que le solicité que firme por mí \_\_\_\_\_*



Statement of witnesses

Declaración de testigos

A. By signing this document as a witness, I certify I am:

*Al firmar este documento como testigo, certifico que:*

- At least 18 years old.  
*Tengo 18 años de edad.*
- Not related by blood, marriage, domestic partnership, or adoption to the person signing this document.  
*No estoy relacionado por sangre, matrimonio, pareja de hecho o adopción con la persona que firma el presente documento.*
- Not a health care agent appointed by the person signing this document.  
*No soy un representante legal de atención médica designado por la persona que firma el presente documento.*
- **Not directly financially responsible for this person's health care.**  
*No soy responsable financieramente de la atención médica de esta persona.*
- Not a health care provider directly serving the person at this time.  
*No soy un proveedor de atención médica que presta servicio directamente a la persona en este momento.*
- Not an employee of a health care provider directly serving the person at this time.  
In Wisconsin, social workers and chaplains may serve as witnesses even if employed by the health care provider.  
*No soy un empleado de un proveedor de atención médica que presta servicio directamente a la persona en este momento.*  
*En Wisconsin, los trabajadores sociales y los capellanes pueden ser testigos incluso si son empleados del proveedor de atención médica.*
- **Not aware that I am entitled to or have a claim against the person's estate.**  
*Desconozco si tengo derecho o he reclamado parte del patrimonio hereditario de la persona.*

B. I know this to be the person identified in the document. I believe this person to be of sound mind and at least 18 years old. I personally witnessed this person sign this document, and I believe that this person did so voluntarily.

*Reconozco que esta es la persona identificada en el documento. Creo que esta persona está en pleno uso de sus facultades mentales y es mayor de 18 años de edad. Fui testigo personalmente de que esta persona firmó el documento, y creo que dicha persona lo hizo voluntariamente.*

Witness Number One:

*Testigo número uno:*

Signature (*Firma*) \_\_\_\_\_ Date (*Fecha*) \_\_\_\_\_

Print name (*Nombre en letra de imprenta*) \_\_\_\_\_

Address (*Dirección*) \_\_\_\_\_

City (*Ciudad*) \_\_\_\_\_ State/ZIP (*Estado/Código postal*) \_\_\_\_\_

Witness Number Two:

*Testigo número dos:*

Signature (*Firma*) \_\_\_\_\_ Date (*Fecha*) \_\_\_\_\_

Print name (*Nombre en letra de imprenta*) \_\_\_\_\_

Address (*Dirección*) \_\_\_\_\_

City (*Ciudad*) \_\_\_\_\_ State/ZIP (*Estado/Código postal*) \_\_\_\_\_