

# Advance Directive

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

## *Instrucciones Anticipadas*

*Poder Notarial Duradero para Atención Médica (Designación del Defensor del Paciente)*

### Introduction

### *Introducción*

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 documento ofrece una forma para que la persona cree un Poder notarial duradero para atención médica (designación del Defensor del paciente) y demás documentos necesarios para satisfacer los requisitos básicos de 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** le permiten designar a una persona (y otras alternativas) para que tome sus decisiones*

*de atención médica si usted no puede tomarlas por sí mismo. La persona a quien usted designa será su **Defensor del Paciente**. Este documento otorga a su Defensor del paciente la autoridad para tomar decisiones por usted solo cuando dos médicos o un médico y un psicólogo hayan determinado que usted no es capaz de tomar sus propias decisiones.*

It *does not* give your Patient Advocate any authority to make your financial or other business decisions.

*No otorga a su Defensor del paciente ninguna autoridad para tomar decisiones financieras ni de ningún otro tipo.*

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 el tiempo para leerlo atentamente. **También es muy importante que hable acerca de sus puntos de vista, sus valores y este documento con su Defensor del Paciente.** Si no involucra íntimamente a su Defensor del paciente y no elaboran un plan claro juntos, sus puntos de vista y sus valores podrían no respetarse totalmente, porque podrían no ser

comprendidos.

This document was developed to meet the legal requirements of Michigan. It is not designed to replace the counsel of your attorney. *Este documento se creó para satisfacer los requisitos legales de Michigan. No fue designado para sustituir el consejo de su abogado.*

**This is an Advance Directive for (print legibly):**

***Esta es una Instrucción Anticipada para (escribir en forma legible con letra de molde):***

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Date of Birth (Fecha de nac.): \_\_\_\_\_

Last 4 digits of SSN (Últimos 4 dígitos del SSN): \_\_\_\_\_

Telephone (Teléfono) (Day) (Día): \_\_\_\_\_ (Evening) (Noche): \_\_\_\_\_ (Cell) (Celular): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_

City/State/Zip (Ciudad, Estado, Código postal): \_\_\_\_\_

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

*Dónde me gustaría recibir atención hospitalaria (siempre que sea posible):* \_\_\_\_\_

# Advance Directive: My Patient Advocate

## Instrucciones Anticipadas: Mi Defensor 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, by either two physicians or a physician and licensed psychologist, to be incapable of making health care decisions. I understand that it is important to have ongoing discussions with my Patient Advocate about my health and health care choices. 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.

Si ya no pudiera tomar mis propias decisiones de salud, este documento designa a la persona que elijo para que tome las decisiones por mí. Esta persona será mi Defensor del paciente. Esta persona tomará mis decisiones sobre atención médica cuando dos médicos o un médico y un psicólogo decidan que ya no soy capaz de tomar decisiones sobre mi atención médica. Entiendo

que es importante conversar periódicamente con mi Defensor del paciente acerca de mis opciones de salud y de atención médica. Por este medio otorgo a mi Defensor del paciente el permiso para enviar una copia de este documento a otros médicos, hospitales y proveedores de atención médica que me brinden atención.

**(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 sus deseos cambiaran, puede revocar su Designación del Defensor del paciente en cualquier momento y de cualquier forma que sea suficiente para comunicar la intención de revocación. Se recomienda que complete una Instrucción anticipada nueva y la entregue a todos quienes tuvieran una copia anterior).**

### The person I choose as my Patient Advocate is

#### La persona a quien elijo como mi Defensor del Paciente es

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Relationship (if any) (Parentesco (si lo hubiera)): \_\_\_\_\_

Telephone (Teléfono) (Day) (Día): \_\_\_\_\_ (Evening) (Noche): \_\_\_\_\_ (Cell) (Celular): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_

City/State/Zip Code (Ciudad, Estado, Código postal): \_\_\_\_\_

### First Alternate (Successor) Patient Advocate (strongly advised)

If Patient Advocate above is not capable 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.

#### Primera alternativa (Sucesor) del Defensor del Paciente (fuertemente recomendado)

Si el Defensor del paciente antemencionado no pudiera o no quisiera tomar estas decisiones por mí, **O** si se divorciara o separase legalmente de mí, entonces designo a la siguiente persona para oficiar como mi Defensor del Paciente.

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Relationship (if any) (Parentesco (si lo hubiera)): \_\_\_\_\_

Telephone (Teléfono) (Day) (Día): \_\_\_\_\_ (Evening) (Noche): \_\_\_\_\_ (Cell) (Celular): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_

City/State/Zip Code (Ciudad, Estado, Código postal): \_\_\_\_\_

**Second Alternate (Successor) Patient Advocate (strongly advised)**

If the Patient Advocates named above are not capable 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.

**Segunda alternativa (Sucesor) del Defensor del Paciente (fuertemente recomendado)**

Si los Defensores del paciente antemencionados no pudieran o no quisieran tomar estas decisiones por mí, **O** si se divorciaran o separasen legalmente de mí, entonces designo a la siguiente persona para officiar como mi Defensor del paciente.

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Relationship (if any) (Parentesco (si lo hubiera)): \_\_\_\_\_

Telephone (Teléfono) (Day) (Día): \_\_\_\_\_ (Evening) (Noche): \_\_\_\_\_ (Cell) (Celular): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_

City/State/Zip Code (Ciudad, Estado, Código postal): \_\_\_\_\_

# Advance Directive Signature Page

## Página de Firmas de 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.

He dado instrucciones a mi o mis Defensores del Paciente acerca de mis deseos y objetivos en el uso de tratamientos de soporte de vida, incluyendo entre otros: respirador (máquina para respirar), resucitación cardiopulmonar (RCP), alimentación por sonda, hidratación intravenosa, diálisis renal, medicamentos para la presión arterial o antibióticos, y por este medio otorgo a mi Defensor del Paciente el permiso expreso de suspender o retirar cualquier tratamiento que no me ayude a alcanzar mis objetivos de atención. Entiendo que tales decisiones podrían provocar o dar lugar a mi muerte. No deberán evitar administrarme ni retirarme los medicamentos y tratamientos dirigidos a brindarme comodidad o alivio del dolor.

### Signature of the Individual in the Presence of the Following Witnesses

#### Firma de la persona en presencia de 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.

**Estoy dando estas instrucciones por voluntad propia. No me han exigido darlas como condición para recibir atención ni me han retenido ni retirado la atención. Tengo al menos 18 (dieciocho) años de edad y estoy en mi sano juicio.**

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

Address (Dirección): \_\_\_\_\_

City/State/Zip Code (Ciudad, Estado, Código postal): \_\_\_\_\_

### Signatures of Witnesses

#### Firmas 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:

*Sé que esta persona es la persona identificada como "Persona" firmante de este formulario. Creo que está en su sano juicio y que tiene al menos 18 (dieciocho) años de edad. La he visto personalmente firmar este formulario y considero que lo hizo voluntariamente, sin coacción, fraude ni influencia indebida. Al firmar este documento como testigo, certifico que:*

- 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 Defensor del paciente ni el Defensor del paciente suplente designado por la persona que firma este documento.*
- Not the patient's spouse, parent, child, grandchild, sibling or presumptive heir.
- *No soy el cónyuge, padre, madre, hijo, hija, nieto, nieta, hermano, hermana ni heredero supuesto del paciente.*
- Not listed to be a beneficiary of, or entitled to, any gift from the patient's estate.
- *No estoy incluido como beneficiario ni tengo derecho a ningún objeto proveniente del patrimonio del paciente.*
- Not directly financially responsible for the patient's health care.
- *No soy directamente responsable, financieramente, de la atención médica del paciente.*
- Not a health care provider directly serving the patient at this time.
- *No soy un proveedor de atención médica a cargo del 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 ni un proveedor de seguros a cargo del paciente en este momento.*

Witness Number 1:

*Testigo número 1:*

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

Print Name (*Nombre en imprenta*): \_\_\_\_\_

Address (*Dirección*): \_\_\_\_\_

City/State/Zip Code (*Ciudad, Estado, Código postal*): \_\_\_\_\_

Witness Number 2:

*Testigo número 2:*

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

Print Name (*Nombre en imprenta*): \_\_\_\_\_

Address (*Dirección*): \_\_\_\_\_

City/State/Zip Code (*Ciudad, Estado, Código postal*): \_\_\_\_\_

# Accepting the Role of Patient Advocate Acceptance

## Aceptación del Rol de Defensor del Paciente

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 antemencionada le ha solicitado que oficie como su Defensor del Paciente (o un Defensor del Paciente suplente). Antes de aceptar la responsabilidad de ser Defensor del Paciente y firmar este formulario:

1. Carefully read the **Introduction (1A)**, **Overview** and this completed **Patient Advocate Designation Form**, (including any optional **Preferences** listed on pages 6A-9A). Also, take note of any **Treatment Preferences** (Goals of Care, pages 1B-2B) and/or Statement of Treatment Preferences that may be attached. These documents will provide important information that you will use in discussing the person's preferences and in potentially acting as this person's Patient Advocate.  
Lea con atención la **Introducción (1A)**, las **Generalidades** y este **Formulario de designación de defensor del paciente** (incluidas todas las **Preferencias** opcionales incluidas en las páginas 6A-9A). Además, tenga en cuenta todas las **Preferencias de tratamiento** (Objetivos de atención, páginas 1B-2B) o la **Declaración de Preferencias de tratamiento** que podría estar adjunta. Estos documentos proporcionarán información importante que usted usará al comentar las preferencias de la persona y al actuar potencialmente como el Defensor del paciente de esta persona.
2. 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.  
Hablen detalladamente sobre los valores y deseos de la persona para poder obtener el conocimiento necesario que le permita tomar las decisiones de tratamiento médico que la persona hubiera tomado de haber podido.
3. If you are at least 18 years of age, and are willing to accept the role of Patient Advocate, read, sign and date the following statement.  
Si tiene al menos 18 años de edad y está dispuesto a aceptar el rol de Defensor del paciente, lea, firme y feche 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 esta persona me haya seleccionado como Defensor del paciente. Entiendo y acepto tomar las medidas necesarias para cumplir con los deseos e instrucciones de la persona conforme a lo expresado en este documento de "Instrucción anticipada: mi Defensor del paciente" o en otras instrucciones escritas u orales de la persona. También entiendo y acepto que, conforme a 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.  
*Este nombramiento no entrará en vigencia salvo que el paciente pierda la capacidad de participar en decisiones de tratamientos de salud física o mental, según corresponda.*
- 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.  
*No ejerceré los poderes relacionados con la atención, custodia o tratamiento de salud física o mental del paciente que él mismo no hubiera ejercido para sí mismo en caso de haber podido participar en 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.  
*No puedo tomar una decisión sobre tratamiento médico que implique suspender o retirar el tratamiento a una paciente embarazada si ello fuera a provocar la muerte de la paciente, incluso aunque estos fueran sus deseos.*

- 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 the patient understands that such a decision could or would allow his or her death.  
*Puedo tomar la decisión de suspender o retirar un tratamiento dando así lugar a la muerte del paciente solo si se hubiera expresado claramente que tengo la autorización para tomar esa decisión y el paciente entiende que dicha decisión podría provocar o dar lugar a su muerte.*
- 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.  
*No puedo percibir una remuneración por oficiar de Defensor del paciente pero sí puedo obtener un reembolso por los gastos reales y necesarios en los que haya incurrido 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.  
*Estoy obligado a actuar de conformidad con los estándares de atención aplicables a fideicomisarios cuando actúe en nombre del paciente y deberé actuar de manera acorde a lo que sea lo mejor para el paciente. Se supondrá que los deseos conocidos del paciente, expresados o dejados en evidencia mientras el paciente sea capaz de participar en decisiones de tratamiento de salud física o mental, son lo mejor para el paciente.*
- 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.  
*El paciente podrá revocar su designación de mi persona como Defensor del paciente en cualquier momento y de cualquier forma que sea suficiente para comunicar la 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.  
*El paciente podrá renunciar al derecho de revocar una designación respecto al poder de tomar decisiones sobre tratamientos de salud mental y, si lo hiciera, la capacidad del paciente para revocar determinados tratamientos se demorará 30 días a partir del momento en que el paciente comunique su intención de revocar.*
- i. I may revoke my acceptance of my role as Patient Advocate at any time and in any manner sufficient to communicate an intent to revoke.  
*Puedo revocar mi aceptación del rol de Defensor del paciente en cualquier momento y de cualquier forma que sea suficiente para comunicar la 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)  
*Un paciente admitido a un centro médico o agencia médica tiene los derechos enumerados en la Sección 20201 del Código de Salud Pública de Michigan (Ejercicio de 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 del Rol de Defensor del Paciente (continuación)*

### *Firma e Información de Contacto del Defensor del Paciente*

*This is an advance directive for:*  
*Esta es una instrucción anticipada para:*

Print Name *(Nombre en imprenta)*: \_\_\_\_\_

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

*My Patient Advocate(s) will serve in the order listed below:*  
*Mi o mis defensores del paciente oficiarán en el orden mencionado a continuación:*

#### **Patient Advocate** ***Defensor del Paciente***

I (Yo), \_\_\_\_\_ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above.  
(PRINT) (EN LETRA DE MOLDE) *he aceptado ser el Defensor del paciente para la persona antemencionada.*

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

Address *(Dirección)*: \_\_\_\_\_

City/State/Zip *(Ciudad, Estado, Código postal)*: \_\_\_\_\_

Phone *(Teléfono)* (Day) *(Día)*: \_\_\_\_\_ (Evening) *(Noche)*: \_\_\_\_\_ (Cell) *(Celular)*: \_\_\_\_\_

#### **First Alternate (Successor) Patient Advocate (Optional)** ***Primera alternativa (Sucesor) del Defensor del Paciente (Opcional)***

I (Yo), \_\_\_\_\_ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above.  
(PRINT) (EN LETRA DE MOLDE) *he aceptado ser el Defensor del paciente para la persona antemencionada.*

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

Address *(Dirección)*: \_\_\_\_\_

City/State/Zip *(Ciudad, Estado, Código postal)*: \_\_\_\_\_

Phone *(Teléfono)* (Day) *(Día)*: \_\_\_\_\_ (Evening) *(Noche)*: \_\_\_\_\_ (Cell) *(Celular)*: \_\_\_\_\_

**Second Alternate (Successor) Patient Advocate (Optional)**  
**Segunda alternativa (Sucesor) del Defensor del Paciente (Opcional)**

I (Yo), \_\_\_\_\_ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above.  
(PRINT) (EN LETRA DE MOLDE) *he aceptado ser el Defensor del paciente para la persona antemencionada.*

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

**Address (Dirección):** \_\_\_\_\_

**City/State/Zip (Ciudad, Estado, Código postal):** \_\_\_\_\_

**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.*

*Si solo cambiara la información de contacto de su o sus defensores, podrá modificarse en el original y en las fotocopias sin cambiar el formulario entero.*

*Photocopies of this form are acceptable as originals.*

*Las fotocopias de este formulario son tan aceptables como el original.*

# Treatment Preferences (Goals of Care)

## *Preferencias de Tratamiento (Objetivos de Atención)*

Print Name (Nombre en imprenta): \_\_\_\_\_

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

### Specific Instructions to my Patient Advocate –

### *Instrucciones Específicas a mi Defensor 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:*

**Cuando no pueda decidir ni hablar por mí mismo, las siguientes son mis preferencias y valores específicos respecto a mi atención médica:**

Instructions:

*Instrucciones:*

- *Put your initials next to the choice you prefer for each situation below.*
- **Coloque sus iniciales junto a la opción que prefiera para cada situación que se plantea a continuación:**



## 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 se llegara a un punto en el que hubiera una certeza médica razonable de que no recuperaré mi capacidad de saber quién soy, dónde estoy o interactuar significativamente con las demás personas:*

\_\_\_ 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 por prolongar mi vida, incluso si ello significara permanecer conectado a equipos de soporte vital como un respirador o diálisis renal por el resto de mi vida.*

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.

\_\_\_ *Quiero que mis proveedores de atención médica intenten administrarme tratamientos para prolongar mi vida durante cierto tiempo. No obstante, quiero que estos tratamientos se detengan si no ayudan o si me causan dolor y sufrimiento.*

OR

O

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

\_\_\_ *Quiero que cesen o se suspendan 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 atención que me mantengan cómodo.*

\_\_\_ *I choose not to complete this section.*

*(continues on next page)*

\_\_\_ *Opto por no completar esta sección.*

*(continúa en la próxima página)*



Instructions:

Instrucciones:

- *Put your initials next to the choice you prefer for each situation below.*
- *Coloque sus iniciales junto a la opción que prefiera para cada situación que se plantea a continuación.*
- *NOTE: This is NOT a “Do Not Resuscitate” (DNR) Order, which is a separate legal document. Talk with your personal healthcare provider if you would like a DNR Order.*
- *NOTA: Esta NO es una orden DNR (orden de no reanimar) (“Do Not Resuscitate”), la cual es un documento legal aparte. Si desea una orden DNR, hable con su proveedor de atención médica personal.*

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

If my heart or breathing stops:

*Si mi corazón se detiene 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**, salvo que mis proveedores de atención médica  
determinen que tengo algo de lo siguiente:

- An injury or illness that cannot be cured and I am dying.
- *Alguna lesión o enfermedad incurable y estoy muriendo.*
- No reasonable chance of surviving.
- *Ninguna probabilidad razonable de sobrevivir.*
- Little chance of surviving long term, and it would be hard and painful for me to recover from CPR.
- *Pocas probabilidades de sobrevivir a largo plazo, y será difícil y doloroso recuperarme de una RCP.*

OR

O

\_\_\_ I **do not want** CPR but instead want to allow natural death.  
\_\_\_ **No quiero RCP**, sino que deseo que se permita una muerte natural.



## Additional Specific Instructions

### ***Instrucciones específicas adicionales***

I want my Patient Advocate to follow these specific instructions, which may limit the authority previously described in General Instructions to My Patient Advocate.

*Deseo que mi Defensor del Paciente siga estas instrucciones específicas, que podrían limitar la autoridad anteriormente descrita en las Instrucciones generales a mi Defensor del Paciente.*

---

---

---

---

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

***Opto por no completar esta sección.***

## Signature

### ***Firma***

*(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 está satisfecho con el Defensor del paciente elegido y las pautas de Preferencia de tratamiento que dispuso en esta sección, debe firmar y fechar la declaración que aparece a continuación).*

**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:**

***Estoy dando estas instrucciones por voluntad propia. No me han exigido darlas como condición para recibir atención ni me han retenido ni retirado la atención. Tengo al menos 18 (dieciocho) años de edad y estoy en mi sano juicio. Estas son mis preferencias y objetivos expresados y afirmados en la fecha incluida a continuación:***

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

