



## PODER PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Todas las respuestas del presente documento deberán estar en inglés cuando complete el presente poder para el cuidado de la salud

### AVISO PARA QUIEN COMPLETE EL PRESENTE DOCUMENTO

TIENE DERECHO A TOMAR DECISIONES SOBRE EL CUIDADO DE SU SALUD. NO PUEDE RECIBIR CUIDADO DE LA SALUD SIN SU CONSENTIMIENTO Y NO SE DEBE PERDER NI RETENER NINGÚN CUIDADO DE SALUD NECESARIO SI USTED NO CONSIENTE

DADO QUE SUS PROVEDORES DE SALUD PUEDEN NO HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE ESTABLECER UNA RELACIÓN A LARGO PLAZO CON USTED, EN MUCHOS CASOS DESCONOCEN SUS CREENCIAS Y VALORES Y LOS DETALLES DE SUS RELACIONES FAMILIARES. LO QUE PRESENTA UN PROBLEMA SI USTED NO PUEDE, POR CUESTIONES FÍSICAS O MENTALES, TOMAR DECISIONES SOBRE EL CUIDADO DE SU SALUD.

PARA EVITAR ESE PROBLEMA, USTED PUEDE FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO LEGAL PARA DESIGNAR A LA PERSONA QUE DESEA QUE TOMA LAS DECISIONES SOBRE EL CUIDADO DE SU SALUD EN CASO DE QUE USTED FUESE INCAPAZ DE TOMARLAS POR SÍ MISMO. ESA PERSONA SE CONOCE COMO SU APODERADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD. DEBERÍA TOMARSE EL TIEMPO NECESARIO PARA COMENTARLE A LA PERSONA O PERSONAS ESPECIFICADAS SUS PENSAMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE TRATAMIENTOS MÉDICOS. PUEDE INCLUIR EN EL PRESENTE DOCUMENTO CUALQUIER TIPO DE CUIDADO DE LA SALUD QUE DESEE O NO DESEE RECIBIR, Y PUEDE LIMITAR LA AUTORIDAD DE SU APODERADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD. SI SU APODERADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DESCONOCE SUS DESEOS SOBRE UNA DECISIÓN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD EN PARTICULAR, ÉL O ELLA TIENEN LA OBLIGACIÓN DE CONSIDERAR QUÉ ACCIONES VELARÍAN MEJOR POR SUS INTERESES CUANDO TOMEN LAS DECISIONES.

## POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE DOCUMENT

As you complete this Power of Attorney for Health Care, all responses within this document must be in English.

### NOTICE TO PERSON MAKING THIS DOCUMENT

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.

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.

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 DECISIONS.



EL PRESENTE ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. LE PROPORCIONA A SU APODERADO MUCHOS DERECHOS PARA TOMAR DECISIONES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD EN SU NOMBRE. DEJA SIN EFECTO CUALQUIER PODER PARA EL CUIDADO DE LA SALUD QUE PUEDA HABER LABRADO CON ANTERIORIDAD. SI DESEA MODIFICAR SU PODER PARA EL CUIDADO DE LA SALUD, PUEDE DEJAR SIN EFECTO EL PRESENTE DOCUMENTO EN CUALQUIER MOMENTO CON SOLO DESTRUIRLO, INDICARLE A OTRA PERSONA QUE LO DESTRUYA EN SU PRESENCIA, FIRMANDO Y FECHANDO UNA DECLARACIÓN POR ESCRITO O INDICADO QUE SE DEJA SIN EFECTO ANTE DOS TESTIGOS. SI LO DEJA SIN EFECTO, DEBERÁ NOTIFICAR A SU APODERADO, PROVEEDORES DE SALUD Y CUALQUIER OTRA PERSONA QUE HAYA RECIBIDO UNA COPIA. SI SU APODERADO FUESE SU CÓNYUGE O CONCUBINO Y SU MATRIMONIO FUESE ANULADO O SE DIVORCIASE O EL CONCUBINATO SE DIESE POR TERMINADO DESPUÉS DE LA FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO, EL DOCUMENTO SERÁ CONSIDERADO INVALIDO.

TAMBIÉN PUEDE USAR EL PRESENTE DOCUMENTO PARA REALIZAR O DENEGAR UNA DONACIÓN DE ÓRGANOS CUANDO FALLEZCA. SI UTILIZA EL PRESENTE DOCUMENTO PARA REALIZAR O DENEGAR UNA DONACIÓN DE ÓRGANOS, EL PRESENTE DOCUMENTO DEJA SIN EFECTO CUALQUIER OTRO REGISTRO DE DONACIÓN QUE PUEDA HABER EFECTUADO. CON EL PRESENTE DOCUMENTO PUEDE DEJAR SIN EFECTO O CAMBIAR CUALQUIER DONACIÓN CON SOLO TACHAR LA DISPOSICIÓN SOBRE DONACIÓN EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

NO FIRME EL PRESENTE DOCUMENTO A MENOS QUE LO COMPRENDA EN SU TOTALIDAD.

DEBERÍA CONSERVAR EL ORIGINAL DEL PRESENTE DOCUMENTO EN LA OFICINA DE SU DOCTOR.

## PODER PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Documento creado el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_  
(mes) \_\_\_\_\_ (año)

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.

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.

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 PHYSICIAN.

## POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

Document made this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_  
(month) \_\_\_\_\_ (year)



**I. CREACIÓN DE UN PODER PARA EL  
CUIDADO DE LA SALUD**

Yo / I \_\_\_\_\_  
(aclaración del nombre, domicilio y fecha de nacimiento)

en pleno uso de mis facultades, creo con el presente documento un poder para el cuidado de la salud. La celebración del presente poder para el cuidado de la salud es voluntaria. Sin perjuicio de la creación del presente poder para el cuidado de la salud, deseo poder participar y recibir información completa sobre cualquier decisión del cuidado de mi salud, dentro de mis facultades. A los efectos del presente documento, "decisión del cuidado de la salud" significa la decisión informada de aceptar, continuar, interrumpir o rechazar cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar mi condición física o mental.

Asímismo puedo, a través del presente documento, especificar mis deseos en lo que respecta a la donación de órganos después de mi fallecimiento.

**II. DESIGNACIÓN DE UN APODERADO  
PARA EL CUIDADO DE LA SALUD**

Si mis facultades no me permiten tomar decisiones para el cuidado de la salud por mí mismo, por incapacidad, por el presente designo a

\_\_\_\_\_  
(aclaración del nombre, domicilio y fecha de nacimiento)

como mi apoderado para el cuidado de la salud para tomar decisiones para el cuidado de mi salud en mi nombre. Si él o ella no pudiesen o quisiesen hacerlo, por el presente designo a

\_\_\_\_\_  
(aclaración del nombre, domicilio y fecha de nacimiento)

**I. CREATION OF POWER OF ATTORNEY FOR  
HEALTH CARE**

I \_\_\_\_\_  
(print name, address and date of birth),

being of sound mind, intend by this document to create a power of attorney for health care. My executing this power of attorney for health care is voluntary. Despite the creation of this power of attorney for health care, I expect to be fully informed about and allowed to participate in any health care decisions for me, to the extent that I am able. For the purpose of this document, "health care decision" means an informed decision to accept, maintain, discontinue or refuse any care, treatment, service or procedure to maintain, diagnose or treat my physical or mental condition.

In addition, I may, by this document, specify my wishes with respect to making an anatomical gift upon my death.

**II. DESIGNATION OF HEALTH CARE AGENT**

If I am no longer able to make health care decisions for myself, due to my incapacity, I hereby designate

\_\_\_\_\_  
(print name, address and telephone number)

to be my health care agent for the purpose of making health care decisions on my behalf. If he or she is ever unable or unwilling to do so, I hereby designate

\_\_\_\_\_  
(print name, address and telephone number)



como mi apoderado para el cuidado de la salud para tomar decisiones para el cuidado de mi salud en mi nombre. Ni mi apoderado para el cuidado de la salud ni su reemplazo designado por mí son mis proveedores médicos, empleados de mi proveedor médico, empleados de una instalación de salud a la que asisto como paciente o cónyuges de ninguno de ellos, a menos que él, o ella, sea también mi pariente. A los efectos del presente documento, existe una «incapacidad» si 2 médicos o un médico y un psicólogo que me hayan examinado personalmente firman una declaración que indica expresamente su opinión médica de que tengo una condición que me impide recibir y evaluar información efectivamente o comunicar mis decisiones al punto tal que no puedo gestionar mis decisiones para el cuidado de la salud. Se debe adjuntar una copia de la declaración al presente documento.

### III. DECLARACIÓN DE AUTORIDAD GENERAL OTORGADA

A menos que haya indicado lo contrario en el presente documento, si alguna vez me encuentro incapacitado solicito que mi proveedor de salud obtenga la decisión para el cuidado de la salud de mi apoderado, si necesito tratamiento, para todos los cuidados y tratamientos de la salud. Le he comunicado mis deseos minuciosamente a mi apoderado para el cuidado de la salud y considero que él o ella comprenden mi filosofía sobre las decisiones para el cuidado de la salud que tomaría en caso de poder hacerlo. Espero que mis deseos se cumplan a través de la autoridad otorgada a mi apoderado para el cuidado de la salud por medio del presente documento.

Si no puedo tomar una decisión para el cuidado de la salud, debido a mi incapacidad, mi apoderado para el cuidado de la salud debe tomarla en mi nombre, pero mi apoderado deberá intentar conversar conmigo sobre cualquier cuidado de la salud sugerido si puedo comunicarme de cualquier manera, incluso a través de pestañeos. Si la comunicación resultase imposible, mi apoderado para el cuidado de la salud deberá fundar su decisión en cualquier decisión para el cuidado de la salud que yo haya expresado con anterioridad al momento de la decisión. En caso de no haber expresado una decisión para el cuidado de la salud sobre el cuidado en cuestión y mi apoderado para el cuidado de la salud no pudiese comunicarse conmigo, deberá fundar su decisión en lo que considere mejor para mí. En cuestión y mi apoderado para el cuidado de la salud no pudiese comunicarse conmigo, deberá fundar su decisión en lo que considere mejor para mí.

to be my alternate health care agent for the purpose of making health care decisions on my behalf. Neither my health care agent nor my alternate health care agent whom I have designated is my health care provider, an employee of my health care provider, an employee of a health care facility in which I am a patient or a spouse of any of those persons, unless he or she is also my relative. For purposes of this document, "incapacity" exists if 2 physicians or a physician and a psychologist who have personally examined me sign a statement that specifically expresses their opinion that I have a condition that means that I am unable to receive and evaluate information effectively or to communicate decisions to such an extent that I lack the capacity to manage my health care decisions. A copy of that statement must be attached to this document.

### III. GENERAL STATEMENT OF AUTHORITY GRANTED

Unless I have specified otherwise in this document, if I ever have incapacity I instruct my health care provider to obtain the health care decision of my health care agent, if I need treatment, for all of my health care and treatment. I have discussed my desires thoroughly with my health care agent and believe that he or she understands my philosophy regarding the health care decisions I would make if I were able. I desire that my wishes be carried out through the authority given to my health care agent under this document.

If I am unable, due to my incapacity, to make a health care decision, my health care agent is instructed to make the health care decision for me, but my health care agent should try to discuss with me any specific proposed health care if I am able to communicate in any manner, including by blinking my eyes. If this communication cannot be made, my health care agent shall base his or her decision on any health care choices that I have expressed prior to the time of the decision. If I have not expressed a health care choice about the health care in question and communication cannot be made, my health care agent shall base his or her health care decision on what he or she believes to be in my best interest.



## IV. LIMITACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL

Mi apoderado para el cuidado de la salud no puede hospitalizarme o internarme como paciente intrahospitalario en una institución para enfermos mentales, instalación de cuidado intermedio para personas con discapacidad intelectual, institución de tratamiento estatal o institución de tratamiento. Mi apoderado de la salud no puede autorizar que forme parte de una investigación de salud mental experimental o reciba procedimientos de psicocirugía, tratamiento electroconvulsivo o tratamiento de salud mental drástico.

## V. INTERNACIÓN EN HOGARES PARA ANCIANOS O INSTITUCIONES RESIDENCIALES COMUNITARIAS

Mi apoderado para el cuidado de la salud puede hospitalizarme en un hogar para ancianos o institución residencial comunitaria por estadías cortas para obtener cuidado recuperativo o paliativo.

Si he marcado «Sí» a las siguientes opciones, mi apoderado para el cuidado de salud puede hospitalizarme por motivos adicionales que no sean cuidado recuperativo o paliativo, pero si he marcado «No» a las siguientes opciones, mi apoderado para el cuidado de la salud no puede hospitalizarme:

1. Hogar para ancianos  Sí  No
2. Institución residencial comunitaria  Sí  No

Si no he marcado ni «Sí» ni «No» en el punto anterior, mi apoderado para el cuidado de la salud puede hospitalizarme solo por estadías cortas para cuidado recuperativo o paliativo.

## VI. IMPLANTACIÓN DE UNA SONDA DE ALIMENTACIÓN

Si he marcado «Sí» a las siguientes opciones, mi apoderado para el cuidado de la salud puede denegar o retirar mi sonda de alimentación, a menos que el doctor haya aconsejado que, en su juicio profesional, ello me provocaría dolor o reduciría mi comodidad. Si he marcado «No» a las siguientes opciones, mi apoderado para el cuidado de la salud no puede denegar o retirar mi sonda de alimentación.

## IV. LIMITATIONS ON MENTAL HEALTH TREATMENT

My health care agent may not admit or commit me on an inpatient basis to an institution for mental diseases, an intermediate care facility for persons with an intellectual disability, a state treatment facility or a treatment facility. My health care agent may not consent to experimental mental health research or psychosurgery, electroconvulsive treatment or drastic mental health treatment procedures for me.

## V. ADMISSION TO NURSING HOMES OR COMMUNITY-BASED RESIDENTIAL FACILITIES

My health care agent may admit me to a nursing home or community-based residential facility for short-term stays for recuperative care or respite care.

If I have checked "Yes" to the following, my health care agent may admit me for a purpose other than recuperative care or respite care, but if I have checked "No" to the following, my health care agent may not so admit me:

1. A nursing home  Yes  No
2. A community-based residential facility  Yes  No

If I have not checked either "Yes" or "No" immediately above, my health care agent may admit me only for short-term stays for recuperative care or respite care.

## VI. PROVISION OF A FEEDING TUBE

If I have checked "Yes" to the following, my health care agent may have a feeding tube withheld or withdrawn from me, unless my physician has advised that, in his or her professional judgment, this will cause me pain or will reduce my comfort. If I have checked "No" to the following, my health care agent may not have a feeding tube withheld or withdrawn from me.



# Door County Medical Center

IN PARTNERSHIP WITH HOSPITAL SISTERS HEALTH SYSTEM

- (b) Execute on my behalf any documents that may be required in order to obtain this information.
  - (c) Consent to the disclosure of this information.
- (The principal and the witnesses all must sign the document at the same time.)*

## XIV. SIGNATURE OF PRINCIPAL

*(person creating the power of attorney for health care)*

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

*(The signing of this document by the principal revokes all previous powers of attorney for health care documents)*

## XV. STATEMENT OF WITNESSES

I know the principal personally and I believe him or her to be of sound mind and at least 18 years of age. I believe that his or her execution of this power of attorney for health care is voluntary. I am at least 18 years of age, am not related to the principal by blood, marriage, or adoption, am not the domestic partner under ch.770 of the principal, and am not directly financially responsible for the principal's health care. I am not a health care provider who is serving the principal at this time, an employee of the health care provider, other than a chaplain or a social worker, or an employee, other than a chaplain or a social worker, of an inpatient health care facility in which the declarant is a patient. I am not the principal's health care agent. To the best of my knowledge, I am not entitled to and do not have a claim on the principal's estate.

### Witness No. 1:

(print) Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

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

Signature: \_\_\_\_\_

### Witness No.2:

(print) Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

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

Signature: \_\_\_\_\_

## XVI. STATEMENT OF HEALTH CARE AGENT AND ALTERNATE HEALTH CARE AGENT

I understand that \_\_\_\_\_ (name of principal) has designated me to be his or her health care agent or alternate health care agent if he or she is ever found to have incapacity and unable to make health care decisions himself or herself. \_\_\_\_\_ (name of principal) has discussed his or her desires regarding health care decisions with me.

Agent's signature: \_\_\_\_\_

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

Alternate's signature: \_\_\_\_\_

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





## IX. PREFERENCIAS SOBRE SITUACIONES QUE INVOLUCREN TRATAMIENTOS PARA LA PROLONGACIÓN DE LA VIDA (OPCIONAL )

(marque la opción en caso de ser aplicable).

He considerado los beneficios y responsabilidades de los tratamientos continuados en caso de sufrimiento prolongado, enfermedades terminales o diagnósticos irreversibles, o en caso de que exista cierta seguridad de que no podré recuperarme de mi enfermedad:

- Deseo recibir todos los tratamientos apropiados recomendados por mi doctor hasta que mi doctor y apoderado para el cuidado de la salud consideren que dichos tratamientos son dañinos o ya no resultan beneficiosos.

o

- Deseo detener o dejar de recibir todos los tratamientos que pudiesen utilizarse para demorar mi muerte. Esto incluye, pero no se limita a, respirador/ventilador (máquina para respirar), administración de derivados de la sangre y antibióticos, medicamentos e intervenciones que haya recibido por trastornos médicos crónicos u otros medicamentos a menos que detener o dejar de recibir estos tratamientos pudiese causarme dolor o incomodidad.

Con cualquiera de esas opciones, comprendo que continuaré recibiendo medicamentos para el dolor y la comodidad, así como alimentos y fluidos por boca en caso de poder tragar de forma segura.

## X. RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) (Opcional)

La RCP es un tratamiento que se utiliza para intentar restablecer el ritmo cardíaco y la respiración cuando se han detenido. Puede incluir compresiones torácicas (presionar con fuerza sobre el pecho para que se contraiga el corazón), medicamentos, descargas eléctricas y tubos para respirar.

## IX. PREFERENCES REGARDING ATTEMPTS AT LIFE PROLONGING TREATMENTS (OPTIONAL)

(check the box if it applies.)

I have considered the benefits and burdens of continued treatment in the event of prolonged suffering, terminal illness or irreversible diagnoses, or in the event that it is reasonably certain that I will not recover from my condition:

- I do want all appropriate treatments recommended by my doctor until my doctor and agent agree that such treatments are harmful or no longer beneficial.

or

- I want to stop or withhold all treatments that might be used to prolong my dying. This includes, but is not limited to, respirator/ventilator (breathing machine), administration of blood products and antibiotics, medications and interventions that I have received for chronic medical conditions or other medications unless the withholding or withdrawal of these treatments would cause me pain or discomfort.

With either choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and fluids by mouth if I am able to swallow safely.

## X. CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR) (OPTIONAL)

CPR is a treatment used to attempt to restore heart rhythm and breathing when they have stopped. It may include chest compressions (forceful pushing on the chest to make the heart contract), medicines, electrical shocks and a breathing tube.



Comprendo que la RCP podría salvar mi vida. También comprendo que no funciona de forma tan efectiva en personas con enfermedades crónicas (de larga duración) y/o con disfunciones. Comprendo que si no deseo recibir RCP y prefiero experimentar una muerte natural, mi doctor debería estar al tanto de mi decisión. Por lo tanto:  
*(marque la opción en caso de ser aplicable).*

- Deseo recibir resucitación cardiopulmonar (RCP) a menos que mi doctor determine lo siguiente:
  - Que tengo una enfermedad o herida incurable y estoy muriendo; o,
  - Que no tengo posibilidad de sobrevivir si mi corazón se detiene; o,
  - Que tengo pocas posibilidades de sobrevivir a largo plazo si mi corazón se detiene y el proceso de resucitación me provocaría un sufrimiento considerable.
- o
- No deseo recibir RCP si mi corazón se detiene ya que deseo experimentar una muerte natural.

En cualquiera de esos dos casos, precisaré un brazalete de No resucitar otorgado por mi doctor si tengo una condición médica certificada y no deseo que el personal de emergencia me realice RCP.

## XI. OTROS ASPECTOS IMPORTANTES DE MI CUIDADO (OPCIONAL)

Información religiosa/espiritual/cultural que desea que su equipo médico y familiares/amigos sepan:

---



---



---



---

I understand that CPR may save my life. I also understand that it does not work as well for people who have chronic (long-term) diseases and/or impaired functioning. I understand that if I do not want CPR attempted and prefer to allow a natural death, my physician should be made aware of this choice. Therefore:  
*(check the box if it applies.)*

- I want Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) attempted unless my physician determines one of the following:
  - I have an incurable illness or injury and am dying; or,
  - I have no reasonable chance of survival if my heart stops; or,
  - I have little chance of long-term survival if my heart stops and the process of resuscitation would cause significant suffering.

or

- I do not want CPR attempted if my heart stops, but rather want to allow a natural death to occur.

With either choice, I will need to obtain a DNR bracelet from my physician if I have a qualified medical condition and do not want emergency personnel to perform CPR.

## XI. OTHER IMPORTANT ASPECTS OF MY CARE (OPTIONAL)

Religious/Spiritual/Cultural information you would like your health care team and family/friends to know:

---



---



---



---





- Deseo que se contacte a mi líder espiritual/sacerdote (especifique el momento)

---



---



---



---

- Deseo que se realicen intentos para que pueda recibir los Sacramentos  
De hallarme cerca de fallecer y no poder hablar, deseo que mis familiares/amigos sepan: \_\_\_\_\_

---



---



---



---

- I want my spiritual leader/clergy be contacted (specify when)

---



---



---



---

- I desire efforts be made so I can receive the Sacraments  
If I am nearing my death and cannot speak, I want my family/friends to know: \_\_\_\_\_

---



---



---



---

## XII. DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL)

Al momento de mi fallecimiento:

- Deseo donar solo los siguientes órganos o partes (especifique los órganos o partes)
- Deseo donar cualquier órgano o parte. (<https://health.wisconsin.gov/donorRegistry/public/donate.html>)
- Deseo donar mi cuerpo para estudio científico en caso de que fuese necesario. Para obtener más información comuníquese con la facultad de medicina de Wisconsin en: <https://www.mcw.edu/Anatomical-Gift-Registry.html> o con la Universidad de Wisconsin-Madison en <http://www.bdp.wisc.edu>
- No deseo realizar una donación de órganos. (En caso de que el presente acto deje sin efecto un compromiso anterior de realizar una donación de órganos para un receptor designado, intentaré notificar al receptor con quien haya celebrado el acuerdo de donación).

## XII. ANATOMICAL GIFTS (OPTIONAL)

Upon my death:

- I wish to donate only the following organs or parts (specify the organs or parts).
- I wish to donate any needed organ or part. (<https://health.wisconsin.gov/donorRegistry/public/donate.html>)
- I wish to donate my body for anatomical study if needed. More information can be found by contacting Medical College of Wisconsin at: <https://www.mcw.edu/Anatomical-Gift-Registry.html> or the University of Wisconsin-Madison at <http://www.bdp.wisc.edu>
- I refuse to make an anatomical gift. (If this revokes a prior commitment that I have made to make an anatomical gift to a designated donee, I will attempt to notify the donee to which or to whom I agreed to donate).



De no marcar ninguna de las líneas precedentes, no existe presunción sobre el deseo de realizar o la negación a realizar una donación de órganos.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**XIII. INSPECCIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI SALUD FÍSICA Y MENTAL**

Conforme a cualquier limitación del presente documento, mi apoderado para el cuidado de la salud cuenta con la autoridad para hacer lo siguiente:

- (a) Solicitar, revisar y recibir cualquier información, de forma oral o escrita, en lo que respecta a mi salud mental o física, incluyendo los registros médicos u hospitalarios.
  - (b) Celebrar en mi nombre cualquier documento que fuese necesario para obtener dicha información.
  - (c) Permitir la divulgación de dicha información.
- (Tanto el interesado como los testigos deben firmar el documento en el mismo acto).*

**XIV. FIRMA DEL INTERESADO**

*(quien crea el poder para cuidado de la salud)*

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*(La celebración del presente documento por parte del interesado deja sin efecto todos los poderes para cuidado de la salud anteriores)*

Failing to check any of the lines immediately above creates no presumption about my desire to make or refuse to make an anatomical gift.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**XIII. INSPECTION AND DISCLOSURE OF INFORMATION RELATING TO MY PHYSICAL OR MENTAL HEALTH**

Subject to any limitations in this document, my health care agent has the authority to do all of the following:

- (a) Request, review and receive any information, oral or written, regarding my physical or mental health, including medical and hospital records.
  - (b) Execute on my behalf any documents that may be required in order to obtain this information.
  - (c) Consent to the disclosure of this information.
- (The principal and the witnesses all must sign the document at the same time.)*

**XIV. SIGNATURE OF PRINCIPAL**

*(person creating the power of attorney for health care)*

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*(The signing of this document by the principal revokes all previous powers of attorney for health care documents)*



**XV. DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS**

Conozco personalmente al interesado y considero que se encuentra en pleno uso de sus facultades y que tienen más de 18 años. Considero que la celebración del presente poder para cuidado de la salud es voluntaria. Tengo más de 18 años, no soy consanguíneo, cónyuge, familiar adoptivo del interesado, ni su concubino conforme el título 770, y no soy responsable financieramente de forma directa por el cuidado de la salud del interesado. No soy el proveedor de salud que atiende al interesado actualmente, ni empleado del proveedor de salud, con excepción del sacerdote o trabajador social, ni empleado, excepto el sacerdote o trabajador social, de una instalación de cuidado de la salud que asista al declarante como paciente. No soy el apoderado para el cuidado de la salud del interesado. A mi leal saber y entender, no tengo ningún derecho sobre la propiedad del interesado.

**Testigo n.º 1:**

(aclaración) Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Testigo n.º 2:**

(aclaración) Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**XV. STATEMENT OF WITNESSES**

I know the principal personally and I believe him or her to be of sound mind and at least 18 years of age. I believe that his or her execution of this power of attorney for health care is voluntary. I am at least 18 years of age, am not related to the principal by blood, marriage, or adoption, am not the domestic partner under ch.770 of the principal, and am not directly financially responsible for the principal's health care. I am not a health care provider who is serving the principal at this time, an employee of the health care provider, other than a chaplain or a social worker, or an employee, other than a chaplain or a social worker, of an inpatient health care facility in which the declarant is a patient. I am not the principal's health care agent. To the best of my knowledge, I am not entitled to and do not have a claim on the principal's estate.

**Witness No.1:**

(print) Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

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

Signature: \_\_\_\_\_

**Witness No.2:**

(print) Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

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

Signature: \_\_\_\_\_



**XVI. DECLARACIÓN DEL APORADO PARA EL  
CUIDADO DE LA SALUD Y APODERADO  
PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SUPLENTE**

Comprendo que \_\_\_\_\_ (nombre del interesado) me ha designado como su apoderado para el cuidado de la salud o apoderado para el cuidado de la salud suplente en caso de que por incapacidad no pudiese tomar decisiones por sí mismo. \_\_\_\_\_ (nombre del interesado) me ha informado sobre sus deseos en lo relacionado con las decisiones para el cuidado de la salud.

Firma del apoderado: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Firma del suplente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

**XVI. STATEMENT OF HEALTH CARE AGENT AND  
ALTERNATE HEALTH CARE AGENT**

I understand that \_\_\_\_\_ (name of principal) has designated me to be his or her health care agent or alternate health care agent if he or she is ever found to have incapacity and unable to make health care decisions himself or herself. \_\_\_\_\_ (name of principal) has discussed his or her desires regarding health care decisions with me.

Agent's signature: \_\_\_\_\_

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

Alternate's signature: \_\_\_\_\_

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