

CÓDIGO DE SUCESIONES DE CALIFORNIA SECCIÓN 4700-4701

4700. El formulario proporcionado en la sección 4701 puede, pero no tiene que, ser utilizado para expresar la voluntad por anticipado para la atención de la salud. Las otras secciones de esta división regulan los efectos de este formulario o de cualquier otro escrito utilizado con el fin de crear directrices previstas para la atención de la salud. Cualquier persona puede completar o modificar todo o partes de este formulario en la sección 4701.

4701. El formulario legal para las directrices previstas para la atención de la salud es como se indica a continuación:
Explicación de la VOLUNTAD POR ANTICIPADO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD (Sucesiones de Calif., sección 4701)

Usted tiene el derecho de dar instrucciones sobre la atención a su propia salud. También tiene el derecho de nombrar a alguien para que tome decisiones por usted sobre la asistencia médica brindada. Este formulario le permite hacer ya sea una o ambas cosas. Éste también le permite expresar sus deseos relativos a la donación de órganos y a la designación de su médico principal. Si utiliza este formato, usted puede completarlo o modificarlo en su totalidad o solo en parte. Usted es libre de utilizar un formato diferente.

La 1ª parte de este formato es un poder notarial para el cuidado de su salud. La 1ª parte le permite nombrar a una persona como su representante para tomar decisiones por usted sobre el cuidado de su salud si en algún momento no es usted capaz de tomarlas o para que éste tome esas decisiones por usted en cualquier momento aunque usted todavía sea capaz de hacerlo. Usted también puede nombrar un representante alterno para actuar por usted si su primer elegido no está dispuesto a, o no está razonablemente disponible para, o no es capaz de tomar decisiones por usted. (Su representante no puede ser: administrador o empleado de un establecimiento comunitario para el cuidado de la salud; un establecimiento residencial de cuidado de la salud donde usted está recibiendo atención; el médico supervisor o empleado de la institución de salud donde usted está siendo atendido, a menos que su representante tenga relación de parentesco con usted o sea un compañero de trabajo.)

A menos que el formulario que usted firma limite la autoridad de su representante, éste puede tomar por usted todas las decisiones de atención médica relacionadas con su salud. Si desea depender totalmente de su representante en todas las decisiones de salud que haya que realizar, no es necesario limitar su autoridad. Si no limita la autoridad de su representante, éste tendrá derecho a:

- (a) acceder o declinar cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar, mantener o en su defecto afectar su condición física o mental.
- (b) seleccionar o cancelar instituciones y proveedores para el cuidado de su salud.
- (c) aprobar o rechazar pruebas para diagnóstico, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos.
- (d) dirigir el suministro, retención o retiro de nutrición artificial, de hidratación y de todas las otras formas de atención a su salud, incluyendo resucitación cardiopulmonar.
- (e) hacer donaciones de partes de su cuerpo, autorizar una autopsia y decidir sobre la disposición final de los restos.

La 2ª parte de este formato le permite a usted dar instrucciones específicas acerca de cualquier aspecto sobre el cuidado de su salud, ya sea que nombre o no a un representante. Se le dan opciones a usted para que pueda expresar sus deseos con respecto al suministro, a la retención o al retiro de tratamientos para mantenerlo vivo, así como las provisiones para aliviarle el dolor. También se proporciona un espacio para añadir opciones o escribir cualquier deseo adicional. No necesita llenar la 2ª parte de este formato si usted está satisfecho con permitir que su representante determine y decida lo que es mejor para usted al final de la vida.

La 3ª parte de este formulario le permite expresar la intención de donar sus órganos y tejidos corporales después de su muerte.

La 4ª parte de este formulario le permite designar a un médico que asuma la responsabilidad principal del cuidado de su salud.

Después de completar este formulario fírmelo y ponga la fecha al final. Éste debe estar firmado por dos testigos calificados o ser notariado. Entregue copias de este documento debidamente llenado y firmado a: su médico, a cualquier otro proveedor de servicios médicos que usted tenga, a cualquier institución donde usted esté recibiendo atención y a cualquier representante que usted haya nombrado. Usted debe hablar con la persona que lo represente para asegurarse de que él o ella entiende sus deseos y está dispuesto/a a asumir la responsabilidad.

Usted tiene el derecho de revocar estas directrices o de reemplazar este formato en cualquier momento.

1ª PARTE.

PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

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

(nombre de la persona que usted elige como representante)

Voluntad por Anticipado para la Atención de la Salud

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono en casa) (teléfono del trabajo)

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

(nombre de la persona elegida por usted como primer representante suplente)

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono en casa) (teléfono del trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi representante y mi primer representante suplente o si ninguno de los dos son capaces o no están dispuestos o razonablemente disponibles para tomar una decisión sobre la atención de mi salud en mi lugar, designo como mi segundo representante suplente a:

(nombre de la persona elegida por usted como segundo representante suplente)

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono en casa) (teléfono del trabajo)

(1.2) **AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE:** mi representante está autorizado para tomar todas las decisiones de atención de mi salud, incluyendo la decisión de proporcionar, negar o retirar la nutrición artificial, hidratación y todas las otras formas de atención de la salud para mantenerme vivo, excepto como declaro aquí:

(Agregue hojas adicionales de ser necesario)

(1.3) **EN QUE MOMENTO ENTRA EN VIGOR LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE:** La autoridad de mi representante entra en vigor cuando mi médico principal determine que soy incapaz de tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica; a menos que marque la siguiente casilla. Si marco esta casilla (____), la autoridad de mi representante para tomar decisiones en mi lugar respecto a la atención de mi salud entra en vigor inmediatamente.

(1.4.) **OBLIGACIÓN DEL REPRESENTANTE:** mi representante tomará decisiones de atención de mi salud por mí de acuerdo con este poder notarial para: la atención de mi salud, para las instrucciones que doy en la 2ª parte de este formulario y para mis demás deseos en la medida que sean conocidos por mi representante. En la medida que mis deseos sean desconocidos, mi representante tomará decisiones de atención de mi salud por mí de acuerdo con lo que éste determine que éstas sean en mi mejor interés. Para determinar mi mejor interés, mi representante deberá considerar, en la medida que los conozca, mis valores morales personales.

(1.5) **AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE DESPUÉS DE MI MUERTE:** mi representante está autorizado para hacer donaciones de mi cuerpo o sus partes, autorizar una autopsia y ordenar la disposición final de mis restos, excepto como lo consigno yo aquí o en la 3ª parte de este formulario:

(Agregue hojas de ser necesario)

(1.6) **NOMBRAMIENTO DE UN CUSTODIO:** Si un custodio de mi persona tiene que ser nombrado por un tribunal, propongo al representante designado en este formulario. Si ese representante no está dispuesto, razonablemente disponible o no es capaz para actuar como custodio, propongo a los representantes suplentes que he nombrado, en el orden señalado.

2ª PARTE INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Si usted llena esta parte del formulario, puede cancelar cualquier texto que no quiera.

(2.1) **DECISIONES DE FINAL DE LA VIDA:** Ordeno que los proveedores de mi salud y otras personas que participen en la atención de mi salud proporcionen, suspendan o retiren cualquier tratamiento según la opción que he marcado abajo:

(a) Elección de no prolongar la vida

No quiero que mi vida sea prolongada: (1) si tengo una afección incurable e irreversible que resultará en mi muerte en un tiempo relativamente corto, (2) si pierdo el conocimiento y, con un grado razonable de certeza médica, no lo recuperaré, o (3) si las presiones y riesgos probables del tratamiento fueran mayores que los beneficios esperados; o

(b) Elección de prolongar la vida

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

(2.2) **ALIVIO DEL DOLOR:** Excepto por lo que manifiesto en el siguiente espacio, ordeno que se me proporcione en todo momento tratamiento para alivio del dolor o malestar, aunque esto apesure mi muerte:

(Agregue hojas de ser necesario)

(2.3) **OTROS DESEOS:** (Si no está de acuerdo con cualquiera de las opciones anteriores y desea redactar las suyas, o si desea agregar algo a las mismas, puede hacerlo aquí). Ordeno que:

(Agregue hojas de ser necesario)

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

(3.1) Después de mi muerte: (marcar la casilla "a" o "b")

(a) Ofrezco como donativo cualquier órgano, parte o tejido que se necesite.

(b) Ofrezco como donativo solamente los siguientes órganos, partes o tejidos [(especifique)]:

(c) Mi donativo es para los siguientes propósitos (anule cualquiera de las siguientes opciones que NO desea tachándolas):

- (1) Trasplante
- (2) Terapia
- (3) Investigación
- (4) Educación

4ª PARTE
MÉDICO PRINCIPAL
(OPCIONAL)

(4.1) Designo al siguiente médico como mi médico principal:

_____ (nombre del médico)

_____ (dirección) _____ (ciudad) _____ (estado) _____ (código postal)

_____ (teléfono
)

OPCIONAL: Si el médico que he designado no es capaz, no está dispuesto o no está razonablemente disponible para actuar como mi médico principal, designo al siguiente médico como mi médico principal:

_____ (nombre del médico)

_____ (dirección) _____ (ciudad) _____ (estado) _____ (código postal)

_____ (teléfono)

5ª PARTE

(5.1) EFECTO DE UNA COPIA: Una copia de este documento tiene la misma finalidad que la del original.

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

_____ (escriba su nombre aquí)

_____ (firma) _____ (fecha)

_____ (dirección) _____ (ciudad) _____ (estado) _____ (código postal)

(5.3) DECLARACIÓN HECHA POR CADA UNO DE LOS TESTIGOS: declaro bajo pena por cometer perjurio conforme a las leyes de California (1) que la persona que firmó o certificó esta Voluntad por Anticipado para la Atención de la Salud es alguien que conozco personalmente, o que su identidad me fue comprobada con evidencias fehacientes (2) que la persona firmó o certificó esta Voluntad por Anticipado para la Atención de la Salud en mi presencia, (3) que la persona parece estar en su sano juicio y bajo ninguna coerción, fraude, o influencia indebida, (4) que yo no soy una persona designada como representante de esta Voluntad por Anticipado para la Atención de la Salud y (5) que no soy: proveedor de la atención de la salud de la persona; empleado del proveedor de salud de la persona; el administrador de un establecimiento para atención comunitaria; empleado de un administrador de un establecimiento para atención comunitaria; el administrador de unas instalaciones de una residencia para el cuidado de ancianos; ni un empleado de un administrador de unas instalaciones de una residencia para el cuidado de ancianos.

Primer testigo

Segundo testigo

_____ (escriba el nombre)

_____ (escriba el nombre)

(dirección) (dirección)

(ciudad) (estado) (ciudad) (estado)

(firma del testigo) (firma del testigo)

(fecha) (fecha)

(5.4) DECLARACIÓN ADICIONAL DE LOS TESTIGOS: por lo menos uno de los testigos antes mencionados debe firmar también la siguiente declaración:

Declaro además, bajo pena de cometer perjurio conforme a las leyes de California que no tengo parentesco por sangre, matrimonio o adopción de la persona que realiza esta Voluntad por Anticipado y en la plena medida de mi conocimiento no tengo derecho a ninguna porción del patrimonio personal de esta persona tras su fallecimiento bajo un testamento existente o por efecto de ley.

(firma del testigo) (firma del testigo)

6ª PARTE
REQUISITO DEL TESTIGO ESPECIAL

(6.1) La siguiente declaración es necesaria solamente si usted es un paciente en un centro de enfermería especializada --centro de salud que ofrece los siguientes servicios básicos: atención y apoyo a los pacientes cuya necesidad primordial es la disponibilidad de atención de enfermería especializada prolongada. El defensor del paciente u *ombudsman* debe firmar la siguiente declaración:

DECLARACIÓN DEL ABOGADO O DEFENSOR CÍVICO DEL PACIENTE

Declaro bajo pena de cometer perjurio conforme a las leyes de California que soy abogado o defensor cívico del paciente, designado por el Estado, Departamento del Envejecimiento, y que estoy sirviendo como testigo especial como lo requiere la sección 4675 del código testamentario.

(escriba su nombre)

(ponga su firma) (fecha)

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)