Minnesota Health Care Directive

(Instrucciones para la Atención Médica de Minnesota)

I, _____, understand this document allows me to do **ONE OR BOTH** of the following:

Yo, _____, entiendo que este documento me permite hacer UNO O AMBOS de lo siguiente:

1. (Part 1 of form): Name another person (called the health care agent) to make health care decisions for me if I am unable to decide or speak for myself. My health care agent must make health care decisions for me based on the instructions I provide (if any) in part 2 of this document, the wishes I have made known to them, or must act in my best interest if I have not made my health care wishes known.

(Parte 1 del formulario): *Nombrar a otra persona (llamada agente de atención médica) para que tome las decisiones de atención médica por mí si no puedo decidir o hablar por mí mismo. Mi agente de atención médica debe tomar decisiones sobre la atención médica por mí en base a las instrucciones que yo proporcione (si las hay) en la parte 2 de este documento, los deseos que yo le haya hecho saber, o debe actuar en mi beneficio si yo no he hecho saber mis deseos de atención médica.*

AND/OR ***(Y/O)***

2. (Part 2 of form): Give health care instructions to guide others making health care decisions for me. If I have named a health care agent, these instructions are to be used by the agent. These instructions may also be used by my health care providers, others helping with my health care and my family, in the event I can't make decisions for myself.

(Parte 2 del formulario): *Dar instrucciones de cuidado de la salud para guiar a otros a tomar decisiones de cuidado de la salud por mí. Si he nombrado a un agente de atención médica, estas instrucciones deben ser utilizadas por el agente. Estas instrucciones también pueden ser utilizadas por mis proveedores de atención médica, otras personas que ayudan con mi atención médica y mi familia, en caso de que yo no pueda tomar decisiones por mí mismo.*

PART 1: Naming a Health Care Agent

(Nombrar un Agente de Atención Médica)

This is who I want to make health care decisions for me if I am unable to decide or speak for myself.

(Ésta es la persona que quiero que tome las decisiones de atención médica por mí si no puedo decidir o hablar por mí mismo.)

- I can change my agent or alternate agent at any time.
  Puedo cambiar mi agente o agente alternativo en cualquier momento.
- I do not have to appoint an agent or an alternate agent.
  No tengo que nombrar un agente o un agente alternativo.

NOTE: If you appoint an agent, talk about this health care directive with them, and give them a copy. If you don't want to appoint an agent, leave Part 1 blank and go to Part 2.

NOTA: Si nombra a un agente, hable con él sobre esta directiva de atención médica y déle una copia. Si no quiere nombrar a un agente, deje la Parte 1 en blanco y pase a la Parte 2.

Appointment of Health Care Agent ***(Nombramiento del Agente de Atención Médica)***

When I am unable to decide or speak for myself, I trust and appoint:

Cuando no pueda decidir o hablar por mí mismo, confío y designo a:

_____

to make health care decisions for me. This person is called my health care agent.

para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por mí. A esta persona se le llama mi agente de atención médica.

Relationship of my health care agent to me: _____

La relación de mi agente de atención médica conmigo:

Telephone number of my health care agent: _____

Número de teléfono de mi agente de atención médica:

Address of my health care agent: _____

Dirección de mi agente de atención médica:

_____

(Optional) Appointment Of Alternate Health Care Agent ***((Opcional) Nombramiento de un Agente Alternativo de Atención Médica)***

If my health care agent is not reasonably available, I trust and appoint:

Si mi agente de atención médica no está razonablemente disponible, confío y designo a:

_____

to be my health care agent instead. This person is called my alternate health care agent.

para ser mi agente de atención médica en su lugar. A esta persona se le llama mi agente alternativo de atención médica.

Relationship of my alternate health care agent to me: _____

Relación de mi agente alternativo de atención médica conmigo:

Telephone number of my alternate health care agent: _____

Número de teléfono de mi agente alternativo de atención médica:

Address of my alternate health care agent: _____

Dirección de mi agente alternativo de atención médica:

_____

This is what I want my health care agent to be able to do if I am unable to decide or speak for myself

(Esto es lo que quiero que mi agente de atención médica sea capaz de hacer si no puedo decidir o hablar por mí mismo)

- I know I can change these choices.
  Sé que puedo cambiar estas elecciones.
- My health care agent is **automatically** given the powers listed below in (A) through (D). But I can limit these powers if I want to.
  A mi agente de atención médica se le otorgan automáticamente los poderes que se enumeran a continuación en los apartados (A) a (D). Pero puedo limitar estos poderes si lo deseo.
- My health care agent must follow my health care instructions in this document or any other instructions I have given to my agent.
  Mi agente de atención médica debe seguir mis instrucciones de atención médica en este documento o cualquier otra instrucción que le haya dado a mi agente.
- If I have not given health care instructions, then my agent must act in my best interest.
  Si no he dado instrucciones para el cuidado de la salud, entonces mi agente debe actuar en mi mejor interés.

If I am unable to decide or speak for myself, my health care agent has the power to:
Si no puedo decidir o hablar por mí mismo, mi agente de atención médica tiene el poder de hacerlo:

(A) Make any health care decision for me. This includes the power to give, refuse, or withdraw consent to any care, treatment, service, or procedures. This includes deciding whether to stop or not start health care that is keeping me or might keep me alive and deciding about intrusive mental health treatment.
Tomar cualquier decisión sobre el cuidado de la salud por mí. Esto incluye el poder de dar, rechazar o retirar el consentimiento a cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento. Esto incluye la decisión de detener o no iniciar la atención médica que me mantiene o podría mantenerme con vida, y decidir sobre tratamiento de salud mental intrusivo.

(B) Choose my health care providers.
Elegir mis proveedores de atención médica.

(C) Choose where I live and receive care and support when those choices relate to my health care needs.
Elegir dónde vivo y recibo atención y apoyo cuando esas elecciones se relacionan con mis necesidades de atención médica.

(D) Review my medical records and have the same rights that I would have to give my medical records to other people.
Revisar mi historial médico y tener los mismos derechos que yo tendría para dar mi historial médico a otras personas.

If I DO NOT want my health care agent to have a power listed above in (A) through (D) OR if I want to LIMIT any power in (A) through (D), I MUST say that here:

Si NO quiero que mi agente de atención médica tenga alguno de los poderes mencionados en los puntos (A) a (D) o si quiero LIMITAR cualquier poder en los puntos (A) a (D), DEBO decirlo aquí:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

My health care agent is NOT automatically given the powers listed below in (1), (2) y (3).

Mi agente de atención médica NO tiene automáticamente los poderes que se enumeran a continuación en (1), (2) o (3).

If I WANT my agent to have any of the powers in (1), (2) o (3), I must INITIAL the line in front of the power; then my agent WILL HAVE that power.

Si QUIERO que mi agente tenga alguno de los poderes en (1), (2) o (3), debo PONER MIS INICIALES en la línea frente al poder; entonces mi agente TENDRÁ ese poder.

____ (1) To decide whether to donate any parts of my body, including organs, tissues, and eyes, when I die.

Para decidir si donar cualquier parte de mi cuerpo, incluyendo órganos, tejidos y ojos, cuando muera.

____ (2) To decide what will happen with my body when I die (burial, cremation).

Para decidir qué pasará con mi cuerpo cuando muera (entierro, cremación).

____ (3) To make health care decisions for me even if I can decide or speak for myself

Para tomar decisiones de atención médica por mí, incluso si puedo decidir o hablar por mí mismo.

If I want to say anything more about my health care agent's powers or limits on the powers, I can say it here:

Si quiero decir algo más sobre los poderes de mi agente de salud o los límites de los poderes, puedo decirlo aquí:

_____

_____

_____

_____

_____

PART 2: Health Care Instructions

PARTE 2: Instrucciones para la Atención Médica

These are instructions for my health care when I am unable to decide or speak for myself.

Estas son las instrucciones para el cuidado de mi salud cuando yo no pueda decidir o hablar por mí mismo.

These instructions must be followed (so long as they address my needs).

Estas instrucciones deben ser seguidas (siempre y cuando respondan a mis necesidades).

NOTE: Complete this Part 2 if you wish to give health care instructions. If you appointed an agent in Part 1, completing Part 2 is optional but would be very helpful to your agent. However, if you chose not to appoint an agent in Part 1, you MUST complete some or all of Part 2 if you wish to make a valid health care directive.

NOTA: Complete esta Parte 2 si desea dar instrucciones sobre el cuidado de la salud. Si ha nombrado un agente en la Parte 1, completar la Parte 2 es opcional, pero sería muy útil para su agente. Sin embargo, si decide no nombrar a un agente en la Parte 1, DEBERÁ completar parte o toda la Parte 2 si desea hacer instrucciones válidas de atención médica.

These Are My Beliefs and Values About My Health Care

Estas son mis Creencias y Valores sobre el Cuidado de mi Salud

- I know I can change these choices or leave any of them blank.

  Sé que puedo cambiar estas opciones o dejar cualquiera de ellas en blanco.

I want you to know these things about me to help you make decisions about my health care:

Quiero que sepan estas cosas sobre mí para ayudarles a tomar decisiones sobre mi salud:

My goals for my health care

Mis objetivos para el cuidado de mi salud

_____

_____

_____

_____

My fears about my health care

Mis temores sobre el cuidado de mi salud

_____

_____

_____

My spiritual or religious beliefs and traditions

Mis creencias y tradiciones espirituales o religiosas

My beliefs about when life would be no longer worth living

Mis creencias acerca de cuándo la vida ya no valdría la pena vivirla

My thoughts about how my medical condition might affect my family

Mis pensamientos sobre cómo mi condición médica podría afectar a mi familia

This Is What I Want and Do Not Want for My Health Care

(***Esto es lo que Quiero y no Quiero para el Cuidado de mi Salud***)

- I know I can change these choices or leave any of them blank.

  Sé que puedo cambiar estas opciones o dejar cualquiera de ellas en blanco.

Many medical treatments may be used to try to improve my medical condition or to prolong my life. Examples include artificial breathing by a machine connected to a tube in the lungs, artificial feeding or fluids through tubes, attempts to start a stopped heart, surgeries, dialysis, antibiotics, and blood transfusions. Most medical treatments can be tried for a while and then stopped if they do not help.

Se pueden utilizar muchos tratamientos médicos para tratar de mejorar mi condición médica o para prolongar mi vida. Los ejemplos incluyen respiración artificial por una máquina conectada a un tubo en los pulmones, alimentación artificial o fluidos a través de tubos, intentos de iniciar un corazón detenido, cirugías, diálisis, antibióticos y transfusiones de sangre. La mayoría de los tratamientos médicos se pueden probar durante un tiempo y luego se pueden detener si no ayudan.

I have these views about my health care in these situations:

Tengo estos puntos de vista sobre el cuidado de mi salud en estas situaciones:

(Note: You can discuss general feelings, specific treatments, or leave any of them blank.)

Nota: Puede comentar sobre sentimientos generales, tratamientos específicos, o dejar cualquiera de ellos en blanco.

If I had a reasonable chance of recovery, and were temporarily unable to decide or speak for myself, I would want:

Si tuviera una posibilidad razonable de recuperación y temporalmente no pudiera decidir o hablar por mí mismo, desearía:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

If I were dying and unable to decide or speak for myself, I would want:

Si me estuviera muriendo y no pudiera decidir o hablar por mí mismo, desearía:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

If I were permanently unconscious and unable to decide or speak for myself, I would want:

Si estuviera permanentemente inconsciente e incapaz de decidir o hablar por mí mismo, desearía:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

If I were completely dependent on others for my care and unable to decide or speak for myself, I would want:

Si yo fuera completamente dependiente de otros para mi cuidado y no pudiera decidir o hablar por a mí mismo, me gustaría:

There are other things that I want or do not want for my health care, if possible:

Hay otras cosas que quiero o no quiero para mi salud, si es posible:

Who I would like my doctor to be:

Quién me gustaría que fuera mi médico:

Where I would like to live to receive health care:

Dónde me gustaría vivir para recibir atención médica:

Where I would like to die and other wishes I have about dying:

Donde me gustaría morir y otros deseos que tengo sobre la muerte:

My wishes about donating parts of my body when I die:

Mis deseos de donar partes de mi cuerpo cuando muera:

My wishes about what happens to my body when I die (cremation, burial):

Mis deseos sobre lo que le pasa a mi cuerpo cuando muero (cremación, entierro):

Any other things:

Cualquier otra cosa:

PART 3: Making the Document Legal

(PARTE 3: Haciendo que el Documento Sea Legal)

This document must be signed by me. It also must either be verified by:

Este documento debe ser firmado por mí. También debe ser verificado por:

1) a notary public (Option 1 below) *(un notario público (Opción 1 abajo))*
   OR *(O)*
2) witnessed by two witnesses (Option 2 below) *(con dos testigos (Opción 2 abajo))*

It must be dated when it is verified or witnessed.

Debe tener la fecha cuando se verifique o se presencie.

I am thinking clearly, I agree with everything that is written in this document, and I have made this document willingly.

Estoy pensando con claridad, estoy de acuerdo con todo lo que está escrito en este documento, y he hecho este documento voluntariamente.

_____

(my signature) (mi firma)

Date signed: _____

Fecha cuando se firmó:

Date of birth: _____

Fecha de Nacimiento:

My address *(Mi dirección):*

_____

If I cannot sign my name, I can ask someone to sign this document for me.

Si no puedo firmar mi nombre, puedo pedirle a alguien que firme este documento por mí.

_____

(Signature of the person who I asked to sign this document for me)
(Firma de la persona a la que le pedí que firmara este documento por mí)

_____

(Printed name of the person who I asked to sign this document for me)
(Nombre en letra de molde de la persona a la que le pedí que firmara este documento para mí)

Option 1: Notary Public

Opción 1: Notario Público

In my presence on _____ _____
(En mi presencia el) *(date)* *(name)*
(fecha) *(nombre)*

acknowledged his/her signature on this document or acknowledged that he/she authorized the person signing this document to sign on his/her behalf. I am not named as a health care agent or alternate health care agent in this document.

reconocí su firma en este documento o reconocí que él/ella autorizó a la persona que firmó este documento a firmar en su nombre. No se me nombra a mí como agente de atención médica o agente alternativo de atención médica en este documento.

_____

(Signature of Notary) (Firma del Notario)

(Notary Stamp) (Sello Notarial)

Option 2: Two Witnesses
(Opción 2: Dos Testigos)

Two witnesses must sign. Only one of the two witnesses can be a health care provider or an employee of a health care provider giving direct care to me on the day I sign this document.

(Dos testigos deben firmar. Sólo uno de los dos testigos puede ser un profesional de la salud o un empleado de un profesional de la salud que me atienda directamente el día que firme este documento.)

Witness One ***(Testigo Uno)***:

1. in my presence on _____ _____
   (date) *(name)*
   (fecha) *(nombre)*

   acknowledged his/her signature on this document or acknowledged that he/she authorized the person signing this document to sign on his/her behalf.
   reconocí su firma en este documento o reconocí que él/ella autorizó a la persona que firmó este documento a firmar en su nombre.

2. I am at least 18 years of age
   Tengo al menos 18 años de edad

3. I am not named as a health care agent or alternate health care agent in this document.
   No se me nombra como agente de atención médica o agente alternativo de atención médica en este documento.

4. If I am a health care provider or an employee of a health care provider giving direct care to the person listed above, I must initial this box: _____
   Si soy un profesional de la salud o un empleado de un profesional de la salud que ofrece servicios directos a la persona mencionada anteriormente, debo poner mis iniciales en esta casilla:

I certify that the information in 1 through 4 is true and correct.
Certifico que la información en 1 a 4 es verdadera y correcta.

_____
(Signature of Witness One) (Firma del Testigo Uno)

Address of witness one *(Dirección del testigo uno)*:

_____

_____

Witness Two ***(Testigo Dos)***:

1. in my presence on _____ _____
   (date) (fecha) *(name) (nombre)*

   acknowledged his/her signature on this document or acknowledged that he/she authorized the person signing this document to sign on his/her behalf.
   reconocí su firma en este documento o reconocí que él/ella autorizó a la persona que firmó este documento a firmar en su nombre.

2. I am at least 18 years of age
   Tengo al menos 18 años de edad

3. I am not named as a health care agent or alternate health care agent in this document.
   No se me nombra como agente de atención médica o agente alternativo de atención médica en este documento.

4. If I am a health care provider or an employee of a health care provider giving direct care to the person listed above, I must initial this box: ☐
   Si soy un profesional de la salud o un empleado de un profesional de la salud que ofrece servicios directos a la persona mencionada anteriormente, debo poner mis iniciales en esta casilla:

I certify that the information in 1 through 4 is true and correct.
Certifico que la información en 1 a 4 es verdadera y correcta.

_____
(Signature of Witness Two) (Firma del Testigo Dos)

Address of witness two *(Dirección del testigo dos)*:

_____

_____

REMINDER ***(RECORDATORIO)*****:**

- Keep this document with your personal papers in a safe place (not in a safe deposit box).
  Guarde este documento con sus papeles personales en un lugar seguro (no en una caja de seguridad).

- Give signed copies to your doctors, family, close friends, health care agent, and alternate health care agent.
  Entregue copias firmadas a sus médicos, familiares, amigos cercanos, agente de atención médica y agente alternativo de atención médica.

- Make sure your doctor is willing to follow your wishes.
  Asegúrese de que su médico esté dispuesto a seguir sus deseos.

- This document should be part of your medical record at your physician's office and at the hospital, home care agency, hospice, or nursing facility where you receive your care.
  Este documento debe formar parte de su expediente médico en el consultorio de su médico y en el hospital, la agencia de cuidados en el hogar, el centro de cuidados paliativos o el centro para ancianos donde reciba su atención.