

UTAH ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

page 1 of 6

Pursuant to Utah Code Sections 75-2a-117 effective 2008 (Conforme a la Sección 75-2a-117 del Código de Utah, vigente desde 2008)*

- Part I (Parte I):** Allows you to name another person to make health care decisions for you when you cannot make decisions or speak for yourself. (Le permite designar a una persona que tome decisiones sobre su atención médica cuando usted no pueda tomar sus propias decisiones o hablar por usted mismo.)
- Part II (Parte II):** Allows you to record your wishes about health care in writing. (Le permite registrar por escrito sus deseos sobre su atención médica.)
- Part III (Parte III):** Tells you how to revoke or change this directive. (Le indica cómo cambiar o revocar esta directiva.)
- Part IV (Parte IV):** Makes your directive legal. (Le otorga validez legal a su directiva.)

My Personal Information (Datos Personales)

Name (Nombre): _____

Street Address (Dirección): _____

City, State, Zip Code (Ciudad, Estado, Código Postal): _____

Telephone (Teléfono): (____) _____ **Cell Phone (Teléfono Celular):** (____) _____

Birth Date (Fecha de nacimiento): _____

Part I: My Agent (Health Care Power of Attorney) Parte I: Mi Representante (Poder para Decisiones de Atención Médica)

A. No Agent (No deseo designar un Representante):

If you do not want to name an agent, initial the box, below, then go to Part II; do not name an agent in B or C below. No one can force you to name an agent. (Si usted no desea designar un representante, escriba sus iniciales en el siguiente casillero, luego pase a la Parte II; no designe ningún representante en B o C. Nadie puede obligarlo a designar un representante.)

☐ I do not want to choose an agent. (No deseo designar un representante.)

B. My Agent (Mi Representante):

Agent's Name (Nombre del Representante): _____

Street Address (Dirección): _____

City, State, Zip Code (Ciudad, Estado, Código Postal): _____

Telephone (Teléfono): (____) _____ **Cell Phone (Teléfono Celular):** (____) _____

Birth Date (Fecha de nacimiento): _____

C. My Alternate Agent (Mi Representante Suplente):

This person will serve as your agent if your agent, named above, is unable or unwilling to serve. (Esta persona actuará como su representante en caso de que su representante ya designado, no pueda o no desee representarlo.)

Agent's Name (Nombre del Representante suplente): _____

Street Address (Dirección): _____

City, State, Zip Code (Ciudad, Estado, Código Postal): _____

Telephone (Teléfono): (____) _____ **Cell Phone (Teléfono Celular):** (____) _____

Birth Date (Fecha de nacimiento): _____



UTAH ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Part I: My Agent (Health Care Power of Attorney) (continued) (Parte I: Mi Representante (continuación))

D. Agent's Authority (Facultad de mi representante):

If I cannot make decisions or speak for myself (in other words, after my physician or APRN finds that I lack health care decision making capacity under Section 75-2a-104 of the Advance Health Care Directive Act), my agent has the power to make any health care decision I could have made such as, but not limited to: (En caso de no poder tomar decisiones o hablar por mí mismo (es decir, luego de que mi médico o enfermera registrada de prácticas avanzadas (APRN, por sus siglas en inglés) determine que carezco de capacidad para tomar decisiones referentes a mi atención médica, conforme a la Sección 75-2a-104 de la Ley de Directiva para la Predisposición de la Atención Médica), mi representante tiene la facultad de tomar cualquier decisión sobre mi atención médica que podría haber tomado yo, tales como pero sin limitarse a):

- **Consent to, refuse, or withdraw any health care.** This may include care to prolong my life such as food and fluids by tube, use of antibiotics, CPR (cardiopulmonary resuscitation), and dialysis, and mental health care, such as convulsive therapy and psychoactive medications. This authority is subject to any limits in paragraph F of Part I or in Part II of this directive. (Aceptar, rechazar o cancelar cualquier tipo de atención médica. Esto puede incluir tratamientos de soporte vital (para prolongar mi vida), la ingesta de alimentos y líquidos por intubación, uso de antibióticos, resucitación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés), y diálisis, y atención de salud mental, como terapia convulsiva y medicamentos psicoactivos. Esta autoridad está sujeta a las limitaciones especificadas en el párrafo F de la Parte I o en la Parte II de esta directiva.)
- **Hire and fire health care providers.** (Contratar o despedir a proveedores de atención médica.)
- **Ask questions and get answers from health care providers.** (Hacer preguntas y obtener respuestas de los proveedores de atención médica.)
- **Consent to admission or transfer to a health care provider or health care facility, including a mental health facility, subject to any limits in paragraphs E or F of Part I.** (Aceptar la admisión o transferencia a un proveedor de atención médica o una institución de atención médica, incluyendo instituciones de atención psiquiátrica, sujeto a las limitaciones establecidas en el párrafo E o F de la Parte I.)

Get copies of my medical records. (Obtener copias de mis registros médicos.)

Ask for consultations or second opinions. (Solicitar consultas o segundas opiniones.)

My agent cannot force health care against my will, even if a physician has found that I lack health care decision making capacity. (Mi representante no puede hacer que reciba atención médica contra mi voluntad, ni siquiera cuando un médico haya determinado que carezco de capacidad para tomar decisiones referentes al cuidado de mi salud.)

E. Agent's Authority when I can speak for myself (Poder del representante aun cuando pueda tomar decisiones por mí mismo):

Agent's authority when I can speak for myself. Complete this section ONLY IF you want your Agent to have authority to access your health care records starting today. Otherwise, your Agent may only access your health records if you can't speak for yourself, as explained in Section D above. **Poder del representante aun cuando pueda tomar decisiones por mí mismo.** Llene esta sección SOLAMENTE SI desea que su Representante posea la autoridad para acceder a su expediente médico a partir de hoy. De lo contrario, su Representante sólo podrá acceder a su expediente médico si usted no puede tomar decisiones por sí mismo, como se explica en la Sección D anterior.

My agent has the powers below ONLY IF I initial the "yes" option that precedes the statement. I authorize my agent to: Mi representante posee la autoridad para lo siguiente SÓLO SI elijo la opción "sí" que precede a cada declaración. Autorizo a mi representante a:

Medical Records (Expediente médico)

____ YES (Sí) **Access all my medical records; OR** (Acceder a la totalidad de mi expediente médico; O)

____ YES (Sí) **Access my medical records for the treatment dates of _____ to _____; and** (Acceder a mi expediente médico durante las fechas de tratamiento de _____ a _____; y)

____ YES (Sí) **Access my sensitive medical information which includes any mental health treatment, psychological testing, addiction treatment, treatment for HIV or sexually transmitted diseases.** (Acceder a mi información médica delicada que incluye cualquier tratamiento de salud mental, pruebas psicológicas, tratamiento de adicciones y tratamientos para el VIH o enfermedades de transmisión sexual.) (Obtener copias de mis registros médicos en cualquier momento, aún cuando o pueda hablar por mí mismo.)

____ YES (Sí) **Other (please specify) (Otro (especifique))** _____

Healthcare Financial Records (Expediente financiero de atención médica)

____ YES (Sí) **Access all my healthcare financial, billing and payment records; OR** (Acceder a la totalidad de mi expediente financiero, de facturación y de pagos de atención médica; O)

____ YES (Sí) **Access my healthcare financial, billing and payment records for the treatment dates of _____ to _____.** (Acceder a mi expediente financiero, de facturación y de pagos de atención médica durante las fechas de tratamiento de _____ a _____.)

____ YES (Sí) **Other (please specify) (Otro (especifique))** _____.

Name (Nombre): _____

UTAH ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Part I: My Agent (Health Care Power of Attorney) (continued) (Parte I: Mi Representante (continuación))

F. Other Authority Including Limits/Expansion of Authority (Otros tipos de autoridad, incluyendo límites o ampliaciones del poder)

My agent has the powers and limitations below **ONLY IF I initial the "yes" option that precedes the statement.**

I authorize my agent to: (Mi representante posee la autoridad y las limitaciones para lo siguiente **SÓLO SI** elijo la opción "sí" que precede a cada declaración. Autorizo a mi representante a):

☐ **YES (Sí)** Admit me to a licensed health care facility, such as a hospital, nursing home, assisted living, or other facility for long-term placement other than convalescent or recuperative care. (Encargarse de mi ingreso a un centro de salud autorizado, tal como un hospital, hogar para ancianos, residencia de vivienda asistida u otro establecimiento a largo plazo sin incluir cuidados de convalecencia o de recuperación.)

☐ **YES (Sí)** I wish to limit or expand the powers of my health care agent as follows: (Deseo limitar o ampliar el poder de mi representante de atención médica de la siguiente manera) _____

G. Other Authority (Otras facultades):

Even though appointing an agent should help you avoid a guardianship, a guardianship may still be necessary. Initial the "YES" option if you want the court to appoint your agent or, if your agent is unable or unwilling to serve, your alternate agent, to serve as your guardian, if a guardianship is ever necessary.

(Aunque designar a un representante lo ayude a evitar una tutoría, la misma todavía puede ser necesaria. Marque con sus iniciales la opción "SI" si desea que el tribunal le asigne un representante o, en caso de que su representante no pueda o no desee representarlo, su representante suplente actúe como su tutor, si es que una tutoría es necesaria.)

☐ **YES (Sí)** ☐ **NO** I, being of sound mind and not acting under duress, fraud, or other undue influence, do hereby nominate my agent, or if my agent is unable or unwilling to serve, I hereby nominate my alternate agent to serve as my guardian in the event that, after the date of this instrument, become incapacitated.

(Yo, en pleno uso de mis facultades mentales y sin actuar bajo coacción, fraude, u otro tipo de influencia indebida, por la presente designo a mi representante o, en caso de que mi representante no pueda o no desee representarme, designo a mi representante suplente, para que actúe como mi tutor en caso de que, con posterioridad a la fecha de este documento, yo quede incapacitado.)

H. Consent to Participate in Medical Research: (Consentimiento para participar en investigaciones médicas):

☐ **YES (Sí)** ☐ **NO** I authorize my agent to consent to my participation in medical research or clinical trials, even if I may not benefit from the results.

(Autorizo a mi representante a aceptar mi participación en investigaciones médicas o ensayos clínicos, aún cuando no me beneficie con los resultados.)

I. Organ Donation (Donación de órganos):

☐ **YES (Sí)** ☐ **NO** If I have not otherwise agreed to organ donation, my agent may consent to the donation of my organs for the purpose of organ transplantation.

(Si no he manifestado mi voluntad de donar mis órganos de algún otro modo, mi representante puede aceptar la donación de mis órganos para transplantes.)

Name (Nombre): _____

UTAH ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Part II: My Health Care Wishes (Living Will)

(Parte II: Mis deseos sobre mi Atención Médica (Testamento vital))

I want my health care providers to follow the instructions I give them when I am being treated, even if my instructions conflict with these or other advance directives. My health care providers should always provide health care to keep me as comfortable and functional as possible.

(Deseo que mis proveedores de atención médica sigan las instrucciones que les dé cuando esté bajo tratamiento, aún cuando mis instrucciones contradigan éstas u otras directivas anticipadas. Mis proveedores de atención médica siempre deben brindarme asistencia médica para que pueda permanecer cómodo y funcional tanto como sea posible.)

Choose only one of the following options, numbered Option 1 through Option 4, by placing your initials before the numbered statement. Do not initial more than one option. If you do not wish to document end-of-life wishes, initial Option 4. You may choose to draw a line through the options that you are not choosing.

(Elija solo una de las siguientes opciones, de la Opción 1 a la Opción 4, colocando sus iniciales antes de la declaración numerada. No marque con sus iniciales más de una opción. Si no desea documentar sus deseos para el final de la vida, coloque sus iniciales en la Opción 4. Puede trazar una línea sobre las opciones que no elija.)

Option 1 (Opción 1)

Initial (Marcar)	I choose to let my agent decide. I have chosen my agent carefully. I have talked with my agent about my health care wishes. I trust my agent to make the health care decisions for me that I would make under the circumstances.	(Elijo permitir que mi representante decida. He seleccionado cuidadosamente a mi representante. He dialogado con mi representante sobre mis deseos en relación con mi atención médica. Confío en que mi representante tomará las decisiones de atención médica que yo tomaría bajo las mismas circunstancias.)
Additional Comments (Comentarios adicionales):		

Option 2 (Opción 2)

Initial (Marcar)	I choose to prolong life. Regardless of my condition or prognosis, I want my healthcare team to try to prolong my life as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.	(Elijo prolongar mi vida. Más allá de mi estado de salud o del pronóstico médico, deseo que mi equipo de atención médica intente prolongar mi vida tanto como sea posible dentro de los límites de las normas de atención médica generalmente aceptadas.)
Other (Otros):		

UTAH ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Part II: My Health Care Wishes (Living Will) (continued)

(Parte II: Mis deseos sobre mi Atención Médica (Testamento vital) (continuación))

Option 3 (Opción 3)

Initial (Marcar)	I choose not to receive care for the purpose of prolonging life , including food and fluids by tube, antibiotics, CPR, or dialysis being used to prolong my life. I always want comfort care and routine medical care that will keep me as comfortable and functional as possible, even if that care may prolong my life.	<i>(Elijo no recibir atención con el propósito de prolongar mi vida, incluyendo la ingesta de alimentos y líquidos por intubación, el uso de antibióticos, el suministro de CPR, o de diálisis. Deseo recibir siempre cuidados orientados al bienestar y atención médica de rutina para permanecer tan cómodo y funcional como sea posible, aún cuando ese tipo de atención prolongue mi vida.)</i>
----------------------------	--	---

If you choose this option, you must also choose either (a) or (b), below *(Si elige esta opción, también debe elegir (a) o (b), a continuación)*

Initial (Marcar)		(a) I put no limit on the ability of my health care provider or agent to withhold or withdraw life-sustaining care. If you selected (a), above, do not choose any options under (b).	(a) <i>(No impongo limitaciones en la capacidad de mi proveedor de atención médica o mi representante para mantener o cancelar la atención para prolongar la vida. Si seleccionó la opción (a), no elija ninguna de las opciones de (b).)</i>
Initial (Marcar)		(b) My health care provider should withhold or withdraw life-sustaining care if at least one of the initialed conditions is met:	(b) <i>(Mi proveedor de atención médica debe mantener o cancelar la atención para prolongar la vida, si se cumple al menos una de las condiciones marcadas:)</i>
Option 3 Part (b) only (Sólo opción 3(b)) You may initial more than one option <i>(Puede marcar más de una opción)</i>		I have a progressive illness that will cause death <i>(Tengo una enfermedad progresiva que me provocará la muerte)</i>	
		I am close to death and I am unlikely to recover <i>(Estoy cerca de la muerte y es poco probable que me recupere)</i>	
		I cannot communicate and it is unlikely that my condition will improve <i>(No puedo comunicarme y es poco probable que mi estado de salud mejore)</i>	
		I do not recognize my friends or family and it is unlikely that my condition will improve <i>(No reconozco a mis familiares y amigos y es poco probable que mi estado de salud mejore)</i>	
		I am in a persistent vegetative state <i>(Me encuentro en estado vegetativo persistente)</i>	

Other (Otros):

Option 4 (Opción 4)

Initial (Marcar)	I do not wish to express preferences about health care wishes in this directive.	<i>(No deseo expresar preferencias de mis deseos referentes a mi atención médica en esta directiva.)</i>
-------------------------	---	--

Other (Otros):

Additional instructions about your health care wishes:

(Instrucciones adicionales sobre sus deseos con respecto a su atención médica):

If you do not want emergency medical service providers to provide CPR or other life sustaining measures, you must work with a physician or APRN to complete an order that reflects your wishes on a form approved by the Utah Department of Health. *(Si usted no desea que los proveedores de atención médica de emergencia le suministren CPR o algún otro método para prolongar la vida, debe pedir ayuda a un médico o un(a) APRN para completar una orden que refleje sus deseos en un formulario aprobado por el Departamento de Salud de Utah.)*

Name (Nombre): _____

UTAH ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Part III: Revoking or Changing a Directive (Parte III: Cambiar o Revocar una Directiva)

I may revoke or change this directive by (Puedo cambiar o revocar esta directiva si):

- **Writing "void" across the form, burning, tearing, or otherwise destroying or defacing this document or directing another person to do the same on my behalf** (Escribo "anulado" en el formulario, quemo, rompo, o de otro modo destruyo o desfiguro este documento o pido a otra persona que lo haga en mi nombre);
- **Signing a written revocation of the directive, or directing another person to sign a revocation on my behalf** (Firmo una revocación por escrito de la directiva, o pido a otra persona que firme una revocación en mi nombre);
- **Stating that I wish to revoke in the presence of a witness who: is 18 years of age or older, will not be appointed as my agent in a substitute directive; who will not become a default surrogate if the directive is revoked; and signs and dates a written document confirming my statement; or** (Declaro que deseo revocar la directiva en presencia de un testigo que: tiene 18 años de edad o más; no será designado como mi representante en una directiva sustituta; no se convertirá en un sustituto por defecto si la directiva es revocada; y firma y coloca fecha a un documento escrito que confirma mi declaración; o)
- **Signing a new directive.** (If you sign more than one Advance Health Care Directive, the most recent one applies.) (Firmo una nueva directiva. (Si firma más de un formulario de Predisposiciones (instrucciones) para la Atención Médica en Utah, se aplica el más reciente.))

Part IV: Making the Document Legal (Parte IV: Otorgar Validez Legal al Documento)

I sign this directive voluntarily. I understand the choices I have made, and declare that I am emotionally and mentally competent to make this directive. My signature on this form revokes any living will or power of attorney form naming a health care agent that I have completed in the past. (Firmo esta directiva voluntariamente. Comprendo las elecciones que he hecho y declaro que soy emocional y mentalmente competente para realizar esta directiva. Mi firma en este formulario revoca cualquier formulario de testamento en vida o poder que designe a un representante de atención médica que haya completado anteriormente.)

Date (Fecha)

Signature (Firma)

City, County, and State of Residence (Ciudad, Condado y Estado de Residencia)

I have witnessed the signing of this directive, I am 18 years of age or older, and I am not (Fui testigo de la firma de esta directiva, soy mayor de 18 años de edad y no):

1. **Related to the declarant by blood or marriage** (tengo un vínculo de sangre o matrimonial con el declarante);
2. **Entitled to any portion of the declarant's estate according to the laws of intestate succession of any state or jurisdiction or under any will or codicil of the declarant** (tengo derecho de recibir ninguna porción del patrimonio del declarante conforme a las leyes de sucesión intestada de cualquier estado o jurisdicción o bajo cualquier testamento o codicilo del declarante);
3. **A beneficiary of a life insurance policy, trust, qualified plan, pay on death account, or transfer or death deed that is held, owned, made, or established by, or on behalf of, the declarant** (soy beneficiario de una póliza de seguro de vida, fideicomiso, plan calificado, cuenta de pago al fallecer, o transferencia o escritura por fallecimiento, que sean propiedad del declarante, o hayan sido constituidos o establecidos por, o en nombre del declarante);
4. **Entitled to benefit financially upon the death of the declarant** (tengo derecho de obtener beneficios financieros por la muerte del declarante);
5. **Entitled to a right to, or interest in, real or personal property upon the death of the declarant** (tengo derecho a, o interés por, bienes reales o personales por la muerte del declarante);
6. **Directly financially responsible for the declarant's medical care** (soy el responsable financiero directo de la atención médica del declarante);
7. **A health care provider who is providing care to the declarant or an administrator at a health care facility in which the declarant is receiving care or** (soy un proveedor de atención médica que le está brindando atención al declarante o un administrador en una institución médica donde el declarante esté recibiendo atención; ni);
8. **The appointed agent or alternate agent.** (soy el representante designado o el suplente.)

Signature of Witness (Firma del testigo)

Printed Name of Witness (Nombre en letra de imprenta del testigo)

Street Address (Dirección)

City (Ciudad)

State (Estado)

Zip (Código Postal)

If the witness is signing to confirm a spoken directive, describe below the circumstances under which the directive was made. (Si el testigo firma para confirmar una directiva oral (verbal), describir a continuación las circunstancias bajo las cuales se realizó la directiva.)