

Preguntas y respuestas sobre la Directiva Anticipada

¿Qué es una Directiva Anticipada?

La Directiva Anticipada es un documento que expresa sus deseos con respecto a su atención médica e indica quién quiere usted que hable por usted si no puede hablar por sí mismo/a. Una Directiva Anticipada es una combinación de dos documentos legales:

- Poder de Representación para Atención Médica
- Directiva para Atención Médica

¿Qué es un Poder de Representación para Atención Médica (Poder)?

El Poder de Representación para Atención Médica le permite nombrar a un representante para atención médica. Un representante para atención médica es alguien que puede tomar decisiones sobre su atención médica, incluidas las decisiones sobre soporte vital, si usted ya no puede hablar por sí mismo/a.

¿Qué es una Directiva para Atención Médica?

Este formulario expresa sus deseos por escrito acerca de su atención médica, incluyendo decisiones sobre soporte vital si no puede hablar por sí mismo/a –por ejemplo, si está en coma. Tener instrucciones escritas puede ayudar a reducir la confusión o el desacuerdo entre sus seres queridos o proveedores de atención médica. La ley dispone que sus seres queridos y médicos deben seguir las instrucciones de su directiva de atención médica.

¿Y si necesito ayuda para preparar mi directiva anticipada?

Puede llenar la Hoja de Trabajo de Valores que viene en este documento. Eso podría ayudarle a organizar sus ideas y aclarar sus valores en referencia a sus opciones médicas. Si cree que le ayudaría si explica sus creencias acerca de sus deseos para el final de su vida, puede optar por incluirla con su directiva anticipada firmada. Si tiene preguntas o necesita orientación en la preparación de su directiva anticipada, llame a Servicios de Apoyo al 206-606-1076 y un miembro del personal con gusto le ayudará.

¿Cómo debo elegir a un representante para atención médica?

Es importante que su representante para atención médica entienda sus deseos y se comprometa a seguirlos. Esta persona asumirá la responsabilidad de tomar sus decisiones médicas, aunque otros cuestionen sus deseos.

La persona que nombre para que sea su representante para atención médica:

- Debe tener por lo menos 18 años de edad y tener todas sus facultades mentales.
- Puede ser un miembro de su familia o un amigo cercano en quien usted confía para tomar decisiones serias.
- No tiene que ser su cónyuge, pareja ni un miembro de su familia biológica.
- No tiene que vivir en Washington, pero debe ser capaz de estar a su lado en una emergencia médica.

La persona que nombre como su representante de atención médica no puede ser:

- Su médico ni un empleado de su médico.

- Un propietario, operador, administrador empleado o voluntario de un centro de atención médica en el que usted es paciente.

¿Qué sucede si no elijo a un Representante para Atención Médica?

Es recomendable que elija a un representante para atención médica. Si no elige uno, la ley de Washington se lo asignará. Le elegirán a un representante de la siguiente lista, en el siguiente orden:

- Un tutor con autoridad para tomar decisiones médicas, si un tribunal le asignó uno.
- Su cónyuge o pareja de hecho registrada (aunque estén separados legalmente pero no divorciados).
- Sus hijos mayores de edad;
- Sus padres;
- Sus hermanos adultos;
- Sus nietos adultos que estén familiarizados con usted;
- Sus sobrinos adultos que estén familiarizados con usted;
- Sus tíos adultos que estén familiarizados con usted;
- En ciertas situaciones, un adulto que es un amigo cercano*

* Para calificar como un sustituto para la toma de decisiones, un adulto que es un amigo cercano del paciente debe haber exhibido cuidado especial y preocupación por el paciente, estar familiarizado con los valores del paciente, estar razonablemente disponible para tomar decisiones de atención médica y firmar una declaración bajo pena de perjurio.

Cuando se concede autoridad a más de una persona, como sus hijos, padres o hermanos, **todos** deben estar de acuerdo. Si le preocupa que no todos estén de acuerdo, puede completar un formulario de Poder Notarial Duradero para Atención Médica para indicar específicamente quién debe tomar decisiones por usted.

¿Y si tengo un cónyuge o pareja de hecho registrada del mismo sexo?

Es posible que su pareja de hecho o su cónyuge no tenga el derecho de tomar sus decisiones de atención médica o incluso no tenga acceso a usted en una situación de emergencia médica fuera de Washington. Nombre a su pareja de hecho o cónyuge como su representante para atención médica en este formulario si viajará fuera de Washington y quiere que él/ella tome decisiones de atención médica por usted.

¿Qué es el "tratamiento de soporte vital temporal" y cuándo podría yo desearlo?

El tratamiento de soporte vital temporal puede incluir, por ejemplo, ventilación mecánica o el uso de una máquina de respiración. Quizás desee tratamientos para prolongar la vida si hay una buena posibilidad de recuperación. Por ejemplo, si tiene una infección pulmonar que podría mejorar. Por otro lado, algunas personas prefieren no prolongar su vida utilizando máquinas, independientemente de que su estado sea o no sea reversible.

Me preocupa que los medicamentos para estar cómodo y para el dolor pueden ser dañinos. ¿Es cierto que los analgésicos pueden causar que mi muerte ocurra más rápido?

Cuando alguien está muriendo, los medicamentos para el dolor solo se aumentan si la persona todavía tiene dolor. Los medicamentos para el dolor casi nunca provocan la muerte más pronto cuando se usan al final de la vida. Sin embargo, los medicamentos para el dolor pueden causar que la respiración sea más lenta o causar sedación si no los ha usado antes (o solo en pequeñas cantidades). Por eso es importante usar siempre medicamentos para el dolor de manera segura y bajo la dirección de su equipo médico. La farmacodependencia en una persona que está muriendo no es de consecuencia ética ni legal. Volverse tolerante a los medicamentos para el dolor no es adicción.

¿Puede una institución de salud negarse a cumplir mis deseos?

Algunas instituciones médicas siguen ciertas directrices religiosas o enseñanzas morales. Debido a esto, es posible que no respeten la directiva anticipada si se contrapone a sus valores institucionales. Si usted tiene una

enfermedad terminal o es probable que muera, estas instituciones suelen respetar sus deseos de suspender o no iniciar un tratamiento para prolongar la vida. Sin embargo, en situaciones de embarazo o estado vegetativo persistente, podrían negarse a respetar sus deseos. En ese caso, tiene derecho a mudarse a otro establecimiento para recibir la atención que prefiere. Entregue su directiva de atención médica a las instituciones de atención médica y a los médicos que le atienden para asegurarse de que sepan cuáles son sus preferencias.

¿La Directiva Anticipada sigue vigente después de la muerte?

La ley de Washington no permite explícitamente que las directivas de atención médica sigan vigentes después de la muerte. Usted puede indicar en su formulario de Directiva Anticipada su intención de que el documento siga vigente para que se cumplan sus deseos con respecto a tratamientos experimentales, donación de órganos/tejidos, autopsia e investigación o capacitación médica.

¿Y si decido revocar o cancelar mi Directiva Anticipada?

Usted puede revocar su Directiva Anticipada en cualquier momento escribiendo «REVOCADA» en el formulario. Notifique a su agente de atención médica, a su familia y sus médicos por escrito sobre su intención de revocar sus instrucciones anticipadas. Recomendamos encarecidamente que cree una directiva anticipada actualizada tan pronto como sea posible y que entregue copias a su representante para atención médica, a su familia y a sus médicos.

Sin embargo, no necesita revocar o cancelar su directiva anticipada si solo quiere actualizar direcciones o números de teléfono. Puede hacer esos cambios en la misma directiva. Debe poner sus iniciales y la fecha en cualquier cambio que haga. Asegúrese de revisar su Directiva Anticipada de vez en cuando para asegurarse de que refleja sus preferencias y valores actuales. Escriba sus iniciales y la fecha cada vez que haga un cambio y no se olvide compartir el formulario actualizado con su representante para atención médica, su familia y sus médicos.

¿Dónde debo guardar mi Directiva Anticipada?

Conserve el original en un lugar seguro pero accesible. Recuerde informar a sus representantes de atención médica y seres queridos dónde encontrar su documento. No le dé el original a su abogado ni lo guarde en una caja de seguridad (como una caja fuerte), para que sea accesible en caso de una emergencia. Quizás le convendría guardar copias en su cartera/bolso, automóvil o en una maleta.

¿Quién debe tener una copia?

Una vez completado su formulario, entregue fotocopias del original firmado a sus representantes para atención médica, médicos, abogado, familiares, amigos cercanos, clero, representantes y a cualquier otra persona que podría tener algo que ver con su atención médica. Si se interna en una casa de convalecencia u hospital, pida que incluyan fotocopias de sus documentos en su expediente médico. Las copias de su Directiva anticipada son tan válidas como el original.

¿Cómo les digo a las personas importantes mis deseos?

Es importante hablar sobre su Directiva Anticipada con las personas cercanas a usted. Hable de sus deseos en relación con el tratamiento médico con sus representantes para atención médica, médicos, miembros del clero, su familia y amigos a menudo, sobre todo si su estado de salud cambia. Aclare con los demás miembros de la familia que sus representantes para atención médica tendrán autoridad final para actuar en su nombre.

¿Mi médico honrará mis deseos?

Cuando les entregue la Directiva Anticipada a sus médicos, pregúnteles si la respetarán. Si no la respetarán, busque médicos que sí lo harán.

¿Qué sucede si me ofrecen otros formularios de directiva de atención médica cuando sea internado en un centro de atención médica o inscrito en un programa de atención médica en el hogar?

Entregue al personal de admisiones una copia de su directiva anticipada completa y pídales que aclaren por qué creen que debe completar sus formularios.

¿Mi Directiva Anticipada tendrá validez en una emergencia médica?

No, la Directiva Anticipada no tendrá efecto en caso de una emergencia médica. El personal de ambulancias tiene la obligación de dar reanimación cardiopulmonar (RCP) y otros tratamientos para prolongar la vida a menos que tengan en su poder un formulario de Orden del Médico sobre Tratamiento para Prolongar la Vida (en inglés lo abrevian POLST).

¿Y si viajo a otros estados?

Si usted viaja, quizás le convenga llevar copias de su Directiva Anticipada, ya que otros estados podrían respetarla. Las parejas de hecho registradas en el Estado de Washington deben siempre tener consigo sus Directivas Anticipadas cuando viajen fuera de Washington.

¿Necesito testigos o autenticación notarial de mi Directiva Anticipada?

A partir del 28 de julio de 2019, la Directiva Anticipada debe ser presenciada por 2 personas o autenticada por un notario para ser legalmente vinculante.

Los testigos no pueden ser:

- Parientes de usted por sangre o matrimonio.
- Alguien que tiene derecho a alguna parte de su patrimonio a través de la aplicación de la ley o por testamento.
- Una persona que tiene un reclamo contra sus bienes.
- Su médico ni un empleado de su médico.
- Un propietario, operador, administrador, empleado o voluntario de un centro de atención médica en el que usted es paciente en el momento de firmar su Directiva Anticipada.

La Directiva Anticipada completada antes del 28 de julio de 2019, seguirá siendo legalmente válida siempre que su versión haya cumplido con la ley del estado de Washington cuando se creó.

HOJA DE TRABAJO DE VALORES

Nombre _____

Fecha _____

Si corresponde, nombre de la persona que le ayudó a completar este documento _____

Las siguientes son preguntas que quizás deba considerar al tomar decisiones y preparar documentos sobre el tipo de atención médica que desea recibir ahora y en el futuro. Podría ser conveniente escribir sus respuestas y darles copias a los miembros de su familia y a proveedores de atención médica o simplemente utilizar las preguntas para hablar al respecto. ¿Qué tan importantes son los siguientes puntos?

	MUY IMPORTANTE			NO ES IMPORTANTE	
Dejar que la naturaleza siga su curso.	4	3	2	1	0
Conservar la calidad de vida.	4	3	2	1	0
Mantenerme fiel a mis creencias espirituales/tradiciones.	4	3	2	1	0
Vivir el mayor tiempo posible, independientemente de la calidad de vida.	4	3	2	1	0
Ser independiente.	4	3	2	1	0
Estar cómodo y tan libre de dolor como sea posible.	4	3	2	1	0
Dejar un buen recuerdo para mi familia y amigos.	4	3	2	1	0
Aportar a la investigación o la enseñanza médica.	4	3	2	1	0
Ser capaz de relacionarme con amigos y familiares.	4	3	2	1	0
No tener limitaciones físicas.	4	3	2	1	0
Estar mentalmente alerta y competente.	4	3	2	1	0
Poder dejarle dinero a la familia, amigos o instituciones benéficas.	4	3	2	1	0
Morir en poco tiempo en lugar de prolongarla.	4	3	2	1	0
Evitar altos gastos médicos.	4	3	2	1	0

¿Qué será importante para usted cuando se esté muriendo (por ejemplo, la comodidad física, no tener dolor, que los miembros de la familia estén presentes, etc.)?

¿Qué opina del uso de medidas para prolongar la vida si tiene una enfermedad terminal? ¿De un coma permanente? ¿De una enfermedad crónica irreversible, como la enfermedad de Alzheimer?

¿Tiene una opinión arraigada acerca de ciertos procedimientos médicos? Algunos procedimientos en los que podría pensar incluyen ventilación mecánica, reanimación cardiopulmonar (RCP), nutrición e hidratación artificiales, cuidados intensivos en un hospital, medicamentos para el dolor, quimioterapia o radiación y cirugía.

¿Qué limitaciones en su salud física y mental afectarían las decisiones de atención médica que tomaría?

¿Le gustaría que se tomen en cuenta los aspectos monetarios cuando se tomen decisiones de tratamiento?

¿Le gustaría que lo internen en una casa de convalecencia si su estado lo justifica?

¿Prefiere cuidados paliativos, con el objetivo de que lo mantengan cómodo en su hogar durante el período final de su vida, como una alternativa a la hospitalización?

En general, ¿desea participar en la toma de decisiones sobre su atención médica y tratamiento?

¿Quiere saber siempre la verdad acerca de su estado, las opciones de tratamiento y la probabilidad de éxito de los tratamientos?

DIRECTIVA PARA ATENCIÓN MÉDICA Y PODER DE REPRESENTACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

de: _____
{Escriba su nombre aquí, en letra de imprenta}

Este documento afirma mis decisiones sobre el tratamiento médico para prolongar la vida y cuidados paliativos. Tiene el propósito de informar y orientar a mi representante/tutor y a los médicos que tomarán las decisiones de atención médica por mí si yo no puedo hablar por mí mismo. Entiendo que antes de firmar esta directiva y el poder para atención médica puedo añadir, borrar o cambiar la redacción de esta directiva. Puedo añadir o eliminar partes de esta directiva y poder para atención médica en cualquier momento y cualquier cambio debe cumplir con las leyes del Estado de Washington o las leyes federales constitucionales para que tengan validez legal. Quiero que este formulario sustituya y anule todos los poderes para atención médica y directivas para atención médica que yo haya firmado en el pasado.

1. Cuándo quiero que se aplique este documento

Quiero que este documento se aplique si yo no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica debido a discapacidad o incapacidad. Entiendo que dicha incapacidad puede ser temporal. También entiendo que, si yo no puedo tomar ciertas decisiones, aún podría ser capaz de tomar otras. Cuando yo pueda tomar mis propias decisiones de atención médica, quiero hacerlo. Cada sección que llene a continuación anulará y sustituirá cualquier directiva de atención médica y poder para atención médica que yo haya firmado en el pasado.

Poder de Representación para Atención Médica

2. Mi representante para atención médica

Yo nombro como mi representante a:

Y como mi representante suplente a (opcional):

Nombre _____

Nombre _____

Relación _____

Relación _____

Dirección _____

Dirección _____

Teléfono _____

Teléfono _____

Preparé anteriormente {escriba sus iniciales en todas las que correspondan}:

Directiva para atención médica (es decir, testamento vital, directiva anticipada) _____ Sí _____ NO

Orden del médico para tratamiento para prolongar la vida (POLST) _____ Sí _____ NO

3. La autoridad que le concedo a mi representante para atención médica

Yo le concedo a mi representante completa autoridad para tomar todas las decisiones sobre mi atención médica. Esto incluye, entre otras cosas:

- Dar consentimiento, negar consentimiento o retirar consentimiento para el tratamiento médico recomendado por mi médico, incluidos los tratamientos para prolongar la vida;
- Pedir tratamientos médicos específicos;
- Tener acceso a mis expedientes médicos e información;

TEAM

NAME [M]

PT NO [F]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine



- Emplear y despedir a proveedores de atención médica;
- Cambiar mis aseguradoras de atención médica;
- Preparar un formulario de orden del médico sobre tratamiento para prolongar mi vida (POLST) y;
- Trasládarme de un centro de atención médica a otro centro, a una casa particular o a otro lugar y
- Solicitar cuidados paliativos o de confort.

Esta autoridad se aplica además a información regida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996 con sus enmiendas posteriores.

4. Cómo tomar mis decisiones de atención médica

Quiero que quien sea que tome mis decisiones de atención médica haga lo que yo he indicado en este documento. Si se desconocen mis deseos, entonces quiero que se tomen las decisiones que sean lo mejor para mí, teniendo en cuenta:

- mis valores,
- el contenido de este documento y
- la información médica proporcionada por mis proveedores de atención médica.

Directiva para Atención Médica

Yo preparé esta directiva para atención médica con el fin de facilitar pruebas claras y convincentes de mis deseos e instrucciones sobre mi tratamiento.

5. Cuándo no quiero recibir tratamiento para prolongar la vida

Si estoy en uno de los siguientes estados de salud, yo quiero que me dejen morir: *{ponga sus iniciales en todo lo que corresponda}*

- _____ (a) Si no soy capaz de pensar o comunicarme debido a alguna afección médica (incluido un coma) y es probable que mi estado sea permanente.
- _____ (b) Dependencia total de los demás para mi cuidado debido a mi estado de salud, que probablemente es permanente.
- _____ (c) Si tengo dolor que no se puede controlar o que solamente se puede eliminar sedándome tan profundamente que no podré comunicarme.
- _____ (d) Si tengo demencia, como la enfermedad de Alzheimer.
- _____ (e) Otras circunstancias en las que no me gustaría tratamiento para prolongar la vida (opcional):

Si este espacio no es suficiente, escriba: "Ver la hoja adjunta." Toda hoja adjunta deberá ser firmada en presencia de testigos o tener autenticación notarial. Si tiene una afección crónica y potencialmente mortal, hable sobre instrucciones específicas con su médico.

TEAM

NAME

[M]

PT NO

[F]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine



6. Uso de tratamiento temporal para prolongar la vida

Entiendo que el tratamiento temporal para prolongar la vida podría ser una opción cuando mi médico piensa que mi calidad de vida o situación podría mejorar. Si es así, entonces: *{escriba sus iniciales en una opción}*

_____ Quiero un tratamiento para prolongar la vida siempre y cuando mi médico piense que aún es apropiado intentarlo.

_____ Quiero tratamiento para prolongar la vida, por un máximo de _____ semanas. Después de ese periodo, si no he mejorado, me gustaría que me dejen morir.

_____ De todas maneras, no deseo tratamiento para prolongar la vida

7. Tratamiento que no quiero para prolongar la vida

Si tengo una afección para la que escribí mis iniciales en la sección 5 arriba o si tengo una calidad de vida que mi agente piensa que yo consideraría inaceptable, no quiero que comiencen estos tratamientos para prolongar la vida. Si ya lo comenzaron, quiero que lo suspendan (excepto para uso temporal si lo autorice en la sección 6): *{Escriba sus iniciales junto a todo lo que no quiere}*

_____ Nutrición e hidratación aparte de comida normal y de agua suministradas por vía oral, si no puedo comer y beber lo suficiente para vivir.

_____ Las medidas de reanimación cardiopulmonar (CPR) para intentar reiniciar mi corazón o mi respiración, si se detienen.

_____ Diálisis o filtración de la sangre para limpiar mi sangre de sustancias peligrosas para la vida, si mis riñones no funcionan de la manera normal.

_____ Transfusión de sangre, plasma, productos de sangre u otros líquidos para reemplazar la pérdida de sangre enferma.

Además, si tengo un POLST preparado, se debe consultar para conocer mis otras preferencias.

8. Mis deseos sobre los cuidados paliativos y los analgésicos

Si parece que tengo dolor, tengo falta de aliento o estoy incómodo/a, quiero un tratamiento vigoroso para aliviar mi dolor y mis síntomas. Quiero estar cómodo/a, incluso si mis médicos u otros proveedores médicos creen que eso podría dejarme inconsciente: *{escriba sus iniciales en una opción}*

_____ Sí _____ No

9. Si una institución de salud se niega a respetar mis deseos

Si yo soy paciente en una institución médica cuyas políticas o creencias religiosas están en conflicto con esta Directiva Anticipada, mi internación no es consentimiento implícito para los procedimientos o tratamientos que están en conflicto con esta Directiva Anticipada. Por otra parte, si la institución médica en la que yo soy un paciente no sigue mis deseos como se indican en la Directiva Anticipada, quiero que me transfieran de manera oportuna a un hospital, casa de convalecencia u otra institución que estará de acuerdo en seguir las instrucciones dispuestas en esta directiva anticipada.

10. Mis deseos con respecto a otros asuntos

Quiero que esta directiva siga vigente después de mi muerte para autopsia, donación de órganos, uso de mi cuerpo para investigación y para que mi representante haga los arreglos para mis restos, si lo autorizo a continuación. *{ponga sus iniciales en todo lo que corresponda}*

	SÍ	NO
a. Doy mi consentimiento para tratamientos médicos que son experimentales.	_____	_____
b. Quiero donar órganos/tejidos.	_____	_____
c. Doy mi consentimiento para una autopsia.	_____	_____

TEAM

NAME

[M]

PT NO

[F]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine



d. Doy mi consentimiento para usar parte o todo mi cuerpo para fines de enseñanza o investigación médica. _____

He nombrado a la siguiente persona como mi representante designado para los preparativos funerales:
{escriba sus iniciales en una opción} Si no utiliza esta sección, táchela.

Mi representante alternativo para los preparativos funerales:

_____ Mi representante de atención médica (nombrado en la sección 2 de este documento) también está autorizado para hacer los preparativos funerales

Nombre _____

Relación _____

_____ He nombrado a un representante alterno para los preparativos funerales

Dirección _____

Teléfono _____

Quiero que se disponga de mis restos de la siguiente manera:

Si ha dejado instrucciones en un testamento de bienes o ha hecho arreglos con una funeraria o People's Memorial Association, no tiene que completar esta parte. Si no utiliza esta sección, táchela.

11. Si un tribunal me designa un tutor

Si he nombrado a un representante para atención médica, quiero que mi representante sea mi tutor. Si él/ella no puede desempeñar esa función entonces quiero que mi representante alternativo sea mi tutor. Si el tribunal decide nombrar a otra persona, pido que el tribunal exija que el tutor consulte con mi representante (o alternativo) en relación a todas las decisiones de atención médica que requerirían mi consentimiento si estuviera actuando por mí mismo.

12. Cómo se puede revocar o anular este documento

Esta directiva para atención médica y poder para atención médica pueden ser revocados mediante una declaración escrita que indique ese efecto o por cualquier otra expresión de intención de revocar. Sin embargo, si expreso desacuerdo con una decisión en particular tomada en mi nombre, el desacuerdo por sí solo no es una revocación de este documento.

13. Resumen y firma {firme solo en presencia de dos testigos, si habrá testigos O ante notario, en caso de autenticación notarial}

Entiendo lo que significa este documento. Si alguna vez soy incapaz de tomar mis propias decisiones de atención médica, pido a quien las tome por mí que haga lo que yo indico aquí. Esto incluye no aplicar y/o retirar el tratamiento médico para prolongar la vida, lo que podría causar que yo muera más pronto que si se hiciera todo lo médicamente posible. Yo preparo este documento a mi libre albedrío y creo que tengo la capacidad mental y emocional para hacerlo. Quiero que este documento tenga vigencia aunque yo me vuelva incompetente.

NOTA: Debe completar la sección 14 (Declaración de los testigos) o la sección 15 (Autenticación notarial) para que este documento sea legalmente vinculante.

Firma _____

Fecha _____

Página 4 de 5

Las fotocopias y los faxes de este documento firmado son legales y válidos

TEAM

NAME

[M]

PT NO

[F]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine



HIM024 (09/22)

14. Declaración de los testigos {escriba en la siguiente línea su nombre en letra de imprenta - no los nombres de sus testigos}

_____ es alguien a quien conozco personalmente y creo que es capaz de tomar decisiones de atención médica. Afirmo que soy mayor de 18 años de edad, que no tengo parentesco con él/ella por lazos de sangre, matrimonio o adopción y que no soy su representante para atención médica nombrado en este documento. A mi leal saber y entender, yo no soy un beneficiario en su testamento ni seré agregado al mismo y no tengo ningún reclamo en contra de su patrimonio. Yo no estoy involucrado directamente en su atención médica y no soy un empleado de su médico ni del centro de atención médica en donde quizás viva la persona que prepara este documento.

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Teléfono

Nombre en letra de imprenta

Teléfono

Dirección

Dirección

15. Autenticación notarial

State of Washington, County of _____

I certify that I know or have satisfactory evidence that _____ signed this document and acknowledged it to be his/her free and voluntary act for the uses and purposes mentioned in this document.

Dated this _____ day of _____, 20_____

NOTARY PUBLIC in and for the State of Washington

Residing at _____

My commission expires _____

Nota: algunos estados exigen que las directivas anticipadas sean autenticadas por un notario. Fred Hutch proporciona autenticación notarial de las directivas anticipadas como cortesía en el Centro de Recursos para Pacientes y Familiares que se encuentra en el 3er piso de la clínica, casi siempre el mismo día y siempre con cita previa (206-606-2081).

TEAM

NAME

[M]

PT NO

[F]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine



HIM024 (09/22)