



Poder notarial para la atención médica

Sistema de Salud de Mayo Clinic: Wisconsin

Power of Attorney for Healthcare (Spanish)
Mayo Clinic Health System – Wisconsin



Form content retained in medical record.
Route to HIMS Scanning.

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)	
Birth Date (mm-dd-yyyy)	Room Number (if applicable)
Mayo Clinic Number	

Información general e instrucciones

El poder notarial para la atención médica le permite designar a una o más personas y otorgarles la potestad de tomar las decisiones sobre la atención médica que recibe en caso de que no pueda hacerlo por su cuenta. Esta persona se conoce como el representante para la atención médica. El representante para la atención médica únicamente podrá tomar las decisiones en caso de que usted no pueda hacerlo. El poder notarial no conferirá al representante para la atención médica la capacidad para hacer lo siguiente:

- Tomar decisiones económicas o sobre otros asuntos comerciales.
- Tomar ciertas decisiones sobre su tratamiento para la salud mental en Wisconsin.

Es importante que hable con el representante para la atención médica sobre el presente documento, sus puntos de vista y sus valores, a fin de garantizar el completo respeto y comprensión de estos.

Información importante que debe saber

1. Si el representante para la atención médica es su cónyuge o su pareja de hecho, y si una vez firmado este documento se anula su matrimonio, se divorcia o la relación de hecho termina, el presente será inválido. Comuníquese con el proveedor de atención médica si necesita ayuda para elaborar un documento nuevo.
2. Si quiere donar su cuerpo después de morir para los propósitos de las ciencias médicas, póngase en contacto pronto con la facultad de medicina más cercana en su estado y coordine con esta el proceso correspondiente. Concretar los acuerdos para donar su cuerpo llevará tiempo. Algunos sitios que puede contactar son los siguientes:
 - Mayo Clinic: 507-284-2693
 - Facultad de Medicina de la Universidad de Wisconsin-Madison: 608-262-2888
 - Facultad de Medicina de Wisconsin: 414-955-8261
Programa de Donación de Órganos en la Facultad de Medicina de la Universidad de Minnesota: 612-625-1111

Si dona su cuerpo para efectos de investigación científica, **no podrá** ser un donante de órganos, de tejidos ni de ojos.

Overview and Instructions

The Power of Attorney for Healthcare allows you to name one or more persons to make your healthcare decisions if you are unable to make them for yourself. The person you appoint is called your healthcare agent. Your healthcare agent may make your decisions only when you are unable to do so. It does not allow your healthcare agent to:

- Make your financial or other business decisions.
- Make certain decisions about your mental health treatment in Wisconsin.

It is important that you discuss this document, your views, and your values, with your healthcare agent, so your views and values will be fully respected and understood.

Important Information to Know

1. If your agent is your spouse or domestic partner, and if after signing this document your marriage is annulled, you are divorced or the domestic partnership is terminated, the document is invalid. Please contact your medical provider if needing assistance to create a new document.
2. If you wish to donate your body to medical science after death, contact the closest medical school in your state now and make arrangements through them. Finalizing arrangements for you to donate your body will take time.

Here are some places to contact:

- Mayo Clinic: 507-284-2693
- University of Wisconsin–Madison Medical School: 608-262-2888
- Medical College of Wisconsin: 414-955-8261
- University of Minnesota Medical School – Anatomy Bequest Program: 612-625-1111

If you donate your body for scientific research, you **cannot** be an organ, tissue, or eye donor.



Poder notarial para la atención médica

(continuación)

Power of Attorney for Healthcare (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

Como cumplimentar el presente documento

El documento de poder notarial para la atención médica se divide en las siguientes cuatro partes:

- Primera parte: Designar al representante para la atención médica
- Segunda parte: Autoridad general del representante para la atención médica
- Tercera parte: Establecimiento de voluntades, de disposiciones especiales o de restricciones
- Cuarta parte: Legalización del documento

Después de cumplimentar el documento de poder notarial para la atención médica

Conserve el documento original, haga varias copias y dé una a los siguientes:

- El representante para la atención médica y los substitutos designados en el documento
- El médico
- El hospital al que acudiría en caso de una emergencia

Si lo desea, haga copias adicionales para compartirlas con otros, por ejemplo, sus seres queridos, el Departamento de Asuntos de Veteranos, un clérigo o un abogado.

How to Complete This Document

The Power of Attorney for Healthcare form is divided into four parts:

- Part 1: Appointing a Healthcare Agent
- Part 2: General Authority of the Healthcare Agent
- Part 3: Statement of Desires, Special Provisions, or Limitations
- Part 4: Making the Document Legal

After Completing the Power of Attorney for Healthcare

Make copies, keep the original, and give one copy to:

- Your healthcare agent and alternates appointed in the document
- Your physician
- The hospital you would go to in an emergency

Make extra copies to share with others, if you wish (for example: loved ones, VA, clergy, and attorney).

Poder notarial para la atención médica

(continuación)

Power of Attorney for Healthcare (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

Información personal

Personal Information

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido) Name (First Middle Last)		Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) Birth Date (mm-dd-yyyy)		
Número de teléfono de la casa Home Phone	Número de teléfono del trabajo Work Phone	Número de teléfono móvil Mobile Phone		
Dirección Street Address	Ciudad City	Estado State	Código postal ZIP Code	

Aviso para la persona que elabora el presente documento

Tiene el derecho de tomar decisiones sobre su atención médica. No se le podrá brindar atención médica si se opone a esta, y la atención médica necesaria no se podrá suspender ni denegar si se objeta.

En vista de que quizás, en algunas ocasiones, los proveedores de atención médica no tuvieron la oportunidad de establecer una relación a largo plazo con usted, es posible que no estén al tanto de sus creencias ni de sus valores, así como de sus relaciones familiares. Esto implica un problema en caso de que pierda la capacidad física o mental para tomar decisiones respecto a la atención médica.

A fin de evitar dicha situación, puede firmar este documento legal para determinar la persona que desea que tome en su nombre las decisiones sobre la atención médica en caso de que no pueda hacerlo usted personalmente. Esta persona se conoce como su representante para la atención médica. Debe dedicar algo de tiempo a hablar con la persona o personas que designe sobre sus opiniones y sus creencias en cuanto al tratamiento médico. En el presente documento, puede aclarar qué tipo de atención médica quiere recibir o no. Además, puede definir las restricciones de la autoridad del representante para la atención médica. Si el representante para la atención médica no está al tanto de sus deseos respecto a una decisión específica sobre el tema, se le exigirá a este que, a la hora de tomar la decisión, determine lo que favorecería los mejores intereses de usted.

Notice to the Person Making This Document

You have the right to make decisions about your healthcare. No healthcare may be given to you over your objection, and necessary healthcare may not be stopped or withheld if you object.

Because your healthcare 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 healthcare.

In order to avoid this problem, you may sign this legal document to specify the person whom you want to make healthcare decisions for you if you are unable to make those decisions personally. That person is known as your healthcare 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 healthcare that you do or do not desire, and you may limit the authority of your healthcare agent. If your healthcare agent is unaware of your desires with respect to a particular healthcare decision, he or she is required to determine what would be in your best interests in making the decision.

Poder notarial para la atención médica

(continuación)

Power of Attorney for Healthcare (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

Este es un documento legal importante. Le otorga al representante para la atención médica facultades amplias para tomar en su nombre decisiones sobre la atención médica. Además, deja sin efecto cualquier poder notarial para la atención médica que haya ejecutado en el pasado. Si quiere modificar el poder notarial para la atención médica, puede anular en cualquier momento el presente documento al destruirlo, al dar instrucciones a otra persona para que lo haga en su presencia, al firmar una declaración escrita y fechada o al afirmar en la presencia de dos testigos que el documento queda sin efecto. Si lo anula, deberá notificar al representante para la atención médica, a los proveedores de atención médica o a cualquier otra persona a la que haya entregado una copia. Si el representante para la atención médica es su cónyuge o su pareja de hecho, y si una vez firmado este documento se anula su matrimonio, se divorcia o la relación de hecho termina, el presente será inválido.

También puede usar este documento para donar órganos después de su muerte, o bien, para negarse a hacer dichas donaciones. Si utiliza el documento con este propósito, el presente deja sin efecto cualquier registro previo sobre donaciones que haya hecho. Al tachar la disposición sobre donaciones de órganos en este documento, puede revocar o modificar cualquiera de estas donaciones que haga en virtud del presente.

No firme este documento a menos que lo entienda claramente. Se recomienda que proporcione la versión original de este documento a su médico o a otro proveedor principal de atención médica para que la archive.

En Wisconsin, «la versión original de un documento de poder notarial para la atención médica, una fotocopia legible o un facsímil electrónico se considerarán válidos».

This is an important legal document. It gives your agent broad powers to make healthcare decisions for you. It revokes any prior power of attorney for healthcare that you may have made. If you wish to change your power of attorney for healthcare, 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, healthcare provider(s), and any other person(s) to whom you have given a copy. If your agent is your spouse or your domestic partner, and your marriage is annulled or you are divorced or your 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 or other primary care provider.

In Wisconsin, “A power of attorney for healthcare instrument that is in its original form or is a legible photocopy or electronic facsimile copy is presumed to be valid.”

Poder notarial para la atención médica

(continuación)

Power of Attorney for Healthcare (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

PRIMERA PARTE: Designar al representante para la atención médica

Por medio del presente documento legal, designo a la persona que quiero que tome en mi nombre las decisiones sobre la atención médica en caso de que yo no pueda hacerlo. Espero tomar mis propias decisiones siempre y cuando tenga la capacidad para hacerlo, por ejemplo, suspender, iniciar, continuar o denegar algún tipo de atención médica. En Wisconsin, a no ser que se especifique lo contrario en este documento, si dos médicos (o un médico y un psicólogo, un asociado médico o un miembro del personal de enfermería especializada) afirman que no tengo la capacidad para tomar mis propias decisiones, mis representantes para la atención médica lo harán en función de mis elecciones. Al referirse a esto, se hablará de la formalización o certificación de mi poder notarial para la atención médica. La formalización en otros estados puede cambiar.

Parte A: Mis representantes para la atención médica

Cuando escoja a su representante para la atención médica, opte por alguien que lo conozca bien, en quien confíe y que acepte que en situaciones de estrés respetará y honrará sus elecciones. Esta persona debe cumplir con lo siguiente:

- Tener, como mínimo, 18 años.
- No puede ser el profesional encargado de brindarle atención médica o una persona que trabaje para este (a menos que sea un familiar cercano).

PART 1 – Appointing a Healthcare Agent

With this legal form, I am naming who I want to make healthcare choices for me if I am not able. I expect to make my own choices as long as I am able, including stopping, starting, continuing, or refusing medical care. In Wisconsin, unless otherwise specified in this document, if two physicians (or one physician and one psychologist, physician assistant, or nurse practitioner) say that I am not able to make my own decisions, my healthcare agent(s) will make decisions in accordance with my choices. This may be referred to as activation or certification of my Power of Attorney for Healthcare. Activation in other states may vary.

Part A: My Healthcare Agent(s)

When choosing your healthcare agent, choose someone who knows you well, someone you trust, and someone who agrees to respect and honor your choices under stress. This person:

- Must be at least 18 years old.
- Cannot be your medical healthcare physician or work for your healthcare physician (unless he/she is a close relative).

Poder notarial para la atención médica (continuación)

Power of Attorney for Healthcare (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

Primera opción

First Choice

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido) Name (First Middle Last)		Relación Relationship		
Número de teléfono de la casa Home Phone	Número de teléfono del trabajo Work Phone	Número de teléfono móvil Mobile Phone		
Dirección Street Address	Ciudad City	Estado State	Código postal ZIP Code	

Segunda opción Si mi primera opción de representante para la atención médica es incapaz de tomar decisiones en mi nombre o no quiere hacerlo, mi segunda opción es la siguiente:

Second Choice If my first healthcare agent is unable or does not want to make decisions for me, my second choice is:

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido) Name (First Middle Last)		Relación Relationship		
Número de teléfono de la casa Home Phone	Número de teléfono del trabajo Work Phone	Número de teléfono móvil Mobile Phone		
Dirección Street Address	Ciudad City	Estado State	Código postal ZIP Code	

Tercera opción Si mi segunda opción de representante para la atención médica es incapaz de tomar decisiones en mi nombre o no quiere hacerlo, mi tercera opción es la siguiente:

Third Choice If my second healthcare agent is unable or does not want to make decisions for me, my third choice is:

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido) Name (First Middle Last)		Relación Relationship		
Número de teléfono de la casa Home Phone	Número de teléfono del trabajo Work Phone	Número de teléfono móvil Mobile Phone		
Dirección Street Address	Ciudad City	Estado State	Código postal ZIP Code	

Poder notarial para la atención médica (continuación)

Power of Attorney for Healthcare (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

SEGUNDA PARTE: Autoridad general del representante para la atención médica

Después de la formalización o certificación, el representante para la atención médica podrá hacer, entre otras cosas, lo siguiente:

- Tomar decisiones en mi nombre respecto a la atención médica o a otros servicios, como pruebas, medicamentos y cirugías. Si ya se inició un tratamiento, mi representante para la atención médica puede decidir si se continuará con este, si se lo modificará o si se lo suspenderá, en función de las instrucciones, interpretaciones y demás conversaciones establecidas o de mis mejores intereses.
- Revisar y revelar mi expediente médico y mis archivos personales según sea necesario para la atención médica.
- Coordinar mi atención médica y mi tratamiento en cualquier estado o en cualquier país.
- Decidir qué profesionales de atención médica y qué organizaciones pueden cuidar de mí.
- Ingresarme a un asilo de ancianos y convalecientes o a una instalación residencial comunitaria durante períodos cortos a fin de recibir cuidado temporal del paciente para proporcionar descanso a la familia.

Restricciones en cuanto al tratamiento de la salud mental en Wisconsin

La legislación de Wisconsin establece que mi representante para la atención médica no puede ingresarme ni internarme en una institución para enfermedades mentales, en una instalación para la atención médica intermedia de personas con discapacidades intelectuales, en una instalación estatal de tratamiento ni en ningún tipo de instalación para el tratamiento de la salud mental. Mi representante para la atención médica no puede dar consentimiento en mi nombre para investigaciones experimentales sobre salud mental o para psicocirugías, ni para terapia electroconvulsiva u otros procedimientos radicales a fin de tratar afecciones de la salud mental.

PART 2 – General Authority of the Healthcare Agent

Upon activation/certification, my healthcare agent is able, but not limited, to:

- Make choices for me about my medical care or services, like tests, medications, and surgery. If treatment has already been started, my healthcare agent can keep it going, change it, or have it stopped depending upon my stated instructions, interpretation of other discussions, or my best interests.
- Review and release my medical records and personal files as needed for my medical care.
- Arrange for my medical care and treatment in any state or county.
- Say which health professionals and organizations may take care of me.
- Admit me to a nursing home or community-based residential facility for short-term stays for recuperative care or respite care.

Limitations on Mental Health Treatment in Wisconsin

Wisconsin law says my healthcare agent may not admit or commit me to an institution for mental diseases, an intermediate care facility for persons with an intellectual disability, a state treatment facility, or any mental health treatment facility. My healthcare agent may not consent for me to experimental mental health research or psychosurgery, electroconvulsive treatment, or drastic mental health treatment procedures.

Poder notarial para la atención médica (continuación)

Power of Attorney for Healthcare (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

Instrucciones para cumplimentar la parte 2

Coloque sus iniciales (opción preferida) o una marca de verificación al lado de las opciones presentadas: «Sí», «No» o «No se aplica». Si su elección no es clara, se considerará que optó por «No», según lo provisto por la ley de Wisconsin. Esto significa que en dicho estado, si no indica una elección o si escoge «No», únicamente un tribunal puede tomar una decisión al respecto, no el representante para la atención médica.

Instructions for Completing Part 2

Place your initials (preferred) or a check mark by options offered—"Yes," "No," or "Does not apply." If you do not make a clear choice, the statute in Wisconsin says your choice is considered to be "no." This means that in Wisconsin, if you do not indicate a choice or choose "No," only a court may make such a decision and not your healthcare agent.

1. Cuidado a largo plazo

1. Long-Term Care

De ser necesario, mi representante para la atención médica tiene la autoridad para tomar la decisión de ingresarme en un asilo de ancianos y convalecientes o en una instalación residencial comunitaria para una estadía a largo plazo.

My healthcare agent has the authority, if necessary, to make a decision about admitting me to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay.

Un asilo de ancianos y convalecientes Sí No
A nursing home Yes No

Una instalación residencial comunitaria (por ejemplo, vivienda tutelada) Sí No
A community-based residential facility (for example, assisted living) Yes No

2. Sondas de alimentación e hidratación por vía intravenosa

2. Feeding Tubes and IV Hydration

Mi representante para la atención médica tiene la autoridad para solicitar que un tratamiento con sonda de alimentación o de hidratación por vía intravenosa se inicie, se suspenda, se continúe, se deniegue, se interrumpa o se me retire.

My healthcare agent has authority to have a feeding tube or IV hydration started, stopped, continued, refused, withheld, or withdrawn from me.

Sí No
 Yes No

Si marqué la casilla «Sí» en el apartado anterior, el representante para la atención médica puede solicitar que se interrumpa el tratamiento con una sonda de alimentación o que se la retire, excepto si el médico recomienda no hacerlo debido a que me causará dolor o a que afectará mi bienestar.

If I have checked "Yes" to the above, my healthcare agent may have a feeding tube withheld or withdrawn from me, unless my physician advises that this will cause me pain or will reduce my comfort.

3. Embarazo

3. Pregnancy

Mi representante para la atención médica tiene la autoridad para tomar decisiones en mi nombre si hay un embarazo.

My healthcare agent has authority to make decisions for me if I am pregnant.

Sí No No se aplica
 Yes No Does not apply

Poder notarial para la atención médica (continuación)

Power of Attorney for Healthcare (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

TERCERA PARTE: Opcional Establecimiento de voluntades, de disposiciones especiales o de restricciones

Mi representante para la atención médica tomará decisiones coherentes con las voluntades y valores que he expresado y estará sujeto a cualquier instrucción especial o restricción que enumere en el presente documento. En caso de que existan conflictos entre mis valores y objetivos conocidos, deseo que el representante para la atención médica tome la decisión que mejor representa mis valores y mis preferencias.

PART 3 – Optional Statement of Desires, Special Provisions, or Limitations

My healthcare agent shall make decisions consistent with my stated desires and values and is subject to any special instructions or limitations that I may list here. If there are conflicts among my known values and goals, I want my agent to make the decision that would best represent my values and preferences.

No tengo NINGUNA INSTRUCCIÓN para la parte 3. Iniciales: _____

I have **NO INSTRUCTIONS** for Part 3. Initials: _____

No estoy obligado a proporcionar ninguna instrucción por escrito ni a elegir ninguna opción en la parte 3. Si no doy indicaciones, mi representante para la atención médica tomará las decisiones en función de mis instrucciones verbales o según lo que se considere mi mejor interés.

I am not required to provide any written instructions or make any selections in Part 3. If I choose not to provide any instructions, my healthcare agent will make decisions based on my verbal instructions or what is considered in my best interest.

NOTA: Es importante hablar continuamente con mis proveedores de atención médica, mis representantes para la atención médica y mi familia sobre mis preferencias y valores en cuanto a la atención médica para temas como los siguientes: suspender el tratamiento para prolongar la vida, control del dolor y de los síntomas, y reanimación cardiopulmonar (RCP). Tengo el derecho de orientar mi propia atención médica al dejar por escrito mis deseos y mis valores respecto a la atención médica en las siguientes secciones.

NOTE: It is important to have on going conversations with my provider(s), healthcare agents, and family about what my preferences and values are regarding medical care for the Stopping of Life-Prolonging Treatment, Pain and Symptom Control, and Cardiopulmonary Resuscitation (CPR). I have the right to guide my own healthcare by writing my desires and values regarding medical care in the following sections.

Poder notarial para la atención médica (continuación)

Power of Attorney for Healthcare (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)

Birth Date (mm-dd-yyyy)

Mayo Clinic Number

TERCERA PARTE: Opcional

Establecimiento de voluntades, de disposiciones especiales o de restricciones (continuación)

PART 3 – Optional

Statement of Desires, Special Provisions, or Limitations (continued)

Suspender los tratamientos para prolongar la vida

Stopping Life-Prolonging Treatments

Al considerar que se suspendan los tratamientos para prolongar la vida, lo importante para mí es lo siguiente:

When I consider stopping life-prolonging treatments, this is what is important to me:

Control del dolor y de los síntomas

Pain and Symptom Control

Conforme me acerco al final de la vida, lo que enumero a continuación es lo que encuentro más importante para gestionar el dolor y los demás síntomas.

As I near the end of my life, the following is what is most important to me to manage my pain and other symptoms.

Reanimación cardiopulmonar (RCP)

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)

Si presento muerte cardíaca, que es cuando el corazón y la respiración se detienen, lo importante para mí es lo siguiente (por ejemplo, permitir la muerte natural o solicitar atención médica intensiva):

If my heart and breathing stops, known as sudden cardiac death, this is what is important to me, for example, allow natural death, aggressive care:

Poder notarial para la atención médica (continuación)

Power of Attorney for Healthcare (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)

Birth Date (mm-dd-yyyy)

Mayo Clinic Number

TERCERA PARTE: Opcional

Establecimiento de voluntades, de disposiciones especiales o de restricciones (continuación)

PART 3 – Optional

Statement of Desires, Special Provisions, or Limitations (continued)

Cuando se acerca la muerte

When Nearing Death

Cuando esté próximo a morir y no pueda hablar, quiero compartir con mi familia y mis amigos las siguientes ideas y sentimientos, y, si el tiempo lo permite, solicito que mi representante para la atención médica haga partícipes a los siguientes familiares y amigos.

When I am nearing death and I cannot speak, I want to share with my family and friends the following thoughts and feelings and if time allows, I request my healthcare agent to include the following family and friends.

Cuando esté próximo a morir, solicito que se hagan los siguientes rituales, tradiciones, sacramentos o ceremonias, o que se proporcionen otras maneras significativas de apoyo.

When I am nearing death, I request that the following rituals, customs, sacraments, ceremonies, or other meaningful supports be provided.

Mi líder religioso/mi comunidad religiosa _____ Número de contacto _____
My faith leader/community _____ Contact number _____

Cuando esté próximo a morir, solicito que se tomen las siguientes medidas para ayudar a que esté cómodo (por ejemplo, reproducir mi música favorita, utilizar mantas cálidas, adoptar una posición específica para estar en la cama):

When I am nearing death, I request the following measures be taken to help keep me comfortable, for example, favorite music, warm blankets, position in bed:

Poder notarial para la atención médica

(continuación)
Power of Attorney for Healthcare (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)

Birth Date (mm-dd-yyyy)

Mayo Clinic Number

TERCERA PARTE: Opcional Establecimiento de voluntades, de disposiciones especiales o de restricciones

Instrucciones: En cada sección, coloque las iniciales o marque todas las opciones que se apliquen, y tache las afirmaciones con las que no está de acuerdo.

Después de mi muerte Upon My Death

PART 3 – Optional Statement of Desires, Special Provisions, or Limitations

Instructions: In each section, initial or check all that apply and/or draw line through statements you do not agree with.

Donar mis órganos, mis tejidos o mis ojos (donaciones de órganos)

Donating my organs, tissues, or eyes (anatomical gifts)

_____ Quiero donar mis ojos, mis órganos y mis tejidos, si es posible.

I do want to donate my eyes, organs and tissues, if possible.

_____ Indiqué esta elección en mi permiso de conducir o en mi tarjeta de identificación emitida por el estado.

I have indicated this choice on my driver's license or state-issued identification card.

_____ Estoy inscrito en el registro en línea para donantes en mi estado. (www.DonateLife.net)

I am registered on my state's online donor registry. (www.DonateLife.net)

_____ No quiero ser donante aunque no lo haya indicado en mi permiso de conducir ni en el registro en línea para donantes en mi estado.

I do not want to be a donor even if I have not indicated this on my driver's license and/or on the state's online donor registry.

_____ Únicamente quiero donar mi(s) _____.

I want to donate only my _____.

_____ No quiero donar mis ojos, mis órganos ni mis tejidos.

I do not want to donate my eyes, organs and tissues.

Donar mi cuerpo para la investigación científica

Donating my body to scientific research

_____ Comprendo que si dono mi cuerpo para efectos de investigación científica, no podré ser un donante de órganos, de tejidos ni de ojos.

I understand that if I donate my body for scientific research, I cannot be an organ, tissue, or eye donor.

_____ Quiero donar mis ojos, mis órganos y mis tejidos para la investigación científica. Coordiné este proceso con la siguiente institución: _____.

I do want to donate my body for scientific research. I have made arrangements for this with the following institution _____.

_____ Entiendo que seleccionar lo anterior no me inscribe en ningún programa. Debo cumplimentar toda la documentación necesaria que dicha institución exige para dar el consentimiento total y registrarme en el programa de donación de cuerpos.

I understand that selecting the above does not enroll me in a program. I must complete all necessary documentation required by that institution to fully consent and register for their body donation program.

_____ No quiero donar mi cuerpo para efectos de investigación científica.

I do not want to donate my body for scientific research.

Poder notarial para la atención médica

(continuación)

Power of Attorney for Healthcare (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)

Birth Date (mm-dd-yyyy)

Mayo Clinic Number

Autopsia

Autopsy

_____ Aceptaría que se me hiciera una autopsia si puede resultar útil para que mis parientes consanguíneos entiendan la causa de mi muerte o si lleva a información que podría ayudarles a tomar decisiones futuras sobre su atención médica.

I would accept an autopsy if it can help my blood relatives understand the cause of how I died or it might assist them with their future healthcare decisions.

_____ Aceptaría que se me hiciera una autopsia si puede resultar útil para el avance de la medicina o para la educación sobre medicina.

I would accept an autopsy if it can help the advancement of medicine or medical education.

_____ No quiero que se me haga una autopsia a menos que lo requiera la ley.

I do not want an autopsy performed on me, unless required by law.

Información y solicitudes adicionales

Other information and requests

Mis planes relacionados con la selección de la funeraria y los procesos de cremación o de sepultura son los siguientes:

Funeral home designation, cremation, or burial plans that I have made are:

_____ Al colocar mis iniciales (se prefiere) o al marcar esta casilla de verificación, confirmo que adjunté documentos adicionales sobre mi atención médica.

By placing my initials (preferred) or a check mark here, I have attached additional documents about my healthcare.

Poder notarial para la atención médica

(continuación)
Power of Attorney for Healthcare (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

CUARTA PARTE: Legalización del documento

Instrucciones: Las personas con domicilio en Wisconsin deben solicitar que se firme y se feche este documento en la presencia de dos testigos. Las personas con domicilio en Minnesota o en Iowa pueden solicitar que se firme y se feche este documento en la presencia de dos testigos o de un notario público (siguiente página).

Estoy de acuerdo con todo lo establecido en el presente documento. Hago esto de manera voluntaria.

PART 4 – Making the Document Legal

Instructions: Wisconsin residents must have this document signed and dated in the presence of two witnesses. Minnesota or Iowa residents may have document signed and dated in the presence of two witnesses or a notary public (next page.)

I agree with everything in this document. I am doing this willingly.

Firma del paciente Patient Signature ▶	Fecha (mm-dd-aaaa) Date (mm-dd-yyyy)
Nombre en letra de imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido) Printed Name (First Middle Last)	

Estoy de acuerdo con todo lo establecido en el presente documento y no tengo la capacidad para firmar con mi nombre. La persona mencionada a continuación firmó con mi nombre y en mi presencia la sección anterior.

I agree with everything in this document and I cannot sign my name. The person named below signed my name in my presence in the section above.

Nombre en letra de imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido) Printed Name (First Middle Last)	Fecha (mm-dd-aaaa) Date (mm-dd-yyyy)
---	---

Declaración de los testigos

Doy fe de que esta persona es la identificada en el documento. Considero que está en pleno uso de sus facultades mentales y que tiene al menos 18 años. Fui testigo personalmente de que firmó este documento y considero que lo hizo de manera voluntaria. Al firmar el presente en calidad de testigo, certifico lo siguiente:

- Tengo, como mínimo, 18 años
- No soy un representante para la atención médica designado por la persona que firma este documento
- No soy pariente consanguíneo de la persona que firma este documento, ni soy familiar de este por matrimonio, por adopción o por relación de pareja de hecho
- No tengo responsabilidad económica directa de la atención médica de dicha persona

Statement of Witnesses

I know this person to be the individual identified in the document. I believe him/her to be of sound mind and at least 18 years of age. I personally witnessed him/her sign this document, and I believe that he/she did so voluntarily. By signing this document as a witness, I certify that I am:

- At least 18 years old
- Not a healthcare agent appointed by the person signing this document
- Not related to the person signing this document by blood, marriage, adoption, or not the domestic partner
- Not directly financially responsible for that person's healthcare

Poder notarial para la atención médica

(continuación)

Power of Attorney for Healthcare (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

- No soy un proveedor de atención médica que actualmente presta servicios a esta persona
- No soy empleado (excepto un trabajador social o un consejero espiritual) de una instalación para la atención médica que actualmente presta servicios a esta persona
- A mi saber y entender, no tengo derecho al patrimonio de la persona ni la autorización para reclamarlo
- Not a healthcare provider directly serving the person at this time
- Not an employee (other than a social worker or chaplain) of a healthcare facility directly serving the person at this time
- Not aware that I am entitled to or have a claim against the person's estate

Primer testigo

Witness 1

Firma Signature ▶		Fecha (mm-dd-aaaa) Date (mm-dd-yyyy)	
Nombre en letra de imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido) Printed Name (First Middle Last)		Relación Relationship	
Dirección Address	Ciudad City	Estado State	Código postal ZIP Code

Segundo testigo

Witness 2

Firma Signature ▶		Fecha (mm-dd-aaaa) Date (mm-dd-yyyy)	
Nombre en letra de imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido) Printed Name (First Middle Last)		Relación Relationship	
Dirección Address	Ciudad City	Estado State	Código postal ZIP Code

Poder notarial para la atención médica

(continuación)

Power of Attorney for Healthcare (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)

Birth Date (mm-dd-yyyy)

Mayo Clinic Number

Notarización

Instrucciones para las personas que viven en Iowa y Minnesota: en lugar de tener dos testigos, los habitantes de Iowa y Minnesota pueden solicitar que un notario público autorizado en el estado respectivo firme el documento.

Instrucciones para las personas que viven en Wisconsin: la notarización de este documento no es legal para los habitantes de Wisconsin.

Notarization

Iowa and Minnesota Resident Instructions: Residents of Iowa and Minnesota may have the document signed by a notary public authorized in their state, instead of having two witnesses.

Wisconsin Resident Instructions: Notarization of this document is not legal for residents of Wisconsin.

Notario público

Notary Public

En el estado de Minnesota / Iowa (encierre uno con un círculo), condado de _____
In the State of Minnesota / Iowa (circle one), County of _____

Ante mí, el (fecha) _____, (nombre) _____
In my presence on (date) _____ (Name) _____

confirmó su firma en este documento o confirmó que autorizó a la persona que firma el presente para hacerlo en su nombre. En el presente documento, no se me designa representante para la atención médica ni representante suplente para la atención médica.

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

Firma del notario

Signature of Notary

Título del cargo (y rango si se trata de personal militar)

Title of Office (and rank for Military Personnel)

Mi cargo expira el (fecha)

My Commission Expires (date)

Nota: Por ley se exige un sello.

Si no utiliza sello, recuerde que un grabado en relieve no se transfiere al hacer copias.

Note: Stamp required by law.

If you do not use a stamp, please remember that an embosser does not transfer in making copies.

Sello del notario

Notary Stamp