



LIVING WILL (End of Life Care) Instructions

GENERAL INSTRUCTIONS: Use this form to make decisions now about your medical care if you are ever in a terminal condition, a persistent vegetative state or an irreversible coma. You should talk to your doctor about what these terms mean.

The Living Will is your written directions to your health care power of attorney, also referred to as your “agent”, your family, your physician, and any other person who might make medical care decisions for you if you are unable to communicate yourself.

It is a good idea to talk to your doctor and loved ones if you have questions about the type of care you do or do not want.

IMPORTANT: If you have a Living Will and a Health Care Power of Attorney, you must attach the Living Will to the Health Care Power of Attorney.

If you fill out this form, make sure you **DO NOT SIGN UNTIL** your witness or a notary public is present to watch you sign it.

PLEASE NOTE: At least one adult witness, not to include the proxy if there is one, OR a notary public must witness you signing this document.

DO NOT have the documents signed by both a witness and a notary, just pick one. If you do not know a notary or cannot pay for one a witness is legally accepted.

Witnesses or notary public CANNOT be anyone who is:

- (a) under the age of 18
- (b) related to you by blood, adoption, or marriage
- (c) entitled to any part of your estate
- (d) appointed as your agent
- (e) involved in providing your health care at the time this form is signed

**OFFICE OF THE ARIZONA ATTORNEY GENERAL
MARK BRNOVICH**

Living Will

My Information (I am the "Principal"):

Name: _____

Date of Birth: _____

Address: _____

Phone: _____

Email: _____

Some general statements about your health care choices are listed below. If you agree with one of the statements, you should initial that statement. Read all of these statements carefully BEFORE you initial your preferred statement. You can also write your own statement concerning life-sustaining treatment and other matters relating to your health care. You may initial any combination of paragraphs 1, 2, 3 and 4, BUT if you initial paragraph 5 the others should not be initialed.

_____ 1. If I have a terminal condition I do not want my life to be prolonged, and I do not want life-sustaining treatment, beyond comfort care, that would serve only to artificially delay the moment of my death.

***Comfort care is treatment given in an attempt to protect and enhance the quality of life without artificially prolonging life.*

_____ 2. If I am in a terminal condition or an irreversible coma or a persistent vegetative state that my doctors reasonably feel to be irreversible or incurable, I do want the medical treatment necessary to provide care that would keep me comfortable, but I DO NOT want the following:

_____ a. Cardiopulmonary resuscitation (CPR). For example: the use of drugs, electric shock and artificial breathing.

_____ b. Artificially administered food and fluids.

_____ c. To be taken to a hospital if at all avoidable.

_____ 3. Regardless of any other directions I have given in this Living Will, if I am known to be pregnant, I do not want life-sustaining treatment withheld or withdrawn if it is possible that the embryo/fetus will develop to the point of live birth with the continued application of life-sustaining treatment.

_____ 4. Regardless of any other directions I have given in this Living Will, I do want the use of all medical care necessary to treat my condition until my doctors reasonably conclude that my condition is terminal or is irreversible and incurable or I am in a persistent vegetative state.

_____ 5. I want my life to be prolonged to the greatest extent possible (If you initial here, you should not initial any of the others).

PLEASE NOTE: You can attach additional instructions on your medical care wishes that have not been included in this Living Will form. Initial or put a check mark by box A or B below. Be sure to include the attachment if you check B.

_____ A. I HAVE NOT attached additional special instructions about End of Life Care I want.

_____ B. I HAVE attached additional special provisions or limitations about End of Life Care I want.

MY SIGNATURE VERIFICATION FOR THE LIVING WILL

My Signature (Principal): _____ Date: _____

If you are unable to physically sign this document your witness/notary may sign and initial for you. If applicable, have your witness/notary sign below.

Witness/Notary Verification: The principal of this document directly indicated to me that this Living Will expresses their wishes and that they intend to adopt it at this time.

Witness/Notary Signature: _____

Name Printed: _____ Date: _____

SIGNATURE OF WITNESS

I was present when this form was signed (or marked). The principal appeared to be of sound mind and was not forced to sign this form.

Witness Signature: _____ Date: _____

Name Printed: _____

Address: _____

OR

SIGNATURE OF NOTARY

Notary Public (NOTE: If a witness signs your form, you SHOULD NOT have a notary sign):

NOTORIAL JURAT: Pertains to all three pages of this Living Will

Dated _____, 20_____.

STATE OF ARIZONA) ss

COUNTY OF _____)

Principals Name

Subscribed and sworn (or affirmed) before me this _____ day of _____, 20 _____

Notary Public Signature: _____

My Commission Expires: _____



TESTAMENTO EN VIDA (Atención al Final de la Vida) Instrucciones

INSTRUCCIONES GENERALES: Use esta forma para tomar decisiones ahora con respecto a su atención médica en caso de que usted llegue a encontrarse en una condición mortal, un estado vegetativo persistente, o una coma irreversible. Usted debe hablar con su doctor sobre lo que significan estos términos.

Un Testamento en Vida son las instrucciones por escrito a la persona estipulada en su Carta Poder para el Cuidado de la Salud también conocida como su "agente", a su familia, a su médico, y a cualquier otra persona que pueda tomar decisiones sobre su atención médica por usted si usted no puede comunicarse por sí mismo/a.

Es una buena idea hablar con su doctor y seres amados si tiene preguntas sobre el tipo de cuidado para la salud que usted quiere o no quiere.

IMPORTANTE: Si tiene un Testamento en Vida y una Carta Poder para el Cuidado de la Salud, usted debe adjuntar el Testamento en Vida a la Carta Poder para el Cuidado de la Salud.

Si usted llena esta forma, asegúrese de **NO FIRMARLA SINO HASTA** que su testigo o notario público esté presente para verle firmarla.

POR FAVOR TOME NOTA: Por lo menos un testigo adulto, que no incluya a un proxy si lo hay, O un Notario Público deben presenciar cuando usted firme este documento.

NO haga que los documentos sean firmados por ambos, un testigo y un notario, sólo elija a uno. Si usted no conoce a un notario o no puede pagar por uno, un testigo es aceptado legalmente.

El testigo o notario público NO DEBE ser cualquier persona que:

- (a) sea menor de 18 años de edad
- (b) esté relacionada con usted por sangre, adopción, o matrimonio
- (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio
- (d) sea designada como su agente
- (e) esté envuelta en el suministro del cuidado de su salud en el momento en el que esta forma sea firmada

**OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA
MARK BRNOVICH**

Testamento en Vida

Mi Información (Yo soy el/la “Principal”):

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Domicilio Electrónico: _____

Algunas declaraciones generales con respecto a sus elecciones sobre el cuidado de su salud están listadas a continuación. Si usted está de acuerdo con una de las declaraciones, debe poner sus iniciales junto a dicha declaración. Lea todas las declaraciones cuidadosamente ANTES de poner sus iniciales junto a la declaración de su preferencia. Usted también puede escribir su propia declaración en cuanto al tratamiento para sostener la vida y otros asuntos relacionados con el cuidado de su salud. Usted puede poner sus iniciales en cualquier combinación de los párrafos 1, 2, 3 y 4, PERO si usted pone sus iniciales en el párrafo 5 no debe poner sus iniciales en los otros.

_____ 1. Si yo tengo una condición mortal, yo no quiero que se prolongue mi vida, y no quiero tratamiento para sostener la vida, más allá de la atención confortante, que serviría sólo para retrasar artificialmente el momento de mi muerte.

***Atención confortante es el tratamiento provisto para tratar de proteger y mejorar la calidad de vida sin artificialmente prolongar la vida.*

_____ 2. Si yo tengo una condición mortal o estoy en una coma irreversible o en un estado vegetativo persistente que mis doctores razonablemente crean que es irreversible o incurable, yo quiero el tratamiento médico necesario para proveer el cuidado que me mantendría confortable, pero YO NO QUIERO lo siguiente:

_____ a. Resucitación cardiopulmonar (CPR). Por ejemplo, el uso de drogas, choques eléctricos, y respiración artificial.

_____ b. Alimento y fluidos administrados artificialmente.

_____ c. Ser llevado/a al hospital si es evitable.

_____ 3. Sin importar cualquier otra instrucción que yo haya dado en este Testamento en Vida, si se sabe que estoy embarazada, no deseo que se retenga o que se retire el tratamiento para sostener la vida si es posible que el embrión/feto se desarrolle al punto de un nacimiento con vida con la aplicación continua del tratamiento para sostener la vida.

_____ 4. Sin importar cualquier otra instrucción que yo haya dado en este Testamento en Vida, yo quiero usar toda la atención médica necesaria para tratar mi condición hasta que los doctores concluyan razonablemente que mi condición es mortal o es irreversible e incurable, o que yo me encuentre en un estado vegetativo persistente.

_____ 5. Yo quiero que mi vida sea prolongada tanto como sea posible (Si usted pone sus iniciales junto a esta declaración, no debe poner sus iniciales en cualquiera de las otras).

POR FAVOR TOME NOTA: Usted puede adjuntar instrucciones adicionales a sus deseos de atención médica si no han sido incluidas en esta forma de Testamento en Vida. Ponga sus iniciales o una marca junto a la casilla A o B abajo. Asegúrese de incluir el adjunto si usted marca la opción B.

_____ A. YO NO HE adjuntado instrucciones especiales sobre el Cuidado al Final de la Vida que yo quiero.

_____ B. YO SÍ HE adjuntado disposiciones o limitaciones adicionales especiales sobre el Cuidado al Final de la Vida que yo quiero.

LA VERIFICACIÓN DE MI FIRMA EN EL TESTAMENTO EN VIDA

Mi Firma (Principal): _____ Fecha: _____

Si usted no puede firmar físicamente este documento, su testigo/notario puede firmar y poner sus iniciales a su nombre. Si es aplicable, haga que su testigo/notario firme abajo.

Verificación del/la Testigo/Notario/a: El/la principal de este documento me indicó directamente que este Testamento en Vida expresa sus deseos y tiene la intención de adoptarlo en este momento.

Firma del/la Testigo/Notario/a: _____

Nombre el Letra de Molde: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL/LA TESTIGO

Yo estuve presente cuando esta forma fue firmada (o marcada). El/la principal parece estar de mente sana y no se le forzó para que firme esta forma.

Firma del/la Testigo: _____ Fecha: _____

Nombre el Letra de Molde: _____

Domicilio: _____

O

FIRMA DEL/LA NOTARIO/A

Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su forma, usted NO DEBE hacer que la firme un notario):

CERTIFICACIÓN NOTARIAL: Se refiere a las tres páginas de este Testamento en Vida

Fechado el ____ de _____ de 20 ____.

ESTADO DE ARIZONA) ss

CONDADO DE _____)

Nombre del/la Paciente

Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí este _____ día del mes de _____ de 20 _____

Firma del/la Notario/a Público/a: _____

Mi Comisión Expira en: _____



HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY Instructions and Information

GENERAL INSTRUCTIONS: Use this form if you want to select a person, called an “agent”, to make future health care decisions for you so that if you become too ill or cannot make those decisions for yourself the person you choose and trust can make medical decisions for you. Be sure you understand the importance of this document. It is a good idea to talk to your doctor and loved ones if you have questions about the type of health care you do or do not want.

AUTOPSY CHOICE: If there is no legal reason to require an autopsy, you can decide if you want one done when you die, or whether you want your agent to choose for you. There is usually a charge for voluntary autopsies. You can help your family and loved ones by making your preferences on this topic clear. For additional information on autopsies please review Arizona Revised Statutes §§ 11-591 and 11-597.

ORGAN DONATION CHOICE (OPTIONAL): You can determine if you want to donate organs or tissues, and if you do, what organs or tissues you want to donate, for what purposes, and to what organizations. You also have the option of whole-body donation for research purposes. You can also choose to have your agent decide. For additional information on Organ Donation, please review Arizona Revised Statutes §§ Title 36, Chapter 7, Article 3 for the laws that pertain to it.

FUNERAL AND BURIAL CHOICE (OPTIONAL): You can determine, your funeral and burial choices in this form. You can select if, upon your death, you would like to be buried and where, or if you would like to be cremated and where your ashes will go, or you can select your agent to make that choice.

If you fill out this form, make sure you **DO NOT SIGN UNTIL** your witness or a notary public is present to watch you sign it.

PLEASE NOTE: At least one adult witness, not to include the proxy if there is one, OR a notary public must witness you signing this document.

DO NOT have the documents signed by both a witness and a notary, just pick one. If you do not know a notary or cannot pay for one, a witness is legally accepted.

Witnesses or notary public CANNOT be anyone who is:

- (a) under the age of 18
- (b) related to you by blood, adoption, or marriage
- (c) entitled to any part of your estate
- (d) appointed as your agent
- (e) involved in providing your health care at the time this form is signed

**OFFICE OF THE ARIZONA ATTORNEY GENERAL
MARK BRNOVICH**

Health Care Power of Attorney

My Information (I am the "Principal"):

Name: _____

Date of Birth: _____

Address: _____

Phone: _____

Email: _____

Selection of my health care power of attorney and alternate:

I choose the following person to act as my agent to make health care decisions for me:

Name: _____

Home Phone: _____

Address: _____

Work Phone: _____

Cell Phone: _____

I choose the following person to act as an alternate to make health care decisions for me if my first agent is unavailable, unwilling, or unable to make decisions for me:

Name: _____

Home Phone: _____

Address: _____

Work Phone: _____

Cell Phone: _____

I AUTHORIZE my agent to make health care decisions for me when I cannot make or communicate my own health care decisions. I want my agent to make all such decisions for me except any decisions that I have expressly stated in this form that I do not authorize him/her to make. My agent should explain to me any choices he or she made if I am able to understand. I further authorize my agent to have access to my "personal protected health care information and medical records". This appointment is effective unless it is revoked by me or by a court order.

Health care decisions that I expressly DO NOT AUTHORIZE if I am unable to make decisions for myself: (Explain or write in "None")

My specific wishes regarding autopsy (additional information on page 1):

*Please note that if not required by law a voluntary autopsy may cost money. Initial your choice.

_____: Upon my death I DO NOT consent to a voluntary autopsy.

_____: Upon my death I DO consent to a voluntary autopsy.

_____: My agent may give or refuse consent for an autopsy.

My specific wishes regarding organ donation (additional information on page 1):

If you do not initial this section your agent may make these decisions for you. Initial your choice.

____: I DO NOT WANT to make an organ or tissue donation, and I DO NOT want this donation authorized on my behalf by my agent or my family.

____: I have already signed a written agreement or donor card regarding donation with the following individual or institution: _____

____: I DO WANT to make an organ or tissue donation when I die. Here are my directions:

1. What organs/tissues I choose to donate (initial below):

- a. ____: Whole body
- b. ____: Any needed parts or organs
- c. ____: These parts or organs only:
 - i. _____

2. I am donating organs/tissue for (initial below):

- a. ____: Any legally authorized purpose
- b. ____: Transplant or therapeutic purposes only
- c. ____: Research only
- d. ____: Other: _____

3. The organization or person I want my organs/tissue to go to are (initial below):

- a. ____: _____
- b. ____: Any that my agent chooses

My specific wishes regarding funeral and burial disposition (additional information on page 1):

____: Upon my death, I direct my body to be buried. (Instead of cremated)

____: Upon my death, I direct my body to be buried in: _____

____: Upon my death, I direct my body to be cremated.

____: Upon my death, I direct my body to be cremated with my ashes to be _____

____: My agent will make all funeral and burial decisions.

Do you have a living will?

If you have a Living Will, **you must attach** the Living Will to this form. A blank Living Will is available on the Attorney General’s website www.azag.gov. Initial below.

_____: I have SIGNED AND ATTACHED a completed Living Will to this Health Care Power of Attorney.

_____: I have NOT SIGNED a Living Will.

Do you have a POLST (Portable Medical Order)?

A **POLST** form is for when you become seriously ill or frail and toward the end of life. A blank POLST is available on the Attorney General’s website www.azag.gov. Initial below.

_____: I have SIGNED AND ATTACHED a completed POLST to this Health Care Power of Attorney.

_____: I have NOT SIGNED a POLST.

Do you have a Prehospital Medical Care Directive – a type of Do Not Resuscitate form (DNR)?

A blank Prehospital Medical Care Directive or DNR is available on the Attorney General’s website www.azag.gov. Initial below.

_____: I and my doctor or health care provider HAVE SIGNED a Prehospital Medical Care Directive or DNR on Paper with ORANGE background in the event that Emergency Medical Technicians or hospital emergency personnel are called and my heart or breathing has stopped.

_____: I have NOT SIGNED a Prehospital Medical Care Directive or DNR.

PHYSICIAN AFFIDAVIT (OPTIONAL)

You may wish to ask questions of your physician regarding a particular treatment or about the options in the form. If you do speak with your physician it is a good idea to ask your physician to complete this affidavit and keep a copy for his/her file.

I, Dr. _____ have reviewed this document and have discussed with _____ any questions regarding the probable medical consequences of the treatment choices provided above. This discussion with the principal occurred on this day _____.

I have agreed to comply with the provisions of this directive.

Signature of Physician

HIPAA WAIVER OF CONFIDENTIALITY FOR MY AGENT

_____ **(Initial)** I intend for my agent to be treated as I would be with respect to my rights regarding the use and disclosure of my individually identifiable health information or other medical records. This release authority applies to any information governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (aka HIPAA), 42 USC 1320d and 45 CFR 160-164.

Revocability of this Health Care Power of Attorney: I retain the right to revoke all or any portion of this form or to disqualify any agent designated by me in this document.

MY SIGNATURE VERIFICATION FOR THE HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY

My Signature (Principal): _____ Date: _____

If you are unable to physically sign this document, your witness/notary may sign and initial for you. If applicable have your witness/notary sign below.

Witness/Notary Verification: The principal of this document directly indicated to me that this Health Care Power of Attorney expresses their wishes and that they intend to adopt it at this time.

Witness/Notary Signature: _____

Name Printed: _____ Date: _____

SIGNATURE OF WITNESS (See Page 1 for who CANNOT be a witness)

I was present when this form was signed (or marked). The principal appeared to be of sound mind and was not forced to sign this form. I affirm that I meet the requirements to be a witness as indicated on page one of the health care power of attorney form.

Witness Signature: _____ Date: _____

Name Printed: _____

Address: _____

OR

SIGNATURE OF NOTARY (See Page 1 for who CANNOT be a Notary)

Notary Public (NOTE: If a witness signs your form, you SHOULD NOT have a notary sign):

NOTORIAL JURAT: Pertains to all five pages of this Health Care Power of Attorney

Dated _____, 20____.

STATE OF ARIZONA) ss

COUNTY OF _____)

Principal's Name

Subscribed and sworn (or affirmed) before me this _____ day of _____, 20 _____

Notary Public Signature: _____

My Commission Expires: _____



CARTA PODER PARA EL CUIDADO DE LA SALUD **Instrucciones e Información**

INSTRUCCIONES GENERALES: Use esta forma si usted quiere seleccionar a una persona, llamada un “agente”, para que tome decisiones futuras para el cuidado de su salud por usted, si usted está demasiado enfermo/a o no puede tomar esas decisiones por sí mismo/a, la persona que usted escoja y en la cual confíe podrá tomar decisiones médicas por usted. Asegúrese de que usted entienda la importancia de este documento. Es una buena idea hablar con su doctor y seres amados si tiene preguntas sobre el tipo de cuidado para la salud que usted quiere o no quiere.

ELECCIÓN DE AUTOPSIA: Si no hay razón legal alguna para que se requiera una autopsia, usted puede decidir si cuando usted muera desea que se le haga una autopsia o no, o si desea que su agente tome esta decisión por usted. Generalmente hay un cargo para las autopsias voluntarias. Usted puede ayudar a su familia y seres queridos clarificando sus preferencias sobre este tema. Para información adicional sobre las autopsias, por favor lea los Estatutos de Arizona Modificados §§ 11-591 y 11-597.

ELECCIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL): Usted puede determinar si desea donar sus órganos o tejidos, y si lo hace, entonces qué órganos o tejidos desea donar, para qué propósitos, y a qué organizaciones. Usted también tiene la opción de donar su cuerpo entero para propósitos de investigación. O puede optar por dejarle la decisión a su agente. Para información adicional sobre la Donación de Órganos, por favor lea en los Estatutos de Arizona Modificados §§ Título 36, Capítulo 7, Artículo 3 las leyes relacionadas con ello.

ELECCIÓN DE FUNERAL Y ENTIERRO (OPCIONAL): En esta forma usted puede determinar sus elecciones de funeral y entierro. Usted puede elegir si después de su muerte, desea que se le entierre y dónde, o si quiere ser cremado/a y a dónde irán sus cenizas, o puede elegir que su agente tome esa decisión.

Si usted llena esta forma, asegúrese de **NO FIRMARLA SINO HASTA** que su testigo o notario público esté presente para verle firmarla.

POR FAVOR TOME NOTA: Por lo menos un testigo adulto, que no incluya a un proxy si lo hay, O un Notario Público deben presenciar cuando usted firme este documento.

NO haga que los documentos sean firmados por ambos, un testigo y un notario, sólo elija a uno. Si usted no conoce a un notario o no puede pagar por uno, un testigo es aceptado legalmente.

El testigo o Notario Público NO DEBE ser cualquier persona que:

- (a) sea menor de 18 años de edad
- (b) esté relacionada con usted por sangre, adopción, o matrimonio
- (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio
- (d) sea designada como su agente
- (e) esté envuelta en el suministro del cuidado de su salud en el momento en el que esta forma sea firmada.

**OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA
MARK BRNOVICH**

Carta Poder para el Cuidado de la Salud

Mi Información (Yo soy el/la “Principal”):

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____
Domicilio Electrónico: _____

Selección de mi agente y alterno en la carta poder para el cuidado de mi salud:

Yo elijo a la siguiente persona para que actúe como mi agente en la toma de decisiones para el cuidado de mi salud a mi nombre:

Nombre: _____

Teléfono del Hogar: _____

Domicilio: _____

Teléfono del Trabajo: _____
Teléfono Celular: _____

Yo elijo a la siguiente persona para que actúe como agente alterno en la toma de decisiones para el cuidado de mi salud a mi nombre si mi primer agente no está disponible, no está dispuesto, o no puede tomar decisiones por mí:

Nombre: _____

Teléfono del Hogar: _____

Domicilio: _____

Teléfono del Trabajo: _____
Teléfono Celular: _____

YO AUTORIZO a mi agente para que tome decisiones para el cuidado de mi salud por mí cuando yo no pueda hacerlo o cuando no pueda comunicar mis propias decisiones sobre el cuidado de mi salud. Yo quiero que mi agente tome todas dichas decisiones por mí a excepción de aquellas decisiones que yo he declarado expresamente en esta forma, las cuales no autorizo que él/ella tome. Si yo puedo entender, mi agente me debería explicar cualquier elección que él/ella haya tomado. Yo además autorizo a mi agente para que tenga acceso a mis “registros de información personal protegida del cuidado de la salud y registros médicos”. Este nombramiento estará vigente a menos que sea revocado por mí o por una orden de la corte.

Decisiones para el cuidado de la salud que yo expresamente NO AUTORIZO si yo no puedo tomar decisiones por mí mismo/a: (Explique o escriba “Ninguna”)

Mis deseos específicos en cuanto a una autopsia (información adicional en la página 1):

*Por favor tenga en cuenta que si no es requerida por la ley, una autopsia voluntaria puede costar dinero. Ponga una inicial junto a su elección:

_____: Después de mi muerte YO NO consiento a una autopsia voluntaria.

_____: Después de mi muerte YO SÍ consiento a una autopsia voluntaria.

_____: Mi agente puede otorgar o denegar su consentimiento para una autopsia.

Mis deseos específicos en cuanto a la donación de órganos (información adicional en la página 1):

Si usted no pone sus iniciales en esta sección, su agente puede tomar estas decisiones por usted. Ponga una inicial junto a su elección:

____: YO NO QUIERO hacer una donación de órganos o tejidos, y YO NO QUIERO que esta donación sea autorizada a mi nombre por mi agente o mi familia.

____: Yo ya he firmado un acuerdo o tarjeta de donante por escrito con respecto a la donación con el/la siguiente individuo o institución: _____

____: YO SI QUIERO hacer una donación de órganos o tejidos cuando muera. Aquí están mis instrucciones:

1. Los órganos/tejidos que yo elijo donar (ponga sus iniciales abajo):

a. ____: Todo el cuerpo

b. ____: Cualquier parte u órgano necesario

c. ____: Sólo estas partes u órganos:

i. _____

2. Yo estoy donando los órganos/tejidos para (ponga sus iniciales abajo):

a. ____: Cualquier propósito legalmente autorizado

b. ____: Sólo para propósitos de trasplantes o terapéuticos

c. ____: Sólo para investigación

d. ____: Otro: _____

3. La organización o persona a quien quiero que vayan mis órganos/tejidos es (ponga sus iniciales abajo):

a. ____: _____

b. ____: Cualquiera que elija mi agente

Mis deseos específicos sobre la disposición del funeral y el entierro (información adicional en la página 1):

____: Después de mi muerte, yo dirijo que mi cuerpo sea enterrado. (En lugar de cremado)

____: Después de mi muerte, yo dirijo que mi cuerpo sea enterrado en: _____

____: Después de mi muerte, yo dirijo que mi cuerpo sea cremado.

____: Después de mi muerte, yo dirijo que mi cuerpo sea cremado y que mis cenizas sean _____

____: Mi agente tomará todas las decisiones del funeral y del entierro.

¿Tiene usted un testamento en vida?

Si tiene un Testamento en Vida, **usted debe adjuntar** el Testamento en Vida a esta forma. Un Testamento en Vida en blanco está disponible en el sitio web del Procurador General www.azag.gov. Ponga sus iniciales abajo.

_____: Yo he FIRMADO Y ADJUNTADO a esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud un Testamento en Vida completo.

_____: Yo NO HE FIRMADO un Testamento en Vida.

¿Tiene usted una Orden Médica Portátil (POLST por sus siglas en inglés)?

Una forma de una orden **POLST** se usa cuando usted se enferma seriamente o está muy frágil y hacia el final de su vida. Una forma de una orden POLST en blanco está disponible en el sitio web del Procurador General www.azag.gov. Ponga sus iniciales abajo.

_____: Yo he FIRMADO Y ADJUNTADO a esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud una orden POLST.

_____: Yo NO HE FIRMADO una orden POLST.

¿Tiene usted una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización – un tipo de forma para que No Le Resuciten (DNR por sus siglas en inglés)?

Una forma de una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización o DNR en blanco está disponible en el sitio web del Procurador General www.azag.gov. Ponga sus iniciales abajo.

_____: Mi doctor o proveedor de cuidado para la salud y yo HEMOS FIRMADO una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización o DNR en papel con trasfondo color NARANJA para usarse el caso en el que Técnicos de Emergencia Médica o personal de emergencia en un hospital sean llamados y mi corazón o respiración se hayan detenido.

_____: Yo NO HE FIRMADO una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización o DNR.

AFIDÁVIT DEL MÉDICO (OPCIONAL)

Es posible que usted desee hacerle preguntas a su médico con respecto a un tratamiento en particular o sobre las opciones en la forma. Si usted habla con su médico, es una buena idea pedirle a su médico que complete este affidavit y que conserve una copia para sus archivos.

Yo, el/la Dr./Dra. _____ he revisado este documento y he hablado con _____ sobre cualquier pregunta con respecto a las consecuencias médicas posibles de las opciones de tratamiento provistas arriba. Esta plática con el/la principal ocurrió en este día _____. Yo he accedido a cumplir con las disposiciones de esta directiva.

Firma del/la Médico

RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA MI AGENTE BAJO EL DECRETO HIPAA

(Inicial) Yo deseo que mi agente sea tratado/a como se me trataría a mí con respecto a mis derechos relacionados con el uso y la divulgación de mi información de salud individualmente identificable u otros registros médicos. Esta autoridad de renuncia aplica a cualquier información regida por el Decreto de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (también conocido como HIPAA por sus siglas en inglés), códigos 42 USC 1320d y 45 CFR 160-164.

Revocabilidad de esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud: Yo retengo el derecho de revocar toda o cualquier porción de esta forma o de descalificar a cualquier agente designado por mí en este documento.

VERIFICACIÓN DE MI FIRMA EN LA CARTA PODER PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Mi Firma (Principal): _____ Fecha: _____

Si usted no puede firmar físicamente este documento, su testigo/notario puede firmar y poner sus iniciales a su nombre. Si es aplicable, haga que su testigo/notario firme abajo.

Verificación del/la Testigo/Notario/a: El/la principal de este documento me indicó directamente que esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud expresa sus deseos y tiene la intención de adoptarla en este momento.

Firma del/la Testigo/Notario/a: _____

Nombre el Letra de Molde: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL/LA TESTIGO (Vea en la Página 1 quien NO PUEDE ser testigo)

Yo estuve presente cuando esta forma fue firmada (o marcada). El/la principal parece estar de mente sana y no se le forzó para que firme esta forma. Yo afirmo que satisfago los requerimientos para ser testigo como se indica en la página uno de la forma de la Carta Poder para el Cuidado de la Salud.

Firma del/la Testigo/Notario/a: _____ Fecha: _____

Nombre el Letra de Molde: _____

Domicilio: _____ X _____



FIRMA DEL/LA NOTARIO/A (Vea en la Página 1 quien NO PUEDE ser Notario/a)

Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su forma, usted NO DEBE hacer que la firme un notario):

CERTIFICACIÓN NOTARIAL: Se refiere a las cinco páginas de esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud

Fechada el ____ **de** _____ **de 20** ____.

ESTADO DE ARIZONA) ss

CONDADO DE _____)

Nombre del/la Principal

Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí este ____ día del mes de _____ de 20 ____

Firma del/la Notario/a Público/a: _____

Mi Comisión Expira en: _____