

Iniciar la conversación: Dar a conocer sus deseos sobre su cuidado médico

Voluntades anticipadas y
poder notarial
para decisiones médicas
Advance Directives and
Durable Power of Attorney
for Health Care (Spanish)



MICHIGAN MEDICINE
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Kit de herramientas para voluntades anticipadas

Este kit de herramientas consta de cinco partes. Le permite:



Antes de empezar: **Informarse sobre las voluntades anticipadas. (Página 3)**

Esta sección le ayuda a informarse sobre la planificación para el cuidado médico y los formularios que tiene que llenar.



Parte A del formulario: **Dar a conocer sus deseos sobre su cuidado médico. (Página 8)**

Este formulario le permite dejar por escrito el tipo de cuidado médico que desea para guiar a su defensor/representante del paciente. De esta manera, las personas que lo cuidan no tendrán que adivinar lo que usted desea si está demasiado enfermo para decírselo usted.



Parte B del formulario: **Elegir un defensor/representante del paciente. (Página 16)**

Un defensor/representante del paciente es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si usted está demasiado enfermo o no puede tomarlas.



Parte C del formulario: **Firmar el formulario (Página 17)**

Tiene que firmar el formulario para que se pueda usar.



Parte D del formulario: **Pedirle a su defensor/representante del paciente que firme. (Página 19)**

El defensor/representante del paciente debe firmar en la página 19 aceptando ser su defensor/representante del paciente.

Llene sólo las partes que desee.

- Si usted sólo quiere escribir la lista de sus deseos de cuidado médico vaya a la Parte A (página 8).
- Si usted sólo quiere nombrar un defensor del paciente vaya a la parte B (Página 16).
- Si quiere ambos entonces llene la Parte A y la Parte B.

Siempre firme el formulario con 2 testigos en la Parte C (página 17).



Lista de verificación de las voluntades anticipadas

Use esta lista de verificación como una guía útil para considerar sus preferencias y cumplimentar los formularios en este folleto.

- Lea este kit de herramientas de principio a fin.
- Anote todas sus preguntas.
- Consulte sus dudas con los médicos, familiares, amigos y asesores espirituales.
- Identifique la persona que quiere que sea su defensor/representante del paciente (y un defensor/representante alternativo).
- Hable con esa persona y confirme que está dispuesta a ser su defensor/representante del paciente. Dígales lo que usted desea.
- Complete la Parte A (Dé a conocer sus deseos sobre su cuidado médico) y la Parte B (Elija un defensor/representante del paciente) de este kit de herramientas.
- Identifique a 2 personas que no sean su defensor/representante del paciente, miembros de su familia o parte de su equipo de cuidado médico para que sirvan de testigos.
- Firme el formulario delante de los testigos.
- Pídale a los testigos que firmen el formulario.
- Pídale a su defensor/representante del paciente que firme el formulario.
- Haga varias copias del formulario firmado.
- Guarde una copia para usted. Guárdelo en un lugar seguro y accesible.
- Entregue copias a su defensor/representante del paciente, proveedor de salud, familiares y amigos.
- Revise este documento periódicamente



Antes de empezar

¿Por qué es importante planear el cuidado médico?

Usted siempre tiene derecho a ser incluido en las decisiones relacionadas con el cuidado médico que recibe. Sin embargo, nadie sabe lo que depara el futuro, y puede llegar el momento en el que usted sea incapaz de tomar sus propias decisiones. Al revisar este kit de herramientas e indicar sus deseos sobre su cuidado médico, puede asegurarse de que las personas cercanas a usted y las personas que le proporcionan cuidado médico sepan qué tipo de decisiones tomaría usted.

¿Cómo empiezo?

Escribir sus preferencias es una buena manera de empezar a planificar su cuidado médico. Las **voluntades anticipadas** son una declaración por escrito de sus deseos sobre su tratamiento médico. En el estado de Michigan, el formulario de **poder notarial para decisiones médicas (DPOA-HC, por sus siglas en inglés)** es la declaración de voluntades anticipadas más utilizada. **El DPOA-HC le permite nombrar su defensor/representante del paciente y es un documento legal en Michigan.**

¿Qué es un defensor/representante del paciente?

Un **defensor/representante del paciente** es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si usted está demasiado enfermo o no puede tomarlas. Nombrar un defensor/representante del paciente es su DPOA-HC. El defensor/representante del paciente sólo puede tomar decisiones médicas por usted si **2 médicos** están de acuerdo en que usted no puede tomar sus propias decisiones y está escrito en su expediente. El defensor/representante del paciente tomará las decisiones que a usted se le pediría tomar si pudiera hacerlo.

¿A quién debo elegir como defensor/representante del paciente?

A un familiar o amigo que:

- Tenga por lo menos 18 años.
- Le conozca bien.
- Pueda estar disponible cuando usted lo necesite.
- Usted confía en que va a hacer lo que es mejor para usted y va a respetar sus decisiones, incluso si no está de acuerdo con sus deseos.
- Pueda decirles a sus médicos cuáles son sus deseos con respecto a su salud.

¿Qué pasará si no elijo un defensor/representante del paciente?

- Si usted está demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones, puede que sus médicos les pidan a sus familiares más cercanos que tomen las decisiones en su lugar.
- Si los miembros de su familia no pueden tomar una decisión o no se pueden poner de acuerdo en qué decisión tomar, entonces un juez puede designar una persona para que tome decisiones por usted.
- Usted recibirá cuidado médico incluso si usted no elige un defensor/representante del paciente.

¿Qué tipo de decisiones puede tomar mi defensor/representante del paciente?

Teniendo en cuenta sus deseos, el defensor/representante del paciente puede: **aceptar, decir que no a, cambiar, detener o elegir:**

- Médicos, enfermeros, trabajadores sociales
- Hospitales o clínicas
- Medicamentos, exámenes o tratamientos
- Si usted recibe o no tratamientos de soporte vital
- Si se le opera o no
- Si se le lleva o no a un hospital o residencia de ancianos
- Qué tipo de cuidado paliativo recibe, incluidos cuidados especializados para pacientes terminales

El defensor/representante del paciente puede mirar su historial médico para ayudarse a tomar estas decisiones.

La ley define el defensor/representante del paciente en su DPOA-HC como la **persona que toma decisiones en su lugar**. Esto significa que tomará las decisiones médicas por usted. Por eso es muy importante que comparta sus deseos con su defensor/representante del paciente.

Las preferencias que usted escriba en este formulario deberán servir como una guía para su defensor/representante del paciente y para los médicos, pero no son legalmente vinculantes.

Un DPOA-HC llenado correctamente es reconocido legalmente y permite que su defensor/representante del paciente tome decisiones médicas por usted cuando usted no pueda.

¿Qué hago con el formulario cuando lo haya llenado y lo hayan firmado todas las personas requeridas?

- Traiga una copia de este formulario a la oficina de su médico u hospital para que lo añadan a su expediente médico.
- Comparta una copia del formulario con las personas que le cuidan, incluidos:
 - Su defensor/representante del paciente
 - Todos sus médicos
 - Enfermeros
 - Trabajadores sociales
 - Familiares y Amigos
- Guarde una copia para usted mismo en un lugar seguro y accesible.



Hable con su defensor/representante del paciente sobre sus elecciones.

¿Puedo cambiar de opinión?

- Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento.
- El defensor/representante del paciente debe respetar todo deseo expresado de manera verbal por usted sobre un tratamiento médico, incluso si es diferente de lo que usted escribió en el formulario.
- Si cambia de opinión, es mejor que llene y firme un nuevo formulario.
 - Dígales lo que ha cambiado a las personas que le cuidan.
 - Dé el nuevo formulario a su defensor/representante del paciente y a sus médicos.

¿Qué pasa si tengo preguntas sobre el formulario?

- Llévelo consigo cuando hable con sus médicos, enfermeros, trabajadores sociales, defensor/representante del paciente, familia o amigos para que le contesten sus preguntas.

¿Y si quiero escribir deseos sobre mi cuidado médico que no están en este formulario?

- Escriba sus deseos en una hoja de papel, firme y feche el documento.
- Guarde el papel con este formulario.
- Comparta sus deseos con las personas que le cuidan.

¿Dónde puedo averiguar más?

Hable con su proveedor de salud, por ejemplo, su médico o un trabajador social en el consultorio. Si desea hablar con un trabajador social, llame al programa de ayuda a visitantes al número 800-888-9825 y ellos le ayudarán.

También puede visitar la página de planificación del cuidado avanzado (Advance Care Planning) en el centro de coordinación de educación al paciente de U-M (U-M Patient Education Clearinghouse) <http://careguides.med.umich.edu/advance-directives>.

En el sitio web, puede encontrar más información sobre la planificación del cuidado avanzado y voluntades anticipadas, incluyendo:



- Preguntas frecuentes sobre la planificación del cuidado avanzado y voluntades anticipadas.



- Documentos adicionales de las voluntades anticipadas incluyendo un formulario de declaración de no resucitar (DNR, por sus siglas en inglés), poder notarial para decisiones médicas (DPOA – HC), la opción sobre cuidado de la salud mental y un formulario de designación de representante en la funeraria.



- Recursos adicionales para escribir sus deseos, incluidos formularios de testamento vital y herramientas de conversación.



Cómo comunicar sus deseos
y
nombrar su defensor/representante del paciente
(DPOA-HC)
Making Your Wishes Known
and
Naming Your Patient Advocate (DPOA-HC)



Parte A: Dar a conocer sus deseos sobre su cuidado médico.

Utilice esta sección para indicar sus preferencias de cuidado médico.

Esta sección no es legalmente vinculante en el estado de Michigan, pero puede servir como una guía útil para sus médicos y su defensor /representante del paciente. Puede contestar o saltarse cualquiera de las preguntas en la parte A.

Sus pensamientos sobre la vida

Your Thoughts on Life

Cuando piensa en las cosas que hacen la vida digna de ser vivida, cuáles de las siguientes afirmaciones se aplican a usted: (elegir una)

When you think about the things that make life worth living, which of the following apply to you: (pick one)

- Mi vida siempre es digna de ser vivida, independientemente de lo enfermo que esté.
My life is always worth living, no matter how sick I am
- Mi vida vale la pena vivirla sólo si puedo hacer algunas de las cosas que tienen significado para mí.
My life is worth living only if I can do some of the things that are meaningful to me.
- No estoy seguro.
I am not sure.

Si eligió la segunda opción, ponga una (X) al lado de todas las frases con las que esté más de acuerdo:

If you chose the second option, put an (X) next to all the sentences you most agree with:

- Mi vida sólo vale la pena ser vivida si puedo:
My life is only worth living if I can:
 - Hablar con familiares o amigos.
Talk to family or friends.
 - Despertar de un coma.
Wake up from a coma

- Alimentarme, bañarme o cuidar de mí mismo.
Feed, bathe, or take care of myself.
- No tener dolor.
Be free from pain.
- Vivir sin estar conectado a máquinas.
Live without being hooked up to machines.
- Vivir en mi casa (en vez de en una residencia de ancianos).
Live at home (as opposed to a nursing home).
- Otro: _____
Other
- No estoy seguro.
I am not sure.

Si voy a morir, prefiero morir: (elegir uno)

If I am dying, I prefer to die: (pick one)

- En casa.
At home
- En una instalación (hospital, hospicio o asilo).
At a facility (hospital, hospice, or nursing home).
- No estoy seguro.
I am not sure

¿La religión o la espiritualidad son importantes para usted?

Is religion or spirituality important to you?

- No No Sí Yes

Si tiene una, ¿cuál es su religión? _____

If you have one, what is your religion?

¿Qué deben saber sus médicos sobre su religión o espiritualidad?

What should your doctors know about your religion or spirituality?

No estoy seguro.
I am not sure.

¿Tiene alguna preferencia para su funeral o servicio en su memoria? Puede incluir información sobre música, lecturas o cualquier otra petición que pueda tener.

Do you have any hopes for your funeral or memorial service? You can include information on music, readings, or any other requests that you may have.

No estoy seguro.
I am not sure.

¿Tiene otros deseos o pensamientos sobre la vida que le gustaría compartir? Puede incluir información sobre cómo le gustaría que le trataran, cómo quiere que le ayuden a estar cómodo, o cualquier otra petición que pudiera tener.

Do you have any other wishes or thoughts on life that you would like to share? You can include information on how you would like to be treated, made comfortable, or any other requests that you may have.

No estoy seguro.
I am not sure.

Sus deseos sobre donación de órganos

Your Wishes About Organ Donation

Los médicos pueden preguntar sobre la posibilidad de donar sus órganos después de su muerte. Donar (dar) sus órganos puede ayudar a salvar vidas. Por favor díganos sus deseos.

Si el defensor/representante del paciente no es un pariente cercano y desea que su defensor/representante del paciente tome decisiones en su nombre después de su muerte, por favor llene un formulario de designación de representante para el funeral.

Coloque una (X) al lado de aquella única opción con la que esté más de acuerdo.

Put an (X) next to the one choice you most agree with.

Quiero donar **todos** mis órganos.
I want to donate all my organs.

Quiero donar solo estos órganos:
I want to donate only these organs:

No quiero donar mis órganos.
I **do not want** to donate my organs.

Quiero que mi **defensor/representante del paciente** decida. Si deja que su defensor/representante del paciente decida, él puede decidir después de su muerte.
I want my **Patient Advocate** to decide. If you let your Patient Advocate decide, they can make that choice after you die.

No estoy seguro.
I am not sure.

¿Tiene alguna idea adicional sobre la donación de sus órganos?

Si la tiene, por favor escríbala aquí.

Do you have any additional thoughts on donating your organs? If you do, please write them here.

Dar a conocer sus deseos sobre soporte vital

Si usted no puede hablar por sí mismo, su defensor/representante del paciente tomará las decisiones sobre el soporte vital por usted. Los tratamientos de soporte vital son los cuidados médicos para tratar de ayudarlo a vivir más tiempo.



Hable con su proveedor de salud, sus familiares y su defensor/representante del paciente sobre el tipo de tratamiento que usted quiere y el que no quiere.

La mayoría de los tratamientos médicos pueden probarse y si no ayudan pueden abandonarse después. Es importante hablar con los proveedores de salud sobre estas opciones.

Si usted está enfermo, los médicos y enfermeras siempre intentarán mantenerlo cómodo y reducir el dolor al mínimo. Tratarán de hacer lo que es mejor para usted.

Por favor lea todas las opciones que se incluyen a continuación antes de elegir. Marque una opción.

Si estoy tan enfermo que voy a morir:

Please read all options below before you make your choice. Select one option. If I am so sick that I am dying:

- Quiero que los médicos prueben **todos los tratamientos** que ellos piensen que podrían ayudarme, incluyendo el soporte vital, incluso aunque no me ayude a mejorar.

I want doctors to try **all treatments** that they think might help, including life support even if it may not help me get better.

- Quiero que los médicos hagan todo lo que crean que puede ayudarme, pero, si estoy muy enfermo y tengo muy pocas esperanzas de mejorar, **no** quiero permanecer en soporte vital.

I want doctors to do everything they think might help me, but, if I am very sick and have little hope of getting better, I do **not** want to stay on life support.

Quiero morir de muerte natural. **No** quiero tratamientos de **soporte vital**.
I want to die a natural death. I want no life support treatments.

Quiero que mi defensor/representante del paciente decida por mí con la ayuda de la información que le den los médicos y lo que yo pienso sobre la vida.

I want my Patient Advocate to decide for me with the help of information from my doctors and my thoughts on life.

No estoy seguro.
I am not sure.

Si tiene alguna preferencia específica para tratamientos, por favor escríbala aquí:

If you have any specific preferences for treatments, please write them here:

En caso de que se esté muriendo, su defensor/representante del paciente puede:

In the event you are dying, your Patient Advocate can:

- Llamar en un líder espiritual.
Call in a spiritual leader.
- Inscribirle en cuidados paliativos para pacientes terminales.
Enroll you in hospice care.
- Decidir si se muere en casa, si es posible, o en el hospital.
Decide if you die at home, if possible, or in the hospital.
- Asegurar su comodidad y el control del dolor.
Ensure your comfort and pain control.

Deseos adicionales para mi cuidado médico:

My other wishes for my health care:

Sus instrucciones para su defensor/representante del paciente

Si quiere que su defensor/representante del paciente tome decisiones que podrían permitirle morir cuando esté muy enfermo, firme la siguiente declaración.

La ley de Michigan permite que su defensor/representante del paciente rechace o detenga los tratamientos de soporte vital o reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas in inglés) solo si usted le da al defensor/representante del paciente ese poder.

Si desea darle a su defensor/representante del paciente ese poder, firme a continuación. Si prefiere no darle a su defensor/representante del paciente ese poder, puede saltarse esta sección.



Quiero que mi defensor/representante tome decisiones sobre soporte vital y tratamientos que me permitirían morir si estoy muy enfermo. Cuando tome estas decisiones, quiero que mi defensor/representante del paciente siga las pautas que he establecido.

I want my Patient Advocate to make decisions about life support and treatments that would allow me to die when I am very sick. When making these decisions, I want my Patient Advocate to follow the guidelines I have provided.

Firme su nombre aquí para dar este poder a su defensor/representante del paciente

Sign your name here to give this power to your Patient Advocate



Enséñele a su defensor/representante del paciente este formulario.

Dígale qué tipo de cuidado médico desea.

DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)



Parte B: Elija un defensor/representante del paciente

Su nombre *Your Name*

Fecha de Nacimiento *Date of Birth*

Su **defensor/representante del paciente** es la persona que puede tomar decisiones médicas por usted si usted está demasiado enfermo o no puede tomarlas usted mismo.

Si está muy enfermo y 2 médicos deciden que usted no puede tomar sus propias decisiones médicas, le pedirán al defensor/representante del paciente que las tome por usted. Seleccione a alguien de confianza para tomar las decisiones que usted quiere. También puede nombrar una o más personas para tomar las decisiones si su primera opción no pudiera. Estas otras personas serían sus defensores/representantes del paciente sucesores o secundarios.

Quiero que esta persona sea mi defensor/representante del paciente si yo ya no puedo tomar decisiones médicas por mí mismo.

I want this person to be my Patient Advocate if I can no longer make my medical decisions for myself.

Nombre *First Name*

Apellido *Last Name*

Calle *Street Address*

Ciudad *City*

Estado *State*

Código postal *Zip*

Número de teléfono de su casa

Número de teléfono del trabajo

Número de teléfono

Home phone

Work phone

celular *Cell phone*

Si la primera persona no puede hacerlo, entonces quiero que esta persona tome las decisiones médicas cuando yo no pueda y sea mi defensor/representante del paciente sucesor.

If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions when I cannot and be my successor Patient Advocate.

Nombre *First Name*

Apellido *Last Name*

Calle *Street Address*

Ciudad *City*

Estado *State*

Código postal

Número de teléfono de su casa

Número de teléfono del trabajo

Número de teléfono celular

Home phone

Work phone

Cell phone

DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)**Parte C: Firmas**

Antes de que estas voluntades anticipadas se puedan utilizar, usted deberá:

- Firmar este formulario en la página 18.
- Pedirles a 2 testigos que firmen el formulario en la página 18.

Sus testigos *deben*:

- Tener por lo menos 18 años.
- Verle a usted firmar este formulario y firmarlo el mismo día.

Sus testigos *no pueden*:

- Ser su defensor/representante del paciente.
- Ser su proveedor de salud.
- Trabajar con su proveedor de salud.
- Trabajar en el lugar donde usted vive (si usted vive en una residencia de ancianos u hogar comunitario).
- Ser su cónyuge, su padre/madre, su hijo/a o nieto/a, o su hermano/a.
- Beneficiarse financieramente (obtener dinero o propiedades) después de su muerte.
- Trabajar para su compañía de seguros.

Sus 2 testigos **no** tienen que leer estas voluntades anticipadas.

Sí que tienen que verle firmar el formulario y firmarlo ellos mismos el mismo día.

Firman asegurar que mientras usted firmaba el formulario, aparentemente usted tenía la mente clara y que nadie le obligó a firmar. Algunos ejemplos de quienes podrían ser sus testigos son vecinos, miembros de la iglesia o amigos.

No necesita un notario o un abogado para cumplimentar este formulario.

DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)



1. Su firma Your Signature

Firme su nombre Sign your name

Fecha Date

Escriba su nombre en letras de imprenta

Escriba su apellido en letras de imprenta

Print Your First Name

Print your Last Name

Calle Street Address

Ciudad City

Estado State

Código postal Zip

Fecha de nacimiento (mes/día/año) Date of Birth (Month/Day/Year)



2. Firmas de los testigos Witnesses' Signatures

Al firmar, aseguro que _____ firmó este formulario en mi presencia.
(nombre del paciente)

Parecía que estaban pensando claramente y que nadie le obligó a firmar.

By signing, I promise that _____ signed this form while I watched.
(patient name)

They appeared to be thinking clearly and were not forced to sign it.

Testigo n.º 1 Witness #1

Firme su nombre Sign your name

Fecha Date

Escriba su nombre en letras de imprenta

Escriba su apellido en letras de imprenta

Print Your First Name

Print your Last Name

Calle

Ciudad City

Estado State

Código postal Zip

Testigo n.º 2 Witness #2

Firme su nombre Sign your name

Fecha Date

Escriba su nombre en letras de imprenta

Escriba su apellido en letras de imprenta

Print Your First Name

Print your Last Name

Calle Street Address

Ciudad City

Estado State

Código postal Zip

DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)



Parte D: Aceptación del defensor/representante del paciente

El defensor/representante del paciente debe leer y firmar este formulario.

Como defensor/representante del paciente:

- Usted debe actuar siempre pensando en el beneficio paciente y no en su propio interés.
- Sólo empezará a tomar decisiones por el paciente después de que 2 médicos estén de acuerdo en que el paciente está demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones.
- No podrá tomar decisiones que el paciente no podría tomar normalmente.
- Usted no tiene el poder de discontinuar el tratamiento de una paciente embarazada si el hacerlo causara su muerte.
- Puede tomar la decisión de parar o no iniciar tratamientos y permitir que el paciente muera de forma natural si él ha dejado claro que usted puede tomar esa decisión.
- Usted no puede recibir dinero por su papel como defensor/representante del paciente, pero se le puede reembolsar el dinero que gaste en los gastos médicos del paciente.
- Usted debe ayudar a proteger los derechos del paciente tal como lo define la ley.
- No puede tomar decisiones que vayan en contra de los deseos del paciente sobre la donación de órganos.
- El paciente puede decidir que usted ya no es su defensor/representante del paciente cuando quiera.
- Usted puede decidir que usted ya no es el defensor/representante del paciente cuando quiera.

Al firmar, digo que entiendo lo que dice este documento y que seré el defensor/representante del paciente _____ (nombre del paciente).

By signing, I am saying that I understand what this document says and that I will be the Patient Advocate for _____ (name of patient).

Firma del defensor/representante del paciente
Patient Advocate's Signature

Fecha Date

Firma del 2º defensor/representante del paciente
2nd Patient Advocate's Signature

Fecha Date



Lista de verificación final de las voluntades anticipadas

Utilice esta lista de verificación como una guía útil para asegurarse de que ha:

- Elegido a una persona de confianza como defensor/representante del paciente.
- Identificado a 2 personas que no sean su defensor/representante del paciente, miembros de su familia o parte de su equipo de cuidado médico para que sirvan de testigos.
- Firmado el formulario delante de los testigos.
- Visto que sus testigos han firmado el formulario.
- Visto que su defensor/representante del paciente ha firmado el formulario.

¿Qué hago ahora?

- Haga copias del formulario.
- Dele una copia a su proveedor de salud.
- Pídale a su médico que ponga el formulario en su expediente médico.
- Dele una copia a su defensor/representante del paciente
- Entregue copias a su familia y amigos.
- Mantenga su copia en un lugar seguro y accesible.
- Revise el formulario una vez al año o cuando sea necesario.

Review the form once a year or as needed.

Si **no** está de acuerdo con la información incluida en el formulario, llene un nuevo formulario. Si **está de acuerdo**, puede ratificar el formulario en el espacio provisto a continuación:

○ Fecha _____ Inicial _____ ○ Fecha _____ Inicial _____
Date Initial Date Initial

○ Fecha _____ Inicial _____ ○ Fecha _____ Inicial _____
Date Initial Date Initial

- Si lo desea, llene la tarjeta que se incluye a continuación y guárdela en su billetera:

<hr/>		
Escriba su nombre en letra de imprenta	Firma	Fecha
<input type="checkbox"/> Tengo un poder notarial para decisiones médicas		
He discutido mi cuidado con mi defensor/representante del paciente, familia y médico. Si soy incapaz de hablar por mí mismo, póngase en contacto con:		
<hr/>		
Nombre del defensor/representante	Número de Teléfono	

<hr/>		
Print your name	Signature	Date
<input type="checkbox"/> I have a Durable Power of Attorney for Health Care		
I have discussed my care with my patient advocate, family, and doctor. If I am unable to speak for myself, please contact:		
<hr/>		
Advocate Name	Telephone Number	

(c) 2017 Regentes de la Universidad de Michigan. Voluntades anticipadas: *Have a say about how you want to be treated if you get very sick (Expresa su opinión sobre cómo quiere que le traten si estuviera muy enfermo)* está a su disposición bajo la [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License](#).

Adaptado de:

- [California Advance Health Care Directive](#), (c) 2015 Rebecca Sudore, MD. Disponible bajo [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 2.0 License](#).
- [Advance Directives and Durable Power of Attorney for Health Care \(Voluntades anticipadas y poder notarial para decisiones médicas\) by Henry Ford Health System](#). (Estudio derivado del anterior). Disponible bajo Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 2.0 License.

(c) 2017 Regents of the University of Michigan. *Advance Directives: Have a say about how you want to be treated if you get very sick* is made available under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License](#).

Adapted from:

- [California Advance Health Care Directive](#), (c) 2015 Rebecca Sudore, MD. Available under the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 2.0 License](#).
- [Advance Directives and Durable Power of Attorney for Health Care by Henry Ford Health System](#). (Derivative work of the above). Available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License.



MICHIGAN MEDICINE
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Discrimination is Against the Law!

Michigan Medicine complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

Michigan Medicine does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

Michigan Medicine provides free aids and services to people with disabilities to help communicate effectively while receiving care, such as:

- Qualified sign language interpreters; and
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats and other formats).

Michigan Medicine provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified language interpreters; and
- Information written in other languages.

If you need these services while at Michigan Medicine, contact Interpreter Services at 734-936-7021.

If you believe that Michigan Medicine has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with:

Patient Civil Rights Coordinator
Michigan Medicine
2901 Hubbard
Ann Arbor, Michigan 48109-2435
Phone - (734) 936-6439
Fax - (734) 347-0696
Email - MichMed_patients_rights@med.umich.edu

You can file a grievance in person, by mail, fax, or e mail. If you need help filing a grievance, the Patient Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. This can be done electronically, through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7607 (TDD)

Complaint forms are available at:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
Form Made Fillable by eForms



If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call our Interpreter Services office at **734-936-7021** and identify your language. If you would like information regarding your rights and responsibilities as a patient, please ask your Michigan Medicine care provider.

Si usted habla **español** tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **877-810-4719** y pida que le conecten con la oficina de los Servicios de Interpretación al 734-936-7021. Si desea usted obtener información con respecto a sus derechos y responsabilidades como paciente consulte, por favor, con su proveedor de atención médica de *Michigan Medicine*.

إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فخدمات المساعدة اللغوية متوفرة مجاناً لك. اتصل على **855-800-9252** واطلب التواصل مع مكتب خدمات الترجمة الشفوية على الرقم **734-936-7021**. إذا كنت ترغب في معلومات متعلقة بحقوقك ومسؤولياتك كمرضى، يرجى أن تطلب من مقدمي رعايتك في "طب ميشيغان".

如果您说中文，您可以获得语言协助的免费服务。请拨打 **877-810-4720**，请求连接到翻译服务办公室（734-936-7021）。如果您想获得关于病人权利和责任的资料，请向您的密西根医学部的提供者咨询。

Nếu bạn nói tiếng **Việt**, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi đến số **844-590-8944**, và yêu cầu được kết nối với văn phòng Dịch Vụ Thông Dịch theo số 734-936-7021. Nếu bạn muốn thông tin về quyền và trách nhiệm của mình với tư cách là bệnh nhân, vui lòng hỏi bác sĩ chăm sóc Michigan Medicine của bạn.

Nëse ju flisni **shqip**, atëherë ju ofrohen shërbime gjuhësore, pa pagesë. Thirrni numrin **844-562-3982** dhe kërkoni që t'ju lidhin me zyrën e përkthyesve në numrin 734-936-7021 dhe tregoni se cilën gjuhë e flisni. Nëse dëshironi informacion në lidhje me të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja si pacient, ju lutemi kontaktoni dhe pyesni ofruesin e kujdesit shëndetësorë të Michigan Medicine.

한국어를 하시는 분들께 통역 서비스가 무료로 제공됩니다. **855-938-0571** 로 전화하셔서, 통역 서비스 사무실 전화 번호인 734-936-7021 로 연결해 주도록 요청하십시오. 환자로써의 권리와 책임에 관한 정보를 원하시면, 미시간 메디신 (Michigan Medicine) 의 의료진에게 문의하십시오.

আপনি **বাংলায়** কথা বললে, বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা পাবেন। **734-936-7021** নম্বরে আমাদের দোভাষী পরিষেবার অফিসে ফোন করে আপনার ভাষার (Bengali) নাম বলুন। অংশগ্রহণকারী হিসাবে আপনার অধিকার ও কর্তব্যের সম্পর্কে জানতে চাইলে আমাদের মিশিগান মেডিসিন কেয়ার প্রোভাইডারের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

Jeśli mówisz **po polsku**, możesz skorzystać z bezpłatnych usług tłumaczeniowych. Zadzwoń pod nr **844-562-3986** i poproś o połączenie z biurem usług tłumaczeniowych pod nr 734-936-7021. W przypadku chęci uzyskania informacji dotyczących praw i obowiązków pacjenta zwróć się do dostawcy usług medycznych Michigan Medicine.

Wenn Sie **Deutsch** sprechen, stehen für Sie kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufen Sie **844-562-3984** an und lassen Sie sich mit dem Dolmetscherdienst unter der Rufnummer 734-936-7021 verbinden. Informationen über Ihre Rechte und Pflichten als Patient erhalten Sie über Ihren Gesundheitsdienstleister bei Michigan Medicine.

Si parla **italiano**, avrà gratuitamente a disposizione servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero **844-562-3985** e chiedi di essere messo in contatto con l'ufficio per i servizi di interpretariato (Interpreter Services) al numero 734-936-7021. Se desidera informazioni sui suoi diritti e responsabilità come paziente, consulti il suo referente sanitario Michigan Medicine.

日本語をお話になる方は、無料で言語支援サービスをご利用になれます。855-322-5032 に電話をかけ、通訳サービス課 734-936-7021 につなぐようお願いください。患者としての権利と責任に関する情報をお望みの場合は、ミシガン・メディシンの医療提供者にお問い合わせください。

Если Вы говорите **по-русски**, услуги переводчиков будут предоставлены Вам бесплатно. Звоните по телефону **855-938-0572** и попросите, чтобы Вас соединили со службой переводчиков по телефону 734-936-7021. Если Вы хотите получить информацию о правах и обязанностях пациента, попросите об этом Вашего врача из системы Мичиганской Медицины.

Ako govorite **hrvatski/srpski**, dostupna Vam je besplatna podrška na Vašem jeziku. Kontaktirajte našu prevoditeljsku službu na broj **734-936-7021** i recite kojim jezikom govorite (Serbo-Croatian). Ako se želite informirati o svojim pravima i obvezama kao pacijenta, molimo Vas da se obratite pružatelju skrbi u sklopu Sveučilišta Michigan.

Kung nagsasalita ka ng **Tagalog**, may mga magagamit kang libreng serbisyo sa tulong sa wika. Magtanong sa tanggapan ng aming Mga Serbisyo ng Interpreter sa **734-936-7021** at tukuyin ang iyong wika (Tagalog). Kung gusto mong makakuha ng impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan at responsibilidad bilang isang pasyente, mangyaring tumawag sa iyong provider ng pangangalaga sa Michigan Medicine.

Si vous parlez **français**, les services d'aide pour les langues sont à votre disposition et sont gratuits. Appelez le **855-800-9253** et demandez à être mis en relation avec le bureau du Service des interprètes au 734-936-7021. Si vous souhaitez des informations concernant vos droits et responsabilités en tant que patient, veuillez les demander à votre professionnel de santé de Michigan Medicine.

اگر شما به زبانی غیر از انگلیسی صحبت میکنید. سرویس ترجمه ی رایگان با شمار **844-562-3983** ه در دسترس سان میباشد. بعد از اینکه با این شماره تماس گرفتید. بلافاصله با شماری ه دفتر ترجمه ی ما با **734-936-7021** تماس بگیرید و زبانی که صحبت میکنید را با ما در میان بگذارید. اگر میخواهید اطلاعات مربوط به حقوق و تکالیف خود را به عنوان یک بیمار دریافت کنید. لطفاً از کسی که شما را معالجه میکند در Michigan Medicine آنها رقته اضا کنید.

अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएँ आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध होंगी। **734-936-7021** पर हमारे व्याख्याकार सेवा अधिकारी को कॉल करें और अपनी भाषा (Hindi) की पहचान करें। अगर मरीज़ के रूप में आपको अपने अधिकारों और ज़िम्मेदारियों के बारे में जानकारी चाहिए, तो कृपया अपने मिशिगन चिकित्सा देखभाल प्रदाता से पूछें।