

## Advance Directive including Power of Attorney for Health Care

### *Declaración de voluntad anticipada con poder judicial para atención médica*

---

## Overview

### *Panorama general*

This is a legal document, developed to meet the legal requirements for Wisconsin. This document provides a way for a person to create a Power of Attorney for Health Care and other documentation that will meet the basic requirements for this state.

*Este es un documento legal, desarrollado para cumplir con los requisitos legales de Wisconsin. Este documento proporciona información para que una persona pueda crear un Poder Notarial para el Cuidado de la Salud y otros documentos que cubren los requisitos básicos para este estado.*

This advance directive allows you to appoint another person and alternate people to make your health care decisions if you become unable to make these decisions for yourself. The person you appoint is called your **health care agent**. This document gives your health care agent authority to make your decisions *only when you have been determined incapable by your physicians to make them*. It does not give your health care agent any authority to make your financial or other business decisions. In addition, it does not give your health care agent authority to make certain decisions about your mental health treatment.

*Esta directiva anticipada le permite nombrar a otra persona o personas para que tomen las decisiones sobre su atención médica en caso de que usted quede incapacitado para tomar por sí mismo estas decisiones. La persona (o personas) que usted nombre es (son) su Agente(s) de Atención Médica. Este documento otorga a su **Agente de Atención Médica** la autoridad para tomar sus decisiones sólo cuando su médico o médicos determinen que usted está incapacitado para tomar decisiones sobre su atención médica. No otorga a su Agente de Atención Médica ninguna autoridad para tomar sus decisiones financieras ni ninguna otra decisión comercial. Así mismo, no otorga a su Agente de Atención Médica la autoridad de tomar decisiones acerca de su tratamiento de salud mental.*

Before completing this document, take time to read it carefully. **It also is very important that you discuss your views, your values, and this document with your health care agent.** If you do not closely involve your health care agent, and you do not make a clear plan together, your views and values may not be fully respected because they will not be understood.

*Antes de completar este poder judicial para atención médica, dedique tiempo para leerlo detenidamente. **Es también muy importante que discuta sus puntos de vista, sus valores y este documento con su proveedor de atención médica.** Si no involucra a su Agente de Atención Médica y no realizan juntos un plan claro, es posible que no se respeten completamente sus puntos de vista y sus valores debido a que no se entienden.*

January, 2014

The name "Honoring Choices Wisconsin" is used under license from East Metro Medical Society Foundation.

*Si desea documentar sus puntos de vista sobre su atención médica futura, pero no quiere o no desea usar este poder judicial para atención médica, pida consejo a su organización de atención médica o a su abogado acerca de las alternativas.*

This is an advance directive for:

*Este poder judicial para atención médica es para:*

Name (Nombre) \_\_\_\_\_  
Date of Birth (Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_  
Telephone (Home) (Teléfono de casa) \_\_\_\_\_ Work (Trabajo) \_\_\_\_\_  
Cell (Celular) \_\_\_\_\_  
Address (Dirección) \_\_\_\_\_  
City (Ciudad) \_\_\_\_\_ State/ZIP (Estado/Código Postal) \_\_\_\_\_

**NOTICE TO PERSON MAKING THIS DOCUMENT**  
*Aviso para la persona que prepara este documento.*

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

*Usted tiene el derecho de tomar sus decisiones sobre su atención médica. No se le proporcionará atención médica si usted se opone y la atención médica necesaria no se podrá suspender ni retener sin su permiso.*

**Because your health care 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 health care.**

*Debido a que en algunos casos sus proveedores de atención médica pueden no tener la oportunidad de establecer una relación a largo plazo con usted, frecuentemente no están familiarizados con sus creencias y valores ni con los detalles de sus relaciones familiares. Esto representa un problema en caso de que se vuelva física o mentalmente incapaz de tomar decisiones sobre su atención médica.*

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

*Para evitar este problema, puede firmar este documento legal a fin de especificar a una persona que desee tomar las decisiones de atención médica por usted en caso de que quede incapacitado para tomar esas decisiones personalmente. Esa persona se conoce como su Agente de Atención Médica. Debe dedicar tiempo para hablar con la persona o personas que haya nombrado como su Agente de Atención Médica sobre sus pensamientos y creencias relacionados con el tratamiento. Puede declarar en este documento cualquier tipo de*

*atención médica que desee o que no desee, y puede limitar la autoridad de su Agente de Atención Médica. Si su Agente de Atención Médica no se entera de sus deseos con respecto a una decisión particular sobre la atención médica, se requiere que él o ella al tomar una decisión determine lo que sería en su mejor interés.*

**This is an important legal document. It gives your agent broad powers to make health care decisions for you. It revokes any prior power of attorney for health care that you may have made. If you wish to change your power of attorney for health care, 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, your health care providers, and any other person to whom you have given a copy. If your agent is your spouse or domestic partner and your marriage is annulled or you are divorced or the domestic partnership is terminated after signing this document, the document is invalid.**

*Éste es un documento legal importante. Otorga a su agente amplios poderes para tomar decisiones sobre su atención médica a su nombre. Revoca cualquier poder judicial para atención médica anterior que pueda haber preparado. Si desea cambiar su poder judicial para atención médica, puede revocar este documento en cualquier momento destruyéndolo, dirigiendo a otra persona para que lo destruya en su presencia, firmando una declaración por escrito y fechada, o declarando que se revoca en presencia de dos testigos. Si revoca su poder judicial para atención médica, debe notificarlo a su agente, a sus proveedores de atención médica, y a cualquier otra persona a quien haya entregado una copia. Si su agente es su cónyuge y su matrimonio se anula o se divorcia después de firmar este documento, este documento será inválido.*

**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.**

*También puede usar este documento para hacer o rehusarse a hacer cualquier obsequio anatómico (donación de órganos o tejidos) a su fallecimiento. Si utiliza este documento para hacer o rehusarse a hacer un obsequio anatómico, este documento revoca cualquier documento anterior de un obsequio anatómico que usted haya hecho. Usted puede revocar o cambiar cualquier obsequio anatómico que haga mediante este documento tachando la disposición de obsequios anatómicos de este documento.*

**Do not sign this document unless you clearly understand it.**

*No firme este documento a menos que usted lo entienda claramente.*

**It is suggested that you keep the original of this document on file with your physician.**

*Se sugiere que conserve en original este documento en su expediente médico.*

---

## Part 1: My Health Care Agent

### Parte 1: Mi Agente de Atención Médica

If I am no longer able to make my own health care decisions, this document names the person I choose to make these choices for me. This person will be my health care agent. This person will make my health care decisions when I am determined to be incapable of making health care decisions as provided under Wisconsin law. I understand that it is important for my health care agent and me to have ongoing discussions about my health and health care choices.

*Si ya no puedo tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica, este documento nombra a la persona que yo selecciono para que tome estas decisiones por mí. Esta persona será mi Agente de Atención Médica. Esta persona tomará las decisiones sobre mi atención médica cuando se determine que soy incapaz de tomar decisiones sobre mi atención médica en virtud de lo estipulado por las leyes estatales de Wisconsin. Entiendo que es importante para mi Agente de Atención Médica y yo que tengamos conversaciones frecuentes acerca de mis opciones de salud y de atención médica.*

When selecting someone to be your health care agent, choose someone who knows you well, who you trust, who is willing to respect your views and values, and who is able to make difficult decisions in stressful circumstances. Often family members are good choices, but not always. Choose someone who will closely follow what you want and will be a good advocate for you. Take time to discuss this document and your views with the person(s) you choose to be your health care agent(s).

*Cuando seleccione a alguien para que sea su Agente de Atención Médica, seleccione a alguien que le conozca bien, en quien usted confíe, que esté dispuesto a respetar sus puntos de vista y sus valores, y que pueda tomar decisiones difíciles en circunstancias estresantes. Frecuentemente los miembros de la familia son buenas opciones, pero no siempre. Dedique tiempo para hablar sobre este documento y sobre sus puntos de vista con la persona o personas que usted escoja como su agente o agentes.*

Your health care agent must be at least 18 years old and may not be one of your health care providers, or an employee of your health care provider, unless he or she is a close relative. You may also designate an alternate and second alternate health care agent.

*Su Agente de Atención Médica debe tener al menos 18 años de edad o ser mayor, y no puede ser su proveedor de atención médica ni un empleado de su proveedor de atención médica, a menos que sea un pariente cercano. Puede seleccionar un segundo Agente de Atención Médica u otro alternativo.*

### The person I choose as my health care agent is:

*La persona que selecciono como mi Agente de Atención Médica es:*

Name (Nombre) \_\_\_\_\_  
Relationship (Parentesco) \_\_\_\_\_  
Telephone (Home) (Teléfono de casa) \_\_\_\_\_ (Work)(Trabajo) \_\_\_\_\_  
(Cell)(Celular) \_\_\_\_\_  
Address (Dirección) \_\_\_\_\_  
City (Ciudad) \_\_\_\_\_ State/ZIP (Estado/Código postal) \_\_\_\_\_

If this health care agent is unable or unwilling to make these choices for me, **then my next choice for a health care agent is:**

*Si este Agente de Atención Médica no puede o no quiere tomar estas decisiones en mi nombre, **entonces mi siguiente opción para Agente de Atención Médica es:***

**Second choice (alternate health care agent):**

*Segunda opción (Agente de Atención Médica alternativo)*

Name (Nombre) \_\_\_\_\_  
Relationship (Parentesco) \_\_\_\_\_  
Telephone (Home) (Teléfono de casa) \_\_\_\_\_ (Work)(Trabajo) \_\_\_\_\_  
(Cell)(Celular) \_\_\_\_\_  
Address (Dirección) \_\_\_\_\_  
City (Ciudad) \_\_\_\_\_ State/ZIP (Estado/Código postal) \_\_\_\_\_

If this alternate health care agent is unable or unwilling to make these choices for me, then my next choice for a health care agent is:

*Si este Agente de Atención Médica no puede o no quiere tomar estas decisiones en mi nombre, **entonces mi siguiente opción para Agente de Atención Médica es:***

**Third choice (2nd alternate health care agent):**

*Tercera opción (Segundo Agente de Atención Médica alternativo)*

Name (Nombre) \_\_\_\_\_  
Relationship (Parentesco) \_\_\_\_\_  
Telephone (Home) (Teléfono de casa) \_\_\_\_\_ (Work)(Trabajo) \_\_\_\_\_  
(Cell)(Celular) \_\_\_\_\_  
Address (Dirección) \_\_\_\_\_  
City (Ciudad) \_\_\_\_\_ State/ZIP (Estado/Código postal) \_\_\_\_\_

Check here if you do not have an agent, and wish for your physician to follow the instructions below.

*Marque aquí si usted no tiene un Agente de Atención Médica y desea que su doctor siga las instrucciones que a continuación se enlistan.*

---

## Part 2: General Authority of the Health Care Agent

### Parte 2: Autoridad general del Agente de Atención Médica

I want my health care agent to be able to do the following:

***Deseo que mi Agente de Atención Médica pueda hacer lo siguiente:***

Draw a line through (e.g., ~~Arrange for~~) anything listed below that you do not want your health care agent to do.

*Tache con una línea (Por ejemplo: ~~Hacer planes~~) todo aquello que no desea que su Agente de Atención Médica haga.*

- Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, and surgery. If treatment already has been started, my health care agent can keep it going or have it stopped based on my stated instructions or my best interests.

*Que tome decisiones a mi nombre sobre mi atención y servicios médicos, como pruebas, medicina y cirugía. Si ya se inició el tratamiento, mi Agente de Atención Médica puede hacer que continúe o que se suspenda dependiendo de mis instrucciones declaradas o de mi mejor interés.*

- Interpret any instruction I have given in this form or given in other discussions according to my health care agent's understanding of my wishes and values.

*Que interprete cualquier instrucción que yo haya dado en este documento o que haya dado en otras discusiones, de acuerdo con el entendimiento que mi Agente de Atención Médica tiene de mis deseos y valores.*

- Review and release my medical records and personal files as needed for my medical care.

*Que revise y divulgue mis expedientes médicos y archivos personales según sea necesario para mi atención médica.*

- Arrange for my medical care and treatment in Wisconsin or any other state, as my health care agent thinks is appropriate.

*Que tramite mi atención y tratamiento médicos en Wisconsin o en cualquier otro estado, como mi Agente de Atención Médica considere adecuado.*

- Determine which health care professionals and organizations provide my medical treatment.

*Que determine qué profesional y organización médica me proporcione tratamiento médico.*

- Make decisions about organ and tissue donation (anatomical gifts) after my death according to my known wishes or values.

*Que tome decisiones acerca de la donación de órganos o tejidos (obsequio anatómico) a mi fallecimiento de acuerdo a mis valores o deseos conocidos.*

**Limitations on Mental Health Treatment**

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

***Limitaciones en el tratamiento de salud mental***

*En conformidad con los Estatutos de Wisconsin mi Agente de Atención Médica no me puede ingresar ni internar como paciente hospitalizado en una institución de enfermedades mentales, una instalación de cuidado intermedio para personas con demoras mentales, una instalación estatal de tratamiento ni en una instalación de tratamiento. Mi Agente de Atención Médica no puede consentir a que se me someta a una investigación experimental sobre salud mental o psicocirugía, tratamiento electroconvulsivo o procedimientos drásticos para el tratamiento de salud mental.*

To complete the next 3 sections:

Initial or check the box beside one statement in each section. If you do not mark any box in a section, your choice is "no" according to Wisconsin statute. This means if you do not indicate a choice, a court may make such a decision and not your health care agent.

Completar las tres secciones siguientes:

Marque o anote sus iniciales en el recuadro de cada sección. Si no marca o anota sus iniciales en algún recuadro de una sección y no escoge claramente una opción, las leyes de Wisconsin indican que se considera que su opción es "no". Esto significa que si usted no indica una opción, en Wisconsin sólo los tribunales pueden tomar tal decisión y no su Agente de Atención Médica.

## **1. Admission to a Nursing Home or Community-Based Residential Facility**

### *1. Admisión en un hogar de convalecencia o en una instalación residencial basada en la comunidad*

My health care agent may admit me to a nursing home or community-based residential facility for short-term stays for recuperative care or respite care.

*Mi Agente de Atención Médica me puede admitir a un hogar de convalecencia o en una instalación residencial basada en la comunidad para la recuperación o cuidado de ayuda temporal de estancia corta.*

Agent authority to admit me to a nursing home or community-based residential facility for the purpose of long-term care:

*Mi Agente de Atención Médica me puede admitir a un hogar de convalecencia o en una instalación residencial basada en la comunidad de cuidado a largo plazo.*

**Yes**, my health care agent has authority, if necessary, to admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay. This is subject to any limits I set in this document.

*Sí, mi Agente de Atención Médica tiene autoridad, si es necesario internarme en un hogar de convalecencia o en una instalación basada en la comunidad para una estadía a largo plazo, sujeto a los límites que he establecido en este documento.*

**No**, my health care agent does not have authority to admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay.

*No, mi Agente de Atención Médica no tiene autoridad para internarme en un hogar de convalecencia o en una instalación residencial basada en la comunidad para una estadía a largo plazo.*

**Unless I choose "yes," I can be admitted to a long-term care facility for a long-term stay only with a court order.**

**A menos que elija "sí", puedo ser internado en un hogar de convalecencia para una estadía a largo plazo sólo con una orden judicial.**



## 2. Withholding or Withdrawal of Feeding Tube

### 2. Retención o retiro de una sonda de alimentación

**Yes**, my health care agent has authority to have a feeding tube withheld or withdrawn from me, unless my physician advises that, in his or her professional judgment, the withholding or withdrawing will cause me pain or discomfort. This is subject to any limits I set in this document.

*Sí, mi Agente de Atención Médica tiene autoridad para decidir que se me retenga o retire una sonda de alimentación a menos que my doctor sugiera que, en su juicio profesional, la retención o retiro me causará dolor o malestar. Esto está sujeto a los límites que establezco en este documento.*

**No**, my health care agent does not have authority to have a feeding tube withheld or withdrawn from me.

*No, mi Agente de Atención Médica no tiene la autoridad para decidir que se me retenga o retire una sonda de alimentación.*

**Unless I choose "yes," a feeding tube can be withdrawn or withheld from me only with a court order.**

**A menos que elija "sí", una sonda de alimentación puede ser retenida o retirada sólo con una orden judicial.**

## 3. Health Care Decisions during Pregnancy

### 3. Decisiones del cuidado de la salud durante el embarazo

**Yes**, my health care agent has authority to make health care decisions for me if I am pregnant. This is subject to any limits I set in this document.

*Sí, mi Agente de Atención Médica tiene autoridad para tomar decisiones a mi nombre si me encuentro embarazada, sujeto a cualquiera de los límites que posteriormente establezco en este documento.*

**No**, my health care agent does not have authority to make health care decisions for me if I am pregnant.

*No, mi Agente de Atención Médica no tiene autoridad para tomar decisiones en mi nombre si me encuentro embarazada.*

**Unless I choose "yes," health care decisions during pregnancy can be made for me only with a court order.**

**A menos que elija "sí", las decisiones de atención médica durante mi embarazo pueden realizarse sólo con una orden judicial.**

**Does not apply.** I am either a male or no longer capable of becoming pregnant.

**No aplica**, porque soy hombre, o ya no puedo quedar embarazada.

---

## Part 3: Statement of Desires, Special Provisions, or Limitations

*Parte 3: Declaración de los deseos, disposiciones especiales o limitaciones*

**You are not required to provide any instructions or make any selections in this section.**

***Usted no está obligado a proporcionar instrucciones o hacer cualquier selección en esta sección.***

My health care agent shall make decisions consistent with my stated desires and values. He or she is subject to any special instructions or limitations that I may list here. The following are some specific instructions for my health care agent and/or physician providing my medical care. If there are conflicts among my known values and goals, I want my health care agent to make the decision that would best represent my values and preferences. If I require treatment in a state that does not recognize this advance directive, or my health care agent cannot be contacted, I want the instructions to be followed based on my common law and constitutional right to direct my own health care.

*Mi Agente de Atención Médica tomará decisiones congruentes con mis deseos expresados, y está sujeto a cualquier instrucción especial o limitación que pueda listar en este documento. Las siguientes son algunas instrucciones específicas para mi Agente de Atención Médica y/o el médico que me proporciona atención médica. Si existen conflictos entre mis valores y objetivos conocidos, deseo que mi Agente de Atención Médica tome la decisión que mejor represente mis valores y preferencias. Si requiero tratamiento en un estado que no reconozca este Poder Judicial de Atención Médica, o si no es posible comunicarse con mi Agente de Atención Médica, deseo que se sigan las instrucciones que aparecen a continuación con base en mi derecho constitucional y derecho común de dirigir mi propia atención médica.*

If you choose **not** to provide any instructions, your health care agent will make decisions based on your oral instructions or what is considered your best interest. If you choose **not** to provide any instructions, it is recommended that you draw a line and write “no instructions” across the section.

*Si opta por **no** proporcionar instrucciones, su agente de atención médica tomará decisiones basadas en sus instrucciones orales o en lo que considere que es su mejor interés. Si opta por **no** proporcionar instrucciones, trace una línea y escriba “sin instrucciones” a través de la sección.*

### Instructions Regarding Life-Prolonging Treatments

#### ***Instrucciones respecto tratamientos para prolongar la vida***

*Initial or check the box beside the statement or statements you agree with.*

*Marque o anote sus iniciales en el recuadro al lado de la declaración o declaraciones con las que está de acuerdo.*

If I reach a point where there is reasonable medical certainty that I will not recover my ability to know who I am, who my family and friends are, or where I am, I want to be kept comfortable and clean, and I want my health care agent to:

*Si llego a un punto en el que es razonablemente cierto que no recuperaré mis habilidades para interactuar significativamente con mis familiares, amigos, ambiente y conmigo mismo, deseo que se me conserve cómodo y limpio, y deseo que mi Agente de Atención Médica:*

Stop or do not start medical treatments that might be used to prolong my life. Treatments I would not want if I were to reach this point include but are not limited to: feeding tubes including intravenous (IV) hydration, respirator/ventilator, and cardiopulmonary resuscitation (CPR). If I suffer this type of condition, in my view, the potential benefits of supportive medical treatments are outweighed by the burdens of those treatments.

*Detener o no comenzar tratamientos médicos que podrían ser utilizados para prolongar mi vida. Tratamientos que no desearía si tuviese que llegar a este punto incluyen pero no se limitan a: alimentación con sonda que incluyen administración de hidratación intravenosa I.V., respirador/ventilador, resucitación cardiopulmonar (CPR). Si sufro este tipo de condición, desde mi punto de vista, los beneficios potenciales de los tratamientos médicos de apoyo superan la carga de esos tratamientos.*

Continue or start feeding tubes including intravenous (IV) hydration if needed, but stop all other medical treatments including, but not limited to, a respirator/ventilator and cardiopulmonary resuscitation (CPR).

*Continuar o comenzar alimentación por sonda incluyendo hidratación intravenosa I.V. de ser necesario, pero discontinuar otro tipo de tratamientos que incluyen pero no se limitan a un respirador/ventilador y resucitación cardiopulmonar (CPR).*

I want my agent to be able to make decisions for me about life-sustaining treatment.

*Deseo que mi Agente de Atención Médica sea capaz de tomar decisiones por mí sobre los tratamientos del mantenimiento de la vida.*

Follow my instructions as provided below.

*Siga mis instrucciones como si mencionan abajo.*

## **Pain and Comfort**

### *Dolor y comodidad*

*Initial or check the box beside this statement if you agree.*

*Marque o anote sus iniciales en el recuadro al lado de la declaración si usted está de acuerdo.*

If I reach a point where efforts to prolong my life are stopped, I still want medical treatments and nursing care that will make me comfortable.

*Si llego a un punto en el que se suspendan los esfuerzos para prolongar mi vida, deseo tratamientos médicos y atención de enfermería que me haga sentir cómodo.*

**The following are important to me for comfort** (If you don't write specific wishes, your physician and nurses will provide the best standard of care possible):

**Los siguientes son importantes para mí para la comodidad** (Si usted no escribe deseos específicos, su médico y enfermeras proporcionarán la mejor calidad de cuidado posible):

---

---

---

## Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)

### Resucitación cardiopulmonar (CPR)

My CPR choice listed below may be reconsidered by my health care agent in light of my other instructions or new medical information, if I become incapable of making my own decisions. If I do not want CPR attempted, my physician should be made aware of this choice. **If I indicate below that I do not want CPR attempted, this choice, in itself, will not stop emergency personnel from attempting CPR in an emergency.**

*Mi opción sobre CPR que se lista abajo puede ser reconsiderada por mi Agente de Atención Médica en vista de mis otras instrucciones o de información médica nueva, en caso de que quede incapacitado para tomar mis propias decisiones. Si no deseo que se intente CPR, se debe notificar a mi médico de esta opción. **Si abajo indico que no deseo que se intente CPR, esta opción, por sí misma, no evitará que el personal de emergencia intente realizar CPR en una emergencia.***

Initial or check the box beside the statement you agree with.

Marque o anote sus iniciales en el recuadro al lado de la declaración si usted está de acuerdo.

I want CPR attempted unless my physician determines any one of the following:

- I have an incurable illness or injury and am dying; OR
- I have no reasonable chance of survival if my heart stops; OR
- I have little chance of long-term survival if my heart stops and the process of resuscitation would cause significant suffering.

*Deseo que se intente resucitación cardiopulmonar (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR) a menos que mi médico determine uno de los siguientes:*

- *Tengo una enfermedad o lesión incurable y me estoy muriendo; O BIEN*
- *No hay probabilidades razonables de que sobreviva si mi corazón se detiene; O BIEN*
- *Tengo pocas probabilidades de supervivencia a largo plazo si mi corazón se detiene y el proceso de resucitación causaría un sufrimiento significativo.*

I do not want CPR attempted if my heart stops. To the extent possible, I want to allow a natural death.

*No deseo que se intente resucitación cardiopulmonar (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR) si mi corazón se detiene. En la medida de lo posible, deseo que se permita una muerte natural.*

### Other instructions or limitations I want my health care agent to follow:

*Otras instrucciones o limitaciones que deseo que mi Agente de Atención Médica siga:*

---

---

---

When I am nearing my death and cannot communicate, I want my friends and family to know I have the following thoughts and feelings:

*Cuando me esté acercando a mi muerte y no pueda comunicarme, deseo que mis amistades y familiares sepan que tengo los siguientes pensamientos y sentimientos:*

---

---

---

**If I am nearing my death, I want the following:**

List the type of care, ceremonies, etc. that would make dying more meaningful for you.

**Si estoy cerca de morir, deseo lo siguiente:**

*Enliste el tipo de cuidado, ceremonias, etc., que harían morir más significativo para usted.*

---

---

---

**Person or people I want my health care agent to include when making health care decisions:**

I ask that my health care agent make a reasonable effort to include the following person or people in my health care decisions if there is time: \_\_\_\_\_

**Persona o personas que deseo que mi Agente de Atención Médica incluya cuando tome decisiones del cuidado de la salud:**

*Pido que mi Agente de Atención Médica haga un esfuerzo razonable de incluir la siguiente persona o personas en mis decisiones de atención médica si hay tiempo: \_\_\_\_\_*

**Spirituality and/or Religious Affiliation**

*Afiliación religiosa y/o espiritualidad*

I am of the \_\_\_\_\_ faith and am a member of the \_\_\_\_\_ congregation, parish, synagogue, or worship group in (city) \_\_\_\_\_.

The telephone number of the congregation, parish, synagogue, or worship group is: \_\_\_\_\_.

Please attempt to notify someone there if I am unable to give authorization to do so.

*Pertenezco a la religión \_\_\_\_\_, y soy un miembro de \_\_\_\_\_ que es una congregación, parroquia, sinagoga o grupo de adoración en (ciudad) \_\_\_\_\_.*

*El número telefónico de la congregación, parroquia, sinagoga o grupo de adoración es: \_\_\_\_\_.*

*Por favor intenten notificar a alguien de ahí si yo no soy capaz de dar la autorización para hacerlo.*

I am not religious or spiritually affiliated.

*No tengo religión o afiliación espiritual.*

**Upon My Death**

*A mi fallecimiento:*

After my death the following are my instructions. If my health care agent does not have authority to make these decisions, I ask that my next of kin and physician follow these requests if possible.

*Las siguientes son mis instrucciones para después de mi fallecimiento. Si mi Agente de Atención*

*Médica no tiene autoridad para tomar estas decisiones, solicito que mi pariente más cercano y mi médico sigan estos deseos si es posible.*

- **Donation of my Organs or Tissue (Anatomical Gifts)**

*Donación de mis órganos o tejidos:*

*Examples of organs are kidney, liver, heart, and lungs. Examples of tissue are eyes, skin, bones, and heart valves. Initial or check the box beside the one statement you agree with.*

*Ejemplos de órganos son: riñones, hígado, corazón y pulmones. Ejemplos de tejidos son: ojos, piel, huesos y válvulas cardíacas. Marque o anote sus iniciales en el recuadro al lado de la declaración si usted está de acuerdo.*

After I die, I wish to donate any parts of my body that may be helpful to others.  
To make your wishes legally effective, register at [www.donorregistry.wisconsin.gov](http://www.donorregistry.wisconsin.gov)

*Después de que yo muera, deseo donar cualquier parte de mi cuerpo que pueda ser útil para otros.  
Para hacer que sus deseos sean legalmente válidos, regístrese en: [www.donorregistry.wisconsin.gov](http://www.donorregistry.wisconsin.gov)*

After I die, I wish to donate only the following organs and tissue:

*Después de que yo muera, deseo donar sólo los siguientes órganos y tejidos:*

---

---

I do not wish to donate any part of my body.

*No deseo donar ningún órgano ni tejido.*

- **Autopsy**

*Autopsia:*

*Initial or check the box beside one choice, or both A and B.*

A. I would accept an autopsy if it can help my blood relatives understand the cause of my death or affect their own health care choices.

*Aceptaría una autopsia si puede ayudar a que mis parientes consanguíneos entiendan la causa de mi fallecimiento o para ayudarles con las decisiones sobre su atención médica futura.*

B. I would accept an autopsy if it can help advance medicine or medical education.

*Aceptaría una autopsia si puede ayudar al avance de la medicina o la educación médica.*

C. I do not want an autopsy performed on me.

*No deseo que se me haga una autopsia.*

---

## Part 4: Making the Document Legal

### Parte 4: Legalización del documento

This document must be signed and dated **in the presence of two witnesses** who meet the qualifications explained below.

*Este documento debe ser firmado y fechado en presencia de dos testigos que cumplan con los siguientes requisitos que se explican a continuación.*

### My Signature

#### ***Mi firma***

**I am thinking clearly, I agree with everything that is written in this document, and I have completed this document willingly.**

***Estoy pensando claramente, estoy de acuerdo con todo lo que contiene este documento, y he completado voluntariamente este documento.***

My signature (*Mi firma*) \_\_\_\_\_ Date(*Fecha*) \_\_\_\_\_

If I cannot sign my name, I ask the following person to sign for me \_\_\_\_\_  
*Si no puedo firmar mi nombre, puedo pedir a alguien que firme este documento por mí*

Signature of the person who I asked to sign this document for me \_\_\_\_\_  
*Firma de la persona a la que pedí que firmara este documento por mí*

### Statement of Witnesses

#### *Declaración de los testigos*

By signing this document as a witness, I certify I am:

*Al firmar este documento como testigo, certifico que:*

- At least 18 years old.

*Tengo al menos 18 años de edad.*

- Not related by blood, marriage, domestic partnership, or adoption to the person signing this document.

*No estoy relacionado con la persona que firma este documento por sangre, matrimonio, unión libre ni adopción.*

- Not a health care agent appointed by the person signing this document.

*No soy un proveedor de atención médica que está prestando servicios a la persona en este momento.*

- Not directly financially responsible for this person's health care.  
*No soy directamente responsable financieramente por la atención médica de esa persona.*

- Not a health care provider directly serving the person at this time.

*No soy un proveedor de atención médica que está prestando servicios a la persona en este momento.*

- Not an employee (other than a social worker or chaplain) of a health care provider directly serving the person at this time.

*No soy empleado (que no sea un trabajador social o capellán) de un proveedor de atención médica que en este momento presta servicios a la persona.*

- Not aware that I am entitled to or have a claim against the person's estate.

*No estoy consciente de que tenga derechos o tenga una demanda contra el patrimonio de la persona.*

I know this to be the person identified in the document. I believe him or her to be of sound mind and at least 18 years old. I personally witnessed him or her sign this document, and I believe that he or she did so voluntarily.

*Sé que esta es la persona que se identifica en el documento. Creo que él, o ella, está sano mentalmente y que tiene al menos 18 años de edad. Personalmente fui testigo de la firma de este documento, y creo que él o ella lo hizo de voluntariamente.*

**Witness Number One:**

*Testigo número 1:*

Signature (*Firma*) \_\_\_\_\_ Date (*Fecha*) \_\_\_\_\_

Print name (*Nombre con letra de molde*) \_\_\_\_\_

Address (*Dirección*) \_\_\_\_\_

City (*Ciudad*) \_\_\_\_\_ State/ZIP (*Estado/Código Postal*) \_\_\_\_\_

**Witness Number 2:**

*Testigo número 2:*

Signature (*Firma*) \_\_\_\_\_ Date (*Fecha*) \_\_\_\_\_

Print name (*Nombre con letra de molde*) \_\_\_\_\_

Address (*Dirección*) \_\_\_\_\_

City (*Ciudad*) \_\_\_\_\_ State/ZIP (*Estado/Código Postal*) \_\_\_\_\_



---

## Part 5: What to Do Next

### Parte 5: Qué hacer a continuación

Now that you have completed your advance directive, you also should take the following steps:

*Ahora que usted ha completado su declaración de voluntad anticipada, usted también debe seguir los siguientes pasos:*

- Talk to the person you named as your health care agent, if you haven't already done so. Make sure he or she feels able to perform this important job for you in the future.

*Hable con la persona que usted nombró como su Agente de Atención Médica, si aún no lo ha hecho. Asegúrese de que él o ella se sienta capaz de realizar esta importante tarea para usted en el futuro.*

- Give your health care agent a copy of this document.

*De una copia de este documento a su Agente de Atención Médica.*

- Talk to the rest of your family and close friends who might be involved if you have a serious illness or injury. Make sure they know who your health care agent is, and what your wishes are.

*Hable con el resto de su familia y amistades cercanas que pudiesen estar involucradas en caso de que usted tenga una enfermedad o accidente severo. Asegúrese de que ellos conozcan quién es su Agente de Atención Médica y cuáles son los deseos de usted.*

- Give a copy of this advance directive to your physician. Make sure your wishes are understood and will be followed.

*De una copia de esta declaración de voluntad anticipada a su médico. Asegúrese de que sus deseos sean entendidos y seguidos.*

- Keep a copy of this advance directive where it can be easily found.

*Guarde una copia de esta declaración de voluntad anticipada en un lugar donde la pueda encontrar fácilmente.*

- If you go to a hospital or nursing home, take a copy of this advance directive and ask that it be placed in your medical record.

*Si usted va a un hospital u hogar de convalecencia, lleve una copia de esta declaración de voluntad anticipada y pida que lo guarden en su expediente médico.*

- Review your health care wishes every time you have a physical exam or whenever any of the "Five D's" occur:

*Revise sus deseos de cuidado médico cada vez que usted tenga un chequeo médico o cuando cualquiera de las cinco letras "D" ocurran:*

Decade – when you start each new decade of your life.

*Década—al iniciar una nueva década en su vida.*

Death – whenever you experience the death of a loved one.

*Muerte—siempre que experimente la muerte de un ser querido.*

Divorce – when 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. A new document must then be completed.

*Divorcio—cuando su agente es su cónyuge o pareja y su matrimonio se anula o se divorcia o la relación con su pareja se termina después de firmar este documento, el documento no es válido. Debe llenar un documento nuevo.*

Diagnosis – when you are diagnosed with a serious health condition.

*Diagnóstico—cuando se le diagnostica una enfermedad grave.*

Decline – when you experience a significant decline or deterioration of an existing health condition, especially when you are unable to live on your own.

*Deterioro—cuando su salud se deteriore o disminuya debido a alguna condición de salud existente, especialmente cuando usted ya no pueda llevar una vida por si mismo.*

- If your wishes change, tell your health care agent, your family, your physician, and everyone who has copies of this advance directive. It would be necessary that you complete a new advance directive to reflect your current wishes.

*Si sus deseos cambiasen, comuníquese con su Agente de Atención Médica, su familia, su médico y todo el cuál usted haya dado copias de la declaración de voluntad anticipada. Será necesario que usted llene una nueva declaración de voluntad anticipada que refleje sus deseos actuales.*

- Cut out the card on the following page, fill it in, fold it and put it in your wallet.

*Corte la tarjeta que se encuentra en la siguiente página, llénela, dóblela y póngala en su cartera.*

**Copies of this document have been given to:**  
*Se han proporcionado copias de este documento a:*

**Primary (Main) Health Care Agent**  
*Agente de Atención Médica Primario (Principal)*

Name (Nombre) \_\_\_\_\_

**Alternate Health Care Agent**  
*Agente de Atención Médica Alternativo*

Name (Nombre) \_\_\_\_\_

**2nd Alternate Health Care Agent**  
*Segundo Agente de Atención Médica*

Name (Nombre) \_\_\_\_\_

**Health Care Professional/Organization**  
*Profesionales de la salud/Organización*

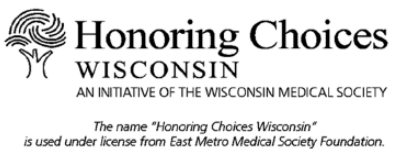
Name (Nombre) \_\_\_\_\_ Telephone (Teléfono) \_\_\_\_\_

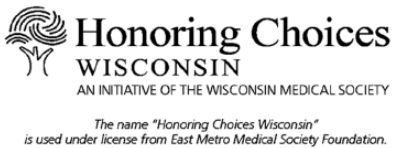
Name (Nombre) \_\_\_\_\_ Telephone (Teléfono) \_\_\_\_\_

Name (Nombre) \_\_\_\_\_ Telephone (Teléfono) \_\_\_\_\_

If you need assistance in completing this document, you may contact an Advance Care Planning Facilitator at (920) 433-3770.

*Si usted necesita ayuda en completar este documento, puede comunicarse con un Facilitador de Planificación de Atención Avanzada al (920) 433-3770.*

<b>I HAVE AN ADVANCE DIRECTIVE</b>	<b>Card holder information</b>
<p>Name _____</p>  <p><small>The name "Honoring Choices Wisconsin" is used under license from East Metro Medical Society Foundation.</small></p>	Address _____ City/state/ZIP _____ Phone _____ Date of birth _____ <b>My advance directive is filed at</b> _____ Address _____ City/state/ZIP _____ Phone _____ <b>My health care agent is</b> _____ Address _____ City/state/ZIP _____ Phone _____

<b>I HAVE AN ADVANCE DIRECTIVE</b>	<b>Información del titular de la tarjeta</b>
<p>Name _____</p>  <p><small>The name "Honoring Choices Wisconsin" is used under license from East Metro Medical Society Foundation.</small></p>	Dirección _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____ Teléfono _____ Fecha de nacimiento _____ <b>Mi declaración de voluntad anticipada está archivada en:</b> _____ Dirección _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____ Teléfono _____ <b>Mi Agente de Atención Médica es</b> _____ Dirección _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____ Teléfono _____