Sentara®

ADVD

Mi plan anticipado de atención: Carolina del Norte
My Advance Care Plan—North Carolina

Comunicado de mis deseos de atención médica
Communicating my healthcare wishes

Nombre _____ Número del Seguro Social XXX - XX - _____
Name *Social security number XXX - XX -*

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Address *City* *State* *Zip*

Teléfono: (_____) _____ Fecha de nacimiento _____ - _____ - _____
Phone: *Date of birth*

(Tache cualquier sección que no desee incluir en el documento).
(Cross out any section(s) you do not wish to include in your document.)

Sección 1: Representante de atención médica
Section 1: Healthcare agent

Si no puedo tomar decisiones por mí mismo, o no puedo comunicar mis deseos de atención médica sobre el tratamiento, nombro a las personas indicadas a continuación como mis representantes de atención médica designados, que comunicarán mis deseos a los proveedores de atención médica. Exijo a mis proveedores de atención médica y a mi familia que respeten y cumplan mis deseos.
If I am unable to make decisions for myself, or unable to communicate my healthcare wishes about treatment, I appoint the person(s) listed below to be my designated healthcare agent(s), who will make my wishes known to my healthcare providers. I direct my healthcare providers and family to respect and honor my wishes.

Representante de atención médica principal
Primary healthcare agent

Nombre _____ Teléfono: (_____) _____
Name *Phone:*

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Address *City* *State* *Zip*

Representante de atención médica secundario
Secondary healthcare agent

Nombre _____ Teléfono: (_____) _____
Name *Phone:*

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Address *City* *State* *Zip*

_____ Si coloco mis iniciales en esta fila, mi representante TENDRÁ autoridad para restringir los visitantes en un centro de atención médica.
(Iniciales) / *(Initials)* *If I initial this line, my agent WILL have the authority to restrict visitors in a healthcare facility.*

Sección 2: Instrucción anticipada para una muerte natural
Section 2: Advance directive for a natural death

La información que figura a continuación orientará las decisiones de su representante de atención médica y sus proveedores si usted ya no puede tomar decisiones por sí mismo. **Escriba sus iniciales** al lado de cada instrucción que desee que se incluya.
The below information will guide the decisions of your healthcare agent and providers if you can no longer make decisions for yourself. ***Initial*** *beside any below instructions you wish to include.*

Si no tengo una comprensión suficiente ni la capacidad de comunicar mis decisiones de atención médica y:
If *I lack sufficient understanding or capacity to make or communicate decisions relating to my healthcare, and:*

_____ Tengo una afección incurable o irreversible que provocará mi muerte en un periodo relativamente corto.
(Iniciales) / *(Initials)* *I have an incurable or irreversible condition that will result in my death within a relatively short period of time.*

_____ Pierdo la consciencia y los proveedores de atención médica determinan, con un grado alto de certeza médica, que nunca volveré a recuperarla.
(Iniciales) / *(Initials)* *I become unconscious, and my healthcare providers determine, to a high degree of medical certainty, I will never regain consciousness.*

_____ Sufro de demencia avanzada u otra afección que provoque la pérdida de mi capacidad cognitiva y los proveedores de atención médica determinan, con un grado alto de certeza médica, que la pérdida no es reversible.
(Iniciales) / *(Initials)* *I suffer from advanced dementia or any other condition which results in the substantial loss of my cognitive ability and my healthcare providers determine, to a high degree of medical certainty, this loss is not reversable.*

Sentara®

Entonces:
Then:

_____ (Iniciales) / *(Initials)* No deseo recibir ningún tratamiento para prolongar mi vida. Esto incluye alimentación por sonda, líquidos intravenosos, reanimación cardiopulmonar (RCP), respirador (respirador mecánico), diálisis renal o antibióticos. Soy consciente de que esta declaración autoriza a un médico a abstenerse de administrar o suspender estas medidas para prolongar la vida. Aún recibiré tratamiento para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo. **O**

I do not want any treatments to prolong my life. This includes tube feeding, IV fluids, cardiopulmonary resuscitation (CPR), ventilator/respirator (breathing machine), kidney dialysis or antibiotics. I am aware that this declaration authorizes a physician to withhold or discontinue these life prolonging measures. I will still receive treatment to relieve pain and make me comfortable. ***OR***

_____ (Iniciales) / *(Initials)* Deseo todos los tratamientos que prolonguen mi vida el mayor tiempo posible dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados.

I want all treatments to prolong my life as long as possible within the limits of generally accepted healthcare standards.

_____ (Iniciales) / *(Initials)* Si corresponde desde el punto de vista médico, deseo incluir las siguientes instrucciones de tratamiento: _____
If medically appropriate, I wish to include the following treatment instructions:

_____

_____

Sección 3: Donación de cuerpo (cuerpo entero) o donación de órganos
Section 3: Anatomical gift (whole body) or organ donation

_____ (Iniciales) / *(Initials)* Deseo ser donante de órganos
I wish to be an organ donor

O
OR

_____ (Iniciales) / *(Initials)* Deseo ser donante de cuerpo (cuerpo entero).
I wish to be an anatomical gift (whole body) donor

Para obtener más información y completar el registro para ser donante de órganos o de cuerpo (cuerpo completo), visite los programas locales o estatales de donación de órganos o de cuerpo.
For more information and to complete the registration to be an organ donor or anatomical gift (whole body) donor, please visit your local/state organ and/or anatomical donation programs

Sección 4: Si tengo un representante de atención médica
Section 4: If I have an available healthcare agent

Si he designado a un representante de atención médica en la sección 1 de este plan anticipado de atención o un documento similar, y el representante da instrucciones sobre la prolongación de la vida que ***difieren*** de mis deseos expresados en esos documentos, entonces:
If I have appointed a healthcare agent in Section 1 of this advance care plan or other similar document, and a healthcare agent gives instructions about prolonging life that ***differ from*** *my wishes expressed in those documents, then:*

_____ (Iniciales) / *(Initials)* **Que se siga este plan anticipado de atención.** El representante de atención médica ***no*** tiene la autoridad para dejar sin efecto mis deseos expresados.
Follow this advance care plan. *My healthcare agent* ***does not*** *have the authority to override my expressed wishes.*

_____ (Iniciales) / *(Initials)* **Que se sigan las instrucciones del representante de atención médica.** El representante de atención médica ***sí*** tiene la autoridad para dejar sin efecto mis deseos expresados.
Follow the healthcare agent. *My healthcare agent* ***has*** *the authority to override my expressed wishes.*

NOTA: No escriba sus iniciales en ambas líneas. Si **NO** escribe sus iniciales en ninguna de las líneas, los proveedores de atención médica no tendrán en cuenta ninguna instrucción del representante de atención médica sobre la prolongación de la vida que difieran de los deseos expresados en este plan anticipado de atención o en un documento similar.
NOTE: *Do not initial both lines. If you* ***DO NOT*** *initial either line, your healthcare providers will disregard any instructions from your healthcare agent(s) about prolonging life that differ from the wishes contained in this advance care plan or other similar documents.*

Sección 5: Firmas (obligatorias)
Section 5: Signatures (required)

Al firmar a continuación, indico que comprendo este documento y que lo estoy ejecutando de buen grado y voluntariamente. También comprendo que puedo revocar todo o parte del mismo en cualquier momento según lo dispuesto por la ley.
By signing below, I indicate that I understand this document and I am willingly and voluntarily executing it. I also understand that I may revoke all or any part of it at any time as provided by law.

Mi firma _____ **Fecha** _____
My signature ***Date***

Sentara®

Dos firmas de testigos y notarización (obligatorias)
Two witness signatures and notarization (required)

Por la presente, declaro que el declarante/principal, en pleno uso de sus facultades mentales, firmó este documento en mi presencia. No tengo parentesco con el declarante/principal ni por consanguinidad ni por matrimonio y no tengo derecho a ninguna parte de su herencia conforme a un testamento o codicilo existente, ni como heredero según la Ley de Sucesión Intestada si el principal falleciera en esta fecha sin testamento. También declaro que no soy el médico tratante del declarante/principal, ni un proveedor de atención médica con licencia que sea empleado del médico tratante, ni empleado del centro de atención médica donde el declarante/principal es paciente, ni empleado de un hogar de ancianos o de un centro de atención para adultos donde reside el declarante/principal. Asimismo, declaro que no tengo ningún reclamo contra el declarante/principal ni contra su herencia.
I hereby state that the declarant/principal being of sound mind, signed this document in my presence. I am not related to the declarant/principal by blood or marriage, and I would not be entitled to any portion of the estate of the declarant/principal under any existing will or codicil, or as an heir under the Intestate Succession Act if the principal died on this date without a will. I also state that I am not the declarant/principal's attending physician, nor a licensed healthcare provider who is an employee of the attending physician, an employee of the healthcare facility in which the declarant/principal is a patient, or an employee of a nursing home or adult care home where the declarant/principal resides. I further state that I do not have any claim against the declarant/principal or the estate of the declarant/principal.

Firma del testigo n.º 1 _____ **Fecha** _____
Witness signature #1 ***Date***

Firma del testigo n.º 2 _____ **Fecha** _____
Witness signature #2 ***Date***

_____ Condado, _____ Estado
County, *State*

Jurado (o afirmado) y suscrito ante mí el día de hoy por: _____ **(Nombre del declarante en letra imprenta)**
Sworn to (or affirmed) and subscribed to me this day by: ***(Print declarant name)***

_____ **(Nombre del testigo n.º 1 en letra imprenta)**
(Print witness #1 name)

_____ **(Nombre del testigo n.º 2 en letra imprenta)**
(Print witness #2 name)

Fecha _____ **Firma del notario** _____
Date ***Notary signature***

(Sello oficial) **Nombre del notario** _____, Notario público
(Official seal) ***Notary name*** *Notary Public*

Fecha de vencimiento de mi comisión _____
My commission expires

Identificación del paciente
Patient label