



**Deseos para la atención de la salud:  
formulario breve<sup>1</sup>  
Directiva de la atención de la salud de  
Minnesota**

*Wishes for Health Care: Short Form – Spanish*



HDIR

**Consulte el reverso para obtener las instrucciones para completar este formulario**

Nombre completo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

1. **Designo a la siguiente persona para que actúe como mi representante de atención de la salud principal.** Si no puedo hablar por mi cuenta, mi representante de la atención de la salud puede: (1) aceptar, rechazar o interrumpir mi atención, mis tratamientos, servicios o procedimientos; (2) revisar y divulgar mis registros de atención de la salud; (3) elegir a mis proveedores de atención de la salud; y (4) elegir el lugar donde vivo. Comprendo que mi representante de la atención de la salud no puede solicitar atención que esté fuera de la práctica médica estándar.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Otro teléfono \_\_\_\_\_

*(Opcional): Designo a esta persona como mi representante de atención de la salud sustituto* en caso de que mi representante de atención de la salud principal no esté disponible:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Otro teléfono \_\_\_\_\_

2. *(Opcional): Proporciono las siguientes instrucciones sobre mi atención de la salud* (mis valores y creencias, lo que quiero y lo que no, opiniones sobre situaciones o tratamientos médicos específicos): *Si necesita más espacio, continúe del otro lado.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Notario público en el estado de Minnesota**

Condado de \_\_\_\_\_

Sello del notario

En mi presencia, el (fecha) \_\_\_\_\_, (nombre) \_\_\_\_\_  
reconoció su firma en este documento o que autorizó a la persona que firma  
este documento a firmar en su nombre.

Firma del notario \_\_\_\_\_

Nombramiento válido hasta (fecha) \_\_\_\_\_

**o Declaración de los testigos**

Testigo 1 \_\_\_\_\_ Testigo 2 \_\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta \_\_\_\_\_ Nombre en letra imprenta \_\_\_\_\_

(Los testigos deben tener 18 años o más y no pueden ser su representante de atención de la salud principal ni sustituto. Un testigo no puede ser su proveedor de atención de la salud ni un empleado de su proveedor de atención de la salud).

<sup>1</sup> Hay un formulario largo (12246) disponible si desea describir con más detalle sus deseos con respecto a la atención de la salud.

### ¿Debo completar esta Directiva de la atención de la salud?

No. Puede completarla hoy o en una fecha posterior, o puede negarse a completarla. Sin embargo, completar este formulario ayudará a garantizar que reciba la atención que desea. Colocar sus opciones por escrito ayudará a sus seres queridos a saber si están haciendo lo que usted querría.

### ¿Qué información me solicitan?

**Pregunta 1:** esta pregunta es sobre su “representante” de atención de la salud. Su representante es alguien que usted elige para que hable y tome decisiones con respecto a la atención de la salud en su nombre si usted no puede hacerlo. Considere nombrar a un familiar o amigo que lo conozca bien y que comprenda sus valores.

**Es importante mostrarle a su representante este documento y hablar con dicha persona al respecto.** Haga copias adicionales para compartir con su representante de atención de la salud, con sus proveedores de atención de la salud y otras personas importantes de su vida.

**Pregunta 2 (opcional):** esta pregunta es sobre la atención de la salud y otros deseos que pueda tener. Puede ser tan específico o general como desee. Puede incluir lo siguiente:

- Sus objetivos, valores y preferencias sobre la atención de la salud.
- Los tipos de tratamiento médico que desearía o no recibir.
- Cómo desea que su representante o sus representantes tomen las decisiones.
- Dónde le gustaría recibir atención (por ejemplo, en su hogar o en un hospital).
- Si desea donar o no sus órganos, tejidos y ojos.
- Cualquier adición o limitación a los poderes de su representante de atención de la salud.

### Notario público o testigo

Un notario público o 2 testigos deben verificar su firma en esta Directiva de la atención de la salud. Los testigos deben tener 18 años o más y no pueden ser su representante de atención de la salud principal ni sustituto. Al menos un testigo no puede ser su proveedor de atención de la salud ni empleado de su proveedor de atención de la salud.

### ¿Qué debo hacer con mi Directiva de la atención de la salud después de completarla?

Informe a las personas a las que nombró como representante de atención de la salud principal y sustituto, si aún no lo ha hecho. Asegúrese de que ellos se sientan capaces de llevar a cabo este importante trabajo por usted. Entregue una copia de la directiva de la atención de la salud a su proveedor de atención de la salud. Conserve copias adicionales para sus registros y para compartirlas con sus representantes de atención de la salud y familiares u otras personas, según lo desee.

### ¿Con quién puedo hablar si tengo preguntas?

Su proveedor de atención de la salud puede responder sus preguntas o inquietudes. También puede derivarlo a un facilitador de planificación de atención anticipada para que reciba ayuda. Puede encontrar otros recursos al buscar “advance directive” (directiva anticipada) en [healthpartners.com](http://healthpartners.com).

**Utilice el siguiente espacio para continuar escribiendo sobre sus deseos sobre su atención de la salud (pregunta 2 de la primera página) o para agregar comentarios.**