



ADV

ADVANCED DIRECTIVE
FOR HEALTHCARE

ADMT0003 (Rev 03/10/16)

Place your initials in the () space to choose an Advance Directive.**PART 1 - Advance Directive:** If I have a terminal condition that will result in my death within a short time or if I am in a coma that is irreversible to a reasonable degree of medical certainty:() I **do** want my life prolonged as long as possible within the limits of generally accepted healthcare standards.() I **do not** want my life prolonged AND

I () do want or () do NOT want artificial nutrition (tube feeding).

I () do want or () do NOT want hydration (intravenous fluids).

() I **choose** to make an anatomical gift of tissue or organs at the time of death.() I want my **designated agent** to make these decisions for me.**PART 2 - Power of Attorney for Healthcare:**1. **Designation of agent:** I designate the following individual as my agent to make health-care decisions for me:

Name: _____ Relationship: _____

Telephone number with area code: () _____ 2nd phone #: () _____

If I revoke my agent's authority or if my agent is not willing, able or reasonably available to make a healthcare decision for me, I designate as my **first alternate agent**:

Name: _____ Relationship: _____

Telephone number with area code: () _____ 2nd phone #: () _____

2. **Agent's authority:** My agent is authorized to obtain and review medical records, reports and information about me and the make all health-care decisions for me, including decisions to provide, withhold or withdraw artificial nutrition, hydration and all other forms of healthcare to keep me alive, except as I state here:3. **When Agent's Authority Becomes Effective:** My agent's authority become effective when my primary care practitioner and one other qualified health-care professional determine that I am unable to make my own health-care decisions. If I initial this box [], my agent's authority to make healthcare decisions for me takes effect immediately.4. **Agent's Obligation:** My agent shall make healthcare decisions for me in accordance with this power of attorney for healthcare, any instructions I give in PART 1 of this form and my other wishes to the extent known to my agent. To the extent my wishes are unknown, my agent shall make healthcare decisions for me in accordance with what my agent determines to be in my best interest, my agent shall consider my personal values to the extent known to my best agent.

- Regardless of the choices I have made above, I direct that the best medical care possible be given to keep me clean, comfortable and free of pain or discomfort at all times so that my dignity is maintained, even if this care hastens my death.
- If at any time you wish to revoke or make changes to this Advance Directive, another form will be completed to state your wishes.
- For any medical questions about your Advance Directives, you must consult your physician.
- You do not need a lawyer but should consult one for specific legal questions.

OTHER WISHES: If you wish to write your own instructions, or you wish to add to the instructions you have given above, you may do so here:

Date: ___/___/___ Time: _____ Patient Signature: _____



ADVQ

ADVANCE DIRECTIVES
QUESTIONNAIRE -
SPANISH

ADMT0007 (Rev 06/06)

SECTION A - to be completed by Lovelace staff (if applicable)☐ Patient is a minor - Healthcare decisions will be made by parent or legal guardian☐ Patient is a decisionally incapable adult - Healthcare decisions will be made by:

Name: _____ Relationship to patient: _____

Phone number: _____

If document granting right to make healthcare decisions exists - ☐ attached☐ attempt to obtain - date: ____/____/____ by: Signature (staff member): _____***If either of the above boxes has been completed - STOP HERE*****SECCIÓN B - El paciente tiene que completar.**

Cada adulto, 18 años o más, quien pueda entender los asuntos completamente, tiene el derecho de tomar sus propias decisiones de asistencia médica, a menos que la corte haya decidido lo contrario.

DIRECTRICES POR ADELANTADO establezcan sus decisiones en cuanto a ciertos tipos de tratamientos médicos que prolongan la vida y le permiten nombrar a alguien para tomar decisiones por Ud. si Ud. no está en condiciones de tomar estas decisiones por sí mismo. Éstas son llamadas "directrices por adelantado" porque son hechas por adelantado para que su médico y a otros proveedores de asistencia médica conozcan sus deseos en cuanto a tratamientos médicos.

• ¿Tiene **consigo o en la internet** Directrices por Adelantado o un Testamento o un Poder Durable de Abogado para Asistencia Médica?

☐ No ☐ Sí - ¿ellos reflejan sus deseos actuales? ☐ No ☐ Sí - ☐ documento adjunto***Si Ud. contestó "Sí" ambas preguntas - PARE AQUÍ******Si Ud. contestó "No" cualquiera de estas preguntas, POR FAVOR CONTINUÉ.***

Le gustaría información escrita en cuanto a:

• ¿Directrices por Adelantado para decisiones médicas? ☐ No ☐ Sí - paquete provisto por: _____

• ¿Cómo registrar sus Directrices por Adelantado en la Internet? ☐ No ☐ Sí - paquete provisto por: _____

DECISIONES DE TERMINACION DE VIDA

☐ Yo **sí deseo** que se me prolongue la vida tanto como sea posible dentro de los límites de las normas de asistencia médica generalmente aceptadas.

☐ **No deseo** que se me prolongue la vida si tengo una condición terminal que resultará en mi muerte dentro de un corto período o si estoy en un estado de coma irreversible según un grado razonable de certeza médica.

• Yo ☐ sí ☐ no quiero nutrición artificial (alimentación por tubos intravenosos).

• Yo ☐ sí ☐ no quiero hidratación artificial (fluidos intravenosos) a menos que sean requeridos para mi comodidad.

A pesar de las decisiones que he tomado arriba, yo ordeno que se me brinde la mejor asistencia médica posible para mantenerme limpio, cómodo y libre de dolor o incomodidad en todo momento para que mi dignidad sea mantenida, aún si esta asistencia médica apresurara mi muerte.

En el evento que yo no pueda tomar decisiones de asistencia médica por mí mismo, me gustaría que la siguiente persona tomara decisiones por mí en cuanto a tratamientos para mantener la vida.

Nombre: _____ Relación: _____

Número telefónico con código de área - (hogar) _____ (trabajo) _____

☐ No quiero hacer estas decisiones ahora mismo.☐ He recibido la información que se me ha proporcionado respecto a mis derechos como paciente y la comprendo.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

NOTA:

- ***Si usted tiene alguna preocupación respecto a los requisitos para las Directivas Anticipadas, se puede comunicar con el Departamento de Nuevo México de Servicios Gerenciales para los incidentes de Salud llamando al 1.800.445.6242 or puede enviar su información por fax al 1.800.584.6057.***
- ***Ud. puede revocar estas Directrices por Adelantado en cualquier momento.***
- ***Para cualquier pregunta médica en cuanto a sus Directrices por Adelantado, Ud. debe consultar a su médico.***
- ***No necesita un abogado pero debería consultar a uno si tiene preguntas legales específicas.***



Making Medical Choices

Questions & Answers About Your Right to Decide

Questions patients often ask about their healthcare.

- Who will make medical choices for me if I am unable to do so?
- May I accept or refuse medical treatment on the basis of my values, preferences and beliefs?
- Will my wishes for medical care at the end of my life be honored?

The Lovelace Health System believes that your medical care should reflect your wishes as much as possible. We offer this information to help you begin thinking about such medical choices. We also encourage you to discuss these choices with your family, friends, clergy and physician. You may want to write down your wishes as you think and talk about them.

Your right to direct your future healthcare.

As a competent adult, you have the right to make decisions about your healthcare. This includes the right to accept or refuse medical or surgical treatment, and the right to plan and direct the types of healthcare you may receive in the future if you become unable to express your wishes. You can do this by making Advance Directives.

- Competent adults are presumed able to make their own healthcare decisions unless assessment by two licensed healthcare professionals determines otherwise.

When you are admitted to a Lovelace Health System hospital, we will ask if you have prepared an Advance Directives form or if you would like information about this document.

What is a Durable Power of Attorney For Healthcare?

Durable Power of Attorney is a term you will see on the Advance Directives form. It is the "power" you give another person, usually your closest relative or friend, to be your "health-care agent". This person will make healthcare decisions for you if you are unable to do so. This means you are giving him or her the authority to make a wide range of healthcare decisions for you. On your Advance Directives form, you may list treatments you want or do not want, such as surgery or artificial life support.

Because your healthcare agent will make decisions for you based on what he or she knows about you and thinks you would want, it is important to discuss your treatment preferences with him or her. Please remember, someone else will speak for you only when you cannot do so for yourself.

What if I change my mind?

You may cancel or replace your Advance Directives at any time. An explanation of how to do this is on the Advance Directives document. To cancel or change a verbal directive, talk to your physician.

Lovelace Health System supports patient rights to make healthcare decisions.

At Lovelace Health System, we want you to participate as fully as possible in your medical care. This brochure has been prepared in compliance with the Patient Self Determination Act of 1990 and related New Mexico laws.

**What are Advance Directives for healthcare?**

Advance Directives tell who you want to make healthcare decisions for you if you cannot express them yourself, and your choices about what treatments you want or do not want. Advance Directives allow you to express your wishes based on personal wishes and beliefs.

There are two ways to make Advance Directives:

- 1) **In Writing:** You may designate, in writing, a person to make healthcare decisions for you and make choices about your medical treatment. Your caregiver can give you a form to complete. It does not have to be notarized or witnessed. You can fill out all or part of the form, based on your needs.
- 2) **Verbally:** New Mexico law states that patients can tell their physicians what kind of care they want, or who they want the doctor to talk to if they cannot make decisions about their care. However, it also is advisable to document your wishes in writing.

Who can make Advance Directives?

If you are 18 years of age or older and capable of making your own decisions, you can make Advance Directives.

Why should I make Advance Directives?

Advance Directives tell others who you want to make healthcare decisions for you when you cannot and also what care and treatment you do or do not want. They may relieve your family of the burden of guessing what you would want.

Where should I keep my Advance Directives?

Inform your family and friends that you have Advance Directives and keep the original in a safe place at home where it can be easily found. Give a copy to the person you want to make medical decisions for you when you cannot and to your physician, for your permanent medical records. Keep spare copies on hand to give to your caregivers if you go the hospital or other healthcare facility.

Why should I make decisions about my healthcare?

Lovelace Health System supports patients' rights to make decisions about the care they receive and to make Advance Directives for healthcare. Our staff follows New Mexico state law, which gives patients many options to make these decisions.

What you should know about your rights.

- Any competent adult may designate, verbally or in writing, a person who can make healthcare decisions for him or her if he/she cannot do so. If you communicate your healthcare decisions verbally to your physician, your wishes will be documented in your medical record and will be legally binding.
- If you become incapable of making medical choices and have not appointed someone to make them for you, we will follow this "hierarchy of consent" to ensure decisions will be made according to your wishes:
 - 1) Spouse
 - 2) The individual with whom you have a long-term relationship
 - 3) Adult children
 - 4) Parent
 - 5) Adult siblings
 - 6) Grandparent
 - 7) An adult who knows you and your values

This "hierarchy of consent" means that if the first person is not available – for example, you are not married – the next person would be contacted. If you know who you want as your healthcare agent, tell your caregivers. Also, you should discuss your wishes for medical treatment with this person, so he or she can make decisions according to your wishes.



Tomar decisiones de atención médica

Preguntas y respuestas sobre su derecho a decidir

Preguntas que los pacientes formulan a menudo sobre su atención médica.

- ¿Quién tomará decisiones de atención médica en mi nombre si yo no puedo hacerlo?
- ¿Puedo aceptar o rechazar el tratamiento médico de acuerdo con mis valores, preferencias y creencias?
- Se respetarán mis deseos de atención médica al final de mi vida?

Lovelace es partidario de que su atención médica refleje sus deseos en la mayor medida posible. Ofrecemos esta información para ayudarlo a comenzar a pensar en dichas decisiones de atención médica. Además, lo alentamos a comentar estas decisiones con su familia, sus amigos, su consejero religioso y su médico. Tal vez quiera anotar sus deseos mientras los piensa y habla acerca de ellos.

Su derecho a dar directivas sobre su futura atención médica.

Como adulto competente, usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. Esto incluye el derecho a aceptar o rechazar un tratamiento médico o quirúrgico y el derecho a planear y dar directivas sobre los tipos de atención que pueda recibir en el futuro, si se torna incapaz de expresar sus deseos. Puede hacer esto por medio de la elaboración de directivas previas.

Encontrará el término poder notarial ilimitado de atención médica en el formulario de directivas previas. Es el "poder" que usted da a otra persona, por lo general el familiar o amigo más cercano, para ser su "agente de atención médica." Esta persona tomará decisiones de atención médica en su nombre si usted no puede hacerlo. Esto significa que usted está dándole a esa persona la autoridad para tomar una gran variedad de decisiones de atención médica en su nombre. En su formulario de directivas previas puede mencionar tratamientos que desea, o que no desea recibir, como cirugía o métodos para prolongar artificialmente la vida.

Dado que su agente de atención médica tomará decisiones en su nombre de acuerdo con lo que sabe sobre usted y piensa que usted querría, es importante que usted comente sus preferencias de tratamiento con esa persona. Por favor, recuerde que otra persona hablará en su nombre sólo cuando usted no pueda hacerlo por sí mismo.

¿Qué sucede si cambio de opinión?

Puede cancelar o reemplazar sus directivas previas en cualquier momento. En el documento de directivas previas encontrará una explicación sobre cómo hacerlo. Para cancelar o cambiar una directiva verbal, hable con su médico.

Lovelace apoya los derechos de los pacientes a tomar decisiones de atención médica.

En Lovelace queremos que participe en la mayor medida posible en su atención médica. Este folleto se preparó de acuerdo con la Ley de Autodeterminación del Paciente de 1990 y las leyes de Nuevo México relacionadas con el tema.

¿Qué son las directivas previas de atención médica?

Las directivas previas indican quién desea usted que tome decisiones de atención médica en su nombre, si no puede expresarlas usted mismo, así como sus decisiones sobre los tratamientos que desea, o no desea, recibir. Las directivas previas le permiten expresar sus deseos de acuerdo con sus deseos y creencias personales.

**Existen dos maneras de dar directivas previas:**

- 1) **Por escrito:** Puede designar por escrito a una persona que tome decisiones de atención médica en su nombre y decida sobre su tratamiento médico. Su prestador de atención puede entregarle un formulario para completar. No es necesario que sea notariado ni firmado ante testigos. Puede completar todo el formulario o parte del mismo, según sus necesidades.
- 2) **Verbalmente:** La ley de Nuevo México expresa que los pacientes pueden decir a sus médicos el tipo de atención que desean o la persona con quien quieren que hable el médico si no pueden tomar decisiones sobre su atención. Sin embargo, también se le recomienda documentar sus deseos por escrito.

¿Quiénes pueden dar directivas previas?

Puede dar directivas previas si tiene 18 años o más y es capaz de tomar sus propias decisiones.

¿Por qué debo dar directivas previas?

Las directivas previas indican a otras personas quién quiere usted que tome decisiones de atención médica en su nombre cuando no pueda hacerlo, así como la atención y el tratamiento que desea o no desea. Pueden aliviar a su familia de la carga de suponer cuáles serían sus deseos.

¿Dónde debo guardar mis directivas previas?

Informe a su familia y amigos que tiene directivas previas y guarde el original en un lugar seguro en su casa, donde se pueda encontrar con facilidad. Entregue una copia a la persona que quiere que tome decisiones de atención médica en su nombre cuando usted no pueda y a su médico, para que las coloque en su expediente médico permanente. Tenga a mano copias adicionales para entregar a sus prestadores de atención si va al hospital u a otro centro de atención médica.

¿Por qué debo tomar decisiones sobre mi atención médica?

Lovelace apoya los derechos de los pacientes a tomar decisiones sobre la atención que reciben y a dar directivas previas de atención médica. Nuestro personal cumple con la ley del estado de Nuevo México, la cual da a los pacientes muchas opciones para tomar estas decisiones.

Lo que debe saber acerca de sus derechos.

- Todo adulto competente puede designar, verbalmente o por escrito, a una persona que pueda tomar decisiones de atención médica en su nombre si él o ella no pueden hacerlo. Si comunica sus decisiones de atención médica en forma verbal a su médico, sus deseos se documentarán en su expediente médico y serán legalmente vinculantes.
- Si usted se toma incapaz de tomar decisiones de atención médica y no ha designado a alguien que las tome por usted, seguiremos la siguiente "jerarquía de consentimiento" para garantizar que las decisiones se tomen según sus deseos:

- | | | |
|--|---------------------|--|
| 1) Cónyuge | 3) Hijos adultos | 6) Abuelo o abuela |
| 2) La persona con la que tenga una relación duradera | 4) Padre o madre | 7) Un adulto que lo conozca a usted y sus valores. |
| | 5) Hermanos adultos | |

Esta "jerarquía de consentimiento" significa que si la primera persona no está disponible (por ejemplo, si usted no está casado), se puede contactar a la persona siguiente. Si sabe a quién quiere como agente de atención médica indíquelo a sus prestadores de atención. Además, debe analizar sus deseos de tratamiento médico con dicha persona, para que esta pueda tomar decisiones que respondan a sus deseos.

- Se presume que los adultos competentes son capaces de tomar sus propias decisiones de atención médica, a menos que la evaluación de dos profesionales de la salud certificados determine lo contrario.

Cuando ingrese a un hospital Lovelace, le preguntaremos si ha preparado un formulario de directivas previas o si desea contar con información sobre este documento.

¿Qué es un poder notarial ilimitado de atención médica?