

Directiva anticipada de atención de la salud de:

(nombre)

Atención, proveedores de atención de la salud:

Este documento es una directiva anticipada de atención de la salud. Es un documento legal según las leyes estatales y federales, que dicta el tratamiento de atención de la salud que se puede proporcionar a una persona que carece de capacidad para tomar decisiones sobre atención de la salud. Código Testamentario de California, sección 4600 y siguientes; Código 42 de Reglamentos Federales, secciones 431.20, 489.100, 489.102, y 489.104.

Esta directiva anticipada de atención de la salud contiene un poder legal para la atención de la salud y/o instrucciones individuales para la atención de la salud. Si no se designa a algún agente en la sección del poder legal para la atención de la salud de este documento, o si el agente no puede localizarse, aún así los proveedores de atención de la salud tienen que cumplir con las instrucciones individuales de atención de la salud contenidas en este documento. Código Testamentario de California, secciones 4670, 4671. Un agente tiene prioridad sobre cualquier otra persona para tomar decisiones de atención de la salud para los pacientes. Código Testamentario de California, sección 4685.

Las obligaciones específicas de los proveedores de atención de la salud incluyen:

- ❖ Mantener este documento en los registros de salud del paciente. Código Testamentario de California, sección 4731(a).
- ❖ Notificar al agente designado que el paciente carece de capacidad o que la ha recuperado. Código Testamentario de California, sección 4732.
- ❖ Permitir al agente designado el acceso a los registros de salud del paciente. Código Testamentario de California, sección 4678.

Duración y revocabilidad:

Las directivas anticipadas de atención de la salud no tienen vencimiento, a menos que se declare una fecha de vencimiento específica en el documento. Código Testamentario de California, sección 4686.

El paciente que tenga capacidad puede revocar la designación de un agente por medio de un documento por escrito o informando personalmente al proveedor de atención de la salud, y puede revocar cualquiera y todas las demás partes de una directiva anticipada de atención de la salud de cualquier manera que comunique un interés por revocar. Código Testamentario de California, sección 4695.

Tome en cuenta que el agente no está autorizado para tomar una decisión de atención de la salud si el paciente objeta la decisión. Antes de poner en práctica una decisión de atención de la salud tomada para un paciente, el proveedor de atención de la salud debe informar rápidamente al paciente sobre la decisión y la identidad de la persona que toma la decisión. Código Testamentario de California, secciones 4689 y 4730.

Además, este documento declara que no debe llevarse a cabo ninguna instrucción individual sobre atención de la salud física o mental contra los deseos del paciente. Si el paciente objeta la decisión de atención de la salud de su agente o la implementación de una instrucción individual sobre atención de la salud física o mental contenida en este documento, la cuestión relacionada con ese procedimiento en particular estará regida por la ley que aplicaría si no hubiera un poder legal de atención de la salud o instrucción individual de atención de la salud relacionado con ese procedimiento. Código Testamentario de California, sección 4689.

Responsabilidad e inmunidad:

Incumplimiento de una directiva anticipada de atención de la salud podría resultar en responsabilidad por daños y perjuicios especificada en las leyes de California o por daños reales, los que sean mayores, además de los honorarios del abogado. Código Testamentario de California, sección 4742. Quienes incumplan también pueden ser responsables de negligencia, mala praxis y reclamos por malos tratos.

Los proveedores de atención de la salud no están sujetos a responsabilidad civil o penal o a medidas disciplinarias por conducta no profesional por cumplir con las directivas anticipadas de atención de la salud. Código Testamentario de California, sección 4740.

Prohibida la discriminación:

Los proveedores de atención de la salud y las aseguradoras de atención de la salud no pueden requerir o prohibir la ejecución o revocación de una directiva anticipada de atención de la salud como condición para ofrecer atención de la salud, admisión a un establecimiento o proporcionar seguro. Código Testamentario de California, sección 4677.

Directiva anticipada de atención de la salud: Explicación

Usted tiene derecho a dar instrucciones acerca de su propia atención de la salud. También tiene el derecho de nombrar a alguien más para que tome decisiones de atención de la salud en su nombre. Este formulario le permite hacer una o ambas cosas. También le permite expresar sus deseos relacionados con la donación de órganos y la designación de su médico de atención primaria. Si utiliza este formulario, puede completarlo o modificarlo todo o parte del mismo. Tiene la libertad de usar un formulario diferente.

La *Parte I* de este formulario es un poder legal para la atención de la salud. La Parte I le permite designar a una persona como agente para tomar decisiones de atención de la salud por usted si queda incapaz de tomar sus propias decisiones o si quiere que alguien más tome esas decisiones por usted ahora, aunque todavía sea capaz. También puede nombrar a un agente alterno para que actúe en su nombre si su primera opción no está dispuesta, no puede o no está disponible razonablemente para tomar decisiones en su nombre. (Su agente no puede ser operador o empleado de un establecimiento de atención comunitaria o de un establecimiento de cuidados residenciales donde esté recibiendo atención, ni el proveedor a cargo de supervisar su atención de la salud, ni empleado del establecimiento de atención de la salud donde reciba atención, a menos que su agente sea su pariente o un compañero de trabajo.)

A menos que el formulario que firme limite su autoridad, su agente puede tomar todas las decisiones de atención de la salud en su nombre. Este formulario le proporciona un lugar para que usted limite la autoridad de su agente. No necesita limitar su autoridad si desea depender de su agente para todas las

decisiones de atención de la salud que pueda tener que tomar. Si elige no limitar la autoridad de su agente, éste tendrá el derecho de:

- (a) Consentir o negar el consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o de otra manera afectar una condición física o mental.
- (b) Seleccionar o excluir proveedores e instituciones de atención de la salud.
- (c) Aprobar o desaprobado pruebas de diagnóstico, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos.
- (d) Dirigir la disposición, retención o retiro de nutrición e hidratación artificial y todas las demás formas de atención de la salud, incluyendo la resucitación cardiopulmonar.
- (e) Hacer donaciones de anatomía, autorizar una autopsia y dirigir la disposición de los restos.

La *Parte II(a)* de este formulario incluye instrucciones específicas sobre cualquier aspecto de su atención de salud mental, ya sea que designe o no a un agente. Se le ofrecen opciones para que exprese sus deseos relacionados con la disposición de la atención de salud mental, y al final de la Parte II(a) se incluye espacio para que agregue cualquier elección adicional sobre la atención de salud mental que no esté cubierta en otra parte.

La *Parte II(b)* de este formulario incluye instrucciones específicas sobre cualquier aspecto de su atención de salud física, incluyendo decisiones al final de la vida e instrucciones sobre donaciones de anatomía, autopsia y disposición de sus restos.

Después de llenar el formulario, firme y ponga la fecha al final del formulario. El formulario debe ser firmado por dos testigos calificados o reconocido ante un notario público. Entregue una copia del formulario firmado y llenado a su médico, a cualquier otro proveedor de atención de la salud que pueda tener, a cualquier institución de atención de la salud en la que esté recibiendo atención, o a cualesquiera agentes de atención de la salud que haya designado. Debe hablar con la persona que haya designado como agente para asegurarse de que entienda sus deseos y que esté dispuesta a asumir la responsabilidad.

Tiene el derecho de revocar esta directiva anticipada de atención de la salud o de reemplazar este formulario en cualquier momento.

Si usted o su agente tienen problemas para hacer cumplir esta directiva anticipada de atención de la salud, póngase en contacto con su defensor de derechos de los pacientes del condado o con Protection and Advocacy, Inc. (1-800-776-5746).

Advance Health Care Directive of _____
(Your name)

Directiva anticipada de atención de la salud de _____
(Su nombre)

**Instructions Included in My Directive
Instrucciones incluidas en mi directiva**

*Put a check mark in the left-hand column for each section you have completed.
Ponga una marca en la columna de la izquierda para cada sección que haya completado.*

#	Part I Parte I Appointment of an Agent for Health Care Designación de un agente para la atención de la salud
1 <input type="checkbox"/>	Designation of Health Care Agent Designación de un agente para la atención de la salud Designation of Alternate Health Care Agent Designación de un agente alterno para la atención de la salud
2 <input type="checkbox"/>	Authority Granted to My Agent Autoridad otorgada a mi agente
3 <input type="checkbox"/>	My choice as to a Court Appointed Conservator Mi elección en cuanto a un encargado de cuidados nombrado por el tribunal
#	Part II(a) Parte II(a) Statement of Individual Mental Health Care Instructions Declaración de instrucciones individuales de atención de salud mental
4 <input type="checkbox"/>	Who, In Addition to My Health Care Agent, Should Be Notified Immediately of My Admission To a Psychiatric Facility? ¿A quién, además de mi agente de atención de la salud, se le debe notificar de inmediato de mi admisión a un establecimiento psiquiátrico?
5 <input type="checkbox"/>	My Choice of Treatment Facility and Choices for Alternatives to Hospitalization If 24-Hour Care is Deemed Medically Necessary for My Safety and Well-being Mi elección de un establecimiento de tratamiento y mis opciones de alternativas para la hospitalización si se considera médicamente necesario contar con atención las 24 horas al día para mi bienestar y seguridad

6 <input type="checkbox"/>	My Primary Physician who is to Have Primary Responsibility for my Mental Health Care is: Mi médico de atención primaria, quien tiene la responsabilidad principal de mi atención de salud mental, es:
7 <input type="checkbox"/>	My Choices about primary Physicians Who Will Treat Me if I Am Hospitalized and my Primary Physician is Unavailable Mis elecciones sobre los médicos de atención primaria que me atenderán si estoy hospitalizado y mi médico de atención primaria no está disponible
8 <input type="checkbox"/>	My Choices Regarding Methods for Avoiding Emergency Situations Mis elecciones respecto a los métodos para evitar las situaciones de emergencia
9 <input type="checkbox"/>	My Choices Regarding Emergency Interventions Mis elecciones respecto a las intervenciones de emergencia
9(a) <input type="checkbox"/>	My Choices Regarding Routine Medications for Psychiatric Treatment Mis elecciones respecto a los medicamentos de rutina para el tratamiento psiquiátrico
9(b) <input type="checkbox"/>	My Choices Regarding Emergency Psychiatric Medication Mis elecciones respecto a los medicamentos psiquiátricos de emergencia
10 <input type="checkbox"/>	My Choices Regarding Electroconvulsive Therapy Mis elecciones respecto a la terapia electroconvulsiva
11 <input type="checkbox"/>	The Following People Are to be Prohibited from Visiting Me Queda prohibido que las siguientes personas me visiten
12 <input type="checkbox"/>	Other Instructions About Mental Health Care Otras instrucciones sobre la atención de la salud mental

#	<p style="text-align: center;">Part II(b) Parte II(b) Individual Physical Health Care Instructions Instrucciones individuales para la atención de la salud física</p>
13 <input type="checkbox"/>	<p>My Primary Physician who is to Have Primary Responsibility for my Physical Health Care is: Mi médico de atención primaria, quien tiene la responsabilidad principal de mi atención de la salud física, es:</p>
14 <input type="checkbox"/>	<p>Statement of Desires, Special Provisions and Limitations Declaración de deseos, disposiciones especiales y limitaciones</p>
15 <input type="checkbox"/>	<p>My Choices Regarding Experimental Studies and Drug Trial Mis elecciones respecto a investigaciones experimentales y pruebas con drogas</p>
16 <input type="checkbox"/>	<p>My Instructions Regarding Life Sustaining Treatment Mis instrucciones respecto al tratamiento para mantener la vida</p>
17 <input type="checkbox"/>	<p>My Choices Regarding Contribution of Anatomical Gift Mis elecciones respecto a las contribuciones de donación de anatomía</p>
18 <input type="checkbox"/>	<p>My Instructions Regarding Autopsy Mis instrucciones respecto a una autopsia</p>
19 <input type="checkbox"/>	<p>Choices Regarding Disposition of My Remains Elecciones respecto a la disposición de mis restos</p>

Advance Health Care Directive of _____
(Your name)

Directiva anticipada de atención de la salud de _____
(Su nombre)

Part I
Parte I

Appointment Of An Agent For Health Care
Designación de un agente para la atención de la salud

****Make sure you give your agent a copy of all sections of this document****
****Asegúrese de darle a su agente una copia de todas las secciones de este documento****

If no agent is designated under the Power of Attorney for Health Care section of this document, or if the agent cannot be located, health care providers must still follow any Individual Health Care Instructions contained in this document. Cal. Probate Code Sections 4670, 4671. An agent has priority over any other person in making health care decisions for the patients. Cal. Probate Code Section 4685.

Si no ha designado a un agente en la sección del poder legal para la atención de la salud de este documento, o si no se puede encontrar al agente, los proveedores de atención de la salud igualmente tienen que cumplir con todas las instrucciones individuales de atención de la salud contenidas en este documento. Código Testamentario de California, secciones 4670 y 4671. El agente tiene prioridad sobre cualquier otra persona para tomar decisiones de atención de la salud para los pacientes. Código Testamentario de California, sección 4685.

Statement of intent to appoint an agent:
Declaración de la intención de designar a un agente:

I, (your name) _____, being of sound mind, authorize a health care agent to make certain decisions of my behalf regarding my health treatment when I am incompetent to do so unless I mark this box , in which case my agent's authority to make health care decisions for me takes effect immediately. I intend that those decisions should be made in accordance with my expressed wishes as set forth in this document. If I have not expressed a choice in this document, I authorize my agent to make the decision that my agent determines is the decision I would make if I were competent to do so.

Yo, (su nombre) _____, teniendo mi mente sana, autorizo a mi agente de atención de la salud para que tome ciertas decisiones en mi nombre relacionadas con mi tratamiento de salud cuando sea incompetente para hacerlo, a menos que marque este cuadro , en cuyo caso la autoridad de mi agente para que tome decisiones de atención de la salud en mi nombre entra en vigor de inmediato. Pretendo que estas decisiones se hagan de conformidad con mis deseos expresados, tal como se establecen en este documento. Si no he expresado mi elección en este documento, autorizo a mi agente para que tome la decisión que determine que sería la decisión que yo tomaría si fuera competente para hacerlo.

1. Designation of Health Care Agent
Designación de un agente para la atención de la salud

A. I hereby designate and appoint the following person as my agent to make health care decisions for me as authorized in this document. This person is to be notified immediately of my admission to a psychiatric facility.

Por medio de la presente designo y nombro a la siguiente persona como mi agente, para que tome decisiones de atención de la salud en mi nombre, tal como se autoriza en este documento. Se debe notificar de inmediato a esta persona si se me admite a un establecimiento psiquiátrico.

Name:
Nombre: _____

Address:
Dirección: _____

City, State, Zip Code:
Ciudad, estado, código postal: _____

Day Phone: _____ Evening Phone: _____
Teléfono de día: _____ Teléfono de noche: _____

Pager: _____ Cell phone: _____
Localizador: _____ Teléfono celular: _____

Designation of Alternate Health Care Agent
Designación de un agente alternativo para la atención de la salud

If the person named above is unavailable, unable or unwilling to serve as my agent, I hereby appoint and desire immediate notification of my alternative agent as follows:

Si la persona mencionada anteriormente no está disponible, no puede o no está dispuesta a servir como mi agente, por la presente designo y deseo notificar de inmediato a mi agente alternativo tal como sigue:

Name:
Nombre: _____

Address:
Dirección: _____

City, State, Zip Code:
Ciudad, estado, código postal: _____

Day Phone: _____ Evening phone: _____
Teléfono de día: _____ Teléfono de noche: _____

Pager: _____ Cell phone: _____
Localizador: _____ Teléfono celular: _____

**2. Authority Granted to My Agent
Autoridad otorgada a mi agente**

If I become incapable of giving informed consent to health care treatment, or if I marked the box under "Statement of Intent to Appoint an Agent" causing my agent's authority to make decisions for me to immediately become effective, I hereby grant to my agent full power and authority to make health care decisions for me, including the right to consent, refuse consent, or withdraw consent to any health care, treatment, service or procedure, consistent with any instructions and/or limitations I have set forth in this advance directive EXCEPT as I state here. If I have not expressed a choice in this advance directive, I authorize my agent to make the decision that my agent determines is the decision I would make if I were competent to do so. /

Si quedo incapaz de dar un consentimiento fundamentado para un tratamiento de atención de la salud, o si he marcado el cuadro en "Declaración de la intención de nombrar a un agente" con lo que ocasiono que la autoridad de mi agente para tomar decisiones en mi nombre entre en vigor de inmediato, por la presente otorgo a mi agente poder y autoridad total para que tome decisiones de atención de la salud en mi nombre, incluyendo el derecho de consentir, rehusar el consentimiento o retirar el consentimiento ante cualquier atención de la salud, tratamiento, servicio o procedimiento congruente con cualquier instrucción y/o limitación que he establecido en esta directiva anticipada EXCEPTO como lo declaro aquí. Si no he expresado mi elección en esta directiva anticipada, autorizo a mi agente para que tome la decisión que determine que sería la decisión que yo tomaría si fuera competente para hacerlo.

3. My Choice as to a Court-Appointed Conservator

Mi elección en cuanto a un encargado de cuidados nombrado por el tribunal

In the event a court decides to appoint a conservator who will make decisions regarding my health treatment, I desire the following person to be appointed:

En caso de que el tribunal decida designar a un encargado de cuidados que tomará decisiones respecto a mi tratamiento de salud, deseo designar a la siguiente persona:

Name: _____ Relationship: _____
Nombre: _____ Relación: _____

Address: _____
Dirección: _____

City, State, Zip Code: _____
Ciudad, estado, código postal: _____

Day Phone: _____ Evening Phone: _____
Teléfono de día: _____ Teléfono de noche: _____

Pager: _____ Cell Phone: _____
Localizador: _____ Teléfono celular: _____

The appointment of a conservator or other decision maker shall not give the conservator or decision maker the power to revoke, suspend, or terminate my individual health care instructions or the powers of my agent.

El nombramiento de un encargado de cuidados u otro encargado de la toma de decisiones no dará al encargado de cuidados o de la toma de decisiones el poder de revocar, suspender o terminar mis instrucciones individuales de atención de la salud o los poderes de mi agente.

****Make sure you give your agent and alternate agent a copy of all sections of this document****

****Asegúrese de darle una copia de todas las secciones de este documento a su agente y a su agente alterno****

Advance Health Care Directive of _____
(Your name)

Directiva anticipada de atención de la salud de _____
(Su nombre)

Part II(a)
Parte II(a)

Statement of Individual Mental Health Care Instructions
Declaración de las instrucciones individuales de atención de la salud mental

In this part, you state how you wish to be treated (such as which hospital you wish to be taken to, which medications you prefer) if you become incapacitated or unable to express your own wishes. If you want a paragraph to apply, put your initials before the paragraph letter. If you do not want the paragraph to apply to you, leave the line blank.

En esta parte usted declara cómo desea que le den tratamiento (por ejemplo, a qué hospital desea que lo lleven, qué medicamentos prefiere) en caso de quedar incapacitado o incapaz para expresar sus propios deseos. Si quiere que un párrafo aplique, ponga sus iniciales antes de la letra del párrafo. Si no quiere que aplique, deje la línea en blanco.

No individual mental or physical health care instruction contained in this document may be carried out against my wishes.

Ninguna de las instrucciones individuales de atención de la salud física o mental contenidas en este documento puede llevarse a cabo en contra de mis deseos.

4. Who, In Addition to My Health Care Agent, Should Be Notified Immediately of My Admission To a Psychiatric Facility? *Be sure to include the agent and any alternate agent you designate in your Durable Power of Attorney, if you have one.*

¿A quién, además de mi agente de la atención de la salud, se le debe avisar de inmediato de mi admisión a un establecimiento psiquiátrico? *Asegúrese de incluir al agente y a cualquier agente alterno que designe en su poder legal duradero, si lo tiene.*

Name:
Nombre: _____

Address:
Dirección: _____

City, State, Zip Code:
Ciudad, estado, código postal: _____

Day Phone: _____ Evening Phone: _____
Teléfono de día: _____ Teléfono de noche: _____

Pager: _____ Cell Phone: _____
Localizador: _____ Teléfono celular: _____

Name:
Nombre: _____

Address:
Dirección: _____

City, State, Zip Code:
Ciudad, estado, código postal: _____

Day Phone: _____ Evening Phone: _____
Teléfono de día: _____ Teléfono de noche: _____

Pager: _____ Cell Phone: _____
Localizador: _____ Teléfono celular: _____

Name:
Nombre: _____

Address:
Dirección: _____

City, State, Zip Code:
Ciudad, estado, código postal: _____

Day Phone: _____ Evening Phone: _____
Teléfono de día: _____ Teléfono de noche: _____

Pager: _____ Cell Phone: _____
Localizador: _____ Teléfono celular: _____

Name:

Nombre: _____

Address:

Dirección: _____

City, State, Zip Code:

Ciudad, estado, código postal: _____

Day Phone:

Teléfono de día: _____

Evening Phone:

Teléfono de noche: _____

Pager:

Localizador: _____

Cell Phone:

Teléfono celular: _____

5. My Choice of Treatment Facility and Choices for Alternatives to Hospitalization If 24-Hour Care is Deemed Medically Necessary for My Safety and Well-being

Mi elección de un establecimiento de tratamiento y mis opciones de alternativas para la hospitalización si se considera médicamente necesario contar con atención las 24 horas al día para mi bienestar y seguridad

- A. In the event my psychiatric condition is serious enough to require 24-hour care and I have no physical conditions that require immediate access to emergency medical care, I would prefer to receive this care at the following programs/facilities instead of psychiatric hospitalization.

En caso de que mi condición psiquiátrica sea lo suficiente grave como para necesitar atención las 24 horas al día y no tenga condiciones físicas que requieran de un acceso inmediato a la atención médica de emergencia, preferiría recibir esta atención en los siguientes programas/establecimientos, en lugar de recibir hospitalización psiquiátrica.

Facility Name:

Nombre del establecimiento: _____

Reason:

Razón: _____

Facility Name:

Nombre del establecimiento: _____

Reason:

Razón: _____

Facility Name:

Nombre del establecimiento: _____

Reason:

Razón: _____

-
- B. In the event I am to be admitted to a hospital for 24-hour care, I would prefer to receive care at the following hospitals:

En caso de que me admitan a un hospital para recibir atención las 24 horas al día, preferiría recibir atención en los siguientes hospitales:

Facility Name:

Nombre del establecimiento: _____

Reason:

Razón: _____

Facility Name:

Nombre del establecimiento: _____

Reason:
Razón: _____

Facility Name:
Nombre del establecimiento: _____

Reason:
Razón: _____

C. I do not wish to be admitted to the following hospitals or programs/facilities for psychiatric care for the reasons I have listed:

No deseo ser admitido en los siguientes hospitales o programas/establecimientos para atención psiquiátrica por las razones que he señalado:

Facility Name:
Nombre del establecimiento: _____

Reason:
Razón: _____

Facility Name:
Nombre del establecimiento: _____

Reason:
Razón: _____

Facility Name:
Nombre del establecimiento: _____

Reason:
Razón: _____

6. My Primary Physician who is to Have Primary Responsibility for my Mental Health Care is:

Mi médico de atención primaria, quien tiene la responsabilidad principal para mi atención de salud mental, es:

Dr. _____

Phone:
Teléfono _____

Address:
Dirección: _____

Pager:
Localizador: _____

City, State, Zip:
Ciudad, estado, código postal: _____

7. My Choices about the Physicians Who Will Treat Me if I Am Hospitalized and my Primary Physician is Unavailable

Mis elecciones sobre los médicos que me atenderán si estoy hospitalizado y mi médico de atención primaria no está disponible

Put your initials before the letter and complete if you wish either or both paragraphs to apply.
Ponga sus iniciales antes de la letra y complete los espacios si desea que aplique alguno o ambos párrafos.

A. My choice of treating physician if the above physician is unavailable is:
Mi elección del médico a cargo si el médico anterior no está disponible es:

Dr. _____ Phone: _____
Teléfono: _____

Address: _____
Dirección: _____

OR if neither is available
O si ninguno está disponible

Dr. _____ Phone: _____
Teléfono: _____

OR if none of the above is available
O si ninguno de los anteriores está disponible

Dr. _____ Phone: _____
Teléfono: _____

B. I do not wish to be treated by the following, for the reasons stated:
No deseo que me atiendan los siguientes médicos, por las razones señaladas:

Dr. _____ Reason: _____
Razón: _____

OR
O

Dr. _____ Reason: _____
Razón: _____

OR
O

Dr. _____ Reason: _____
Razón: _____

8. My Choices Regarding Methods for Avoiding Emergency Situations

Mis elecciones respecto a los métodos para evitar las situaciones de emergencia

If, during an admission or commitment to a mental health treatment facility, it is determined that I am engaging in behavior that requires an emergency intervention (e.g., seclusion and/or physical restraint and/or medication), my wishes regarding which form of emergency interventions should be made as follows. I prefer these interventions in the following order:

Si durante mi admisión o internación en un establecimiento de tratamiento de salud mental se determina que me estoy comportando de tal manera que **podría** hacer necesaria la intervención de emergencia, prefiero las siguientes elecciones para ayudarme a recuperar el control:

Fill in numbers, giving 1 to your first choice, 2 to your second, and so on until each has a number. If your choice is not listed, write it in after "other" and give it a number as well.

Llene con números, poniendo el 1 a su primera opción, el 2 a la segunda y así sucesivamente hasta que todas tengan un número. Si su elección no está en la lista, escríbala después de "otra" y póngale el número correspondiente.

- Provide a quiet private place
Proporcionarme un lugar privado y tranquilo
- Have a staff member of my choice talk with me one-on-one
Que un miembro del personal que yo elija hable conmigo a solas
- Allow me to engage in physical exercise
Permitirme hacer ejercicio físico
- Offer me recreational activities
Ofrecerme actividades recreativas
- Assist me with telephoning a friend or family member
Ayudarme para llamar a un amigo o familiar por teléfono
- Offer me the opportunity to take a warm bath
Darme la oportunidad de tomar un baño tibio
- Offer me medication
Ofrecerme medicamentos
- Offer me a cigarette
Ofrecerme un cigarrillo
- Allow me to go outside
Permitirme salir al aire libre
- Provide me with materials to journal or do artwork
Darme materiales para un escribir en un diario o hacer proyectos artísticos gráficos

Offer me assistance with breathing or calming exercises
Ofrecerme ayuda con ejercicios para respirar o tranquilizarme

Provide me with a radio to listen to
Darne una radio para escuchar

Other:
Otra: _____

9. My Choices Regarding Emergency Interventions
Mis elecciones respecto a las intervenciones de emergencia

If, during an admission or commitment to a mental health treatment facility, it is determined that I am engaging in behavior that requires an emergency intervention (e.g., seclusion and/or physical restraint and/or medication), my wishes regarding which form of emergency in:

Si durante una admisión o internación en un establecimiento de tratamiento de salud mental se determina que me estoy comportando de una manera que requiere intervención de emergencia (ejemplo, reclusión y/o restricción física y/o medicamentos) mis deseos respecto a qué formas de intervenciones de emergencia deben aplicarse son como siguen. Prefiero estas intervenciones en el orden siguiente:

Fill in numbers, giving 1 to your first choice, 2 to your second, and so on until each has a number. If an intervention you prefer is not listed, write it in after "other" and give it a number as well. If you do not want a listed intervention ever used, cross it out and explain why under "Reasons for my choices."

Llene con números, poniendo el 1 a su primera opción, el 2 a la segunda y así sucesivamente hasta que todas tengan un número. Si la intervención que prefiere no está en la lista, escríbala después de "otra" y póngale el número correspondiente. Si no quiere que se use alguna de las intervenciones mencionadas, táchela y explique por qué en "Razones de mis elecciones".

	Reasons for my choices Razones de mis elecciones
<input type="checkbox"/> Seclusion Reclusión	_____
<input type="checkbox"/> Physical Restraints Restricciones físicas	_____
<input type="checkbox"/> Seclusion and physical restraint (combined) Reclusión y restricción física (combinadas)	_____
<input type="checkbox"/> Medication by injection Medicamentos inyectados	_____
<input type="checkbox"/> Medication in pill form Medicamentos en píldoras	_____
<input type="checkbox"/> Liquid medication Medicamentos líquidos	_____
<input type="checkbox"/> During seclusion and/or restraint, I prefer to be checked by female staff Durante la reclusión y/o restricción, prefiero que me revise una mujer del personal	_____

During seclusion and/or restraint, I prefer to be checked by **male** staff Durante la reclusión y/o restricción, prefiero que me revise **un hombre** del personal

Other:

Otra: _____

See Section 9(b) for choices regarding emergency medication

Vea las elecciones respecto a medicamentos de emergencia en la Sección 9(b)

I expect the choice of medication in an emergency situation to reflect any choices I have expressed in this section and in Section 9(b). **The choices I express in this section and Section 9(b) regarding medication in emergency situations do not constitute consent to use of the medication for non-emergency treatment.**

Espero que la elección de medicamentos en una situación de emergencia refleje todas las elecciones que he expresado en esta sección y en la Sección 9(b). **Las elecciones que expreso en esta sección y en la Sección 9(b) respecto a medicamentos en situaciones de emergencia no constituyen el consentimiento para usar medicamentos en un tratamiento que no sea de emergencia.**

9(a). My Choice Regarding *Routine* Medications for Psychiatric Treatment

Mis elecciones respecto a los medicamentos *de rutina* para el tratamiento psiquiátrico

In this section, you may choose any of the paragraphs A-G that you wish to apply. Be sure to initial those you choose.

En esta sección puede elegir cualquiera de los párrafos A a G que desee que se apliquen. Asegúrese de poner sus iniciales en los que elija.

If it is determined that I am not legally competent to consent to or to refuse medications relating to my mental health treatment, my wishes are as follows:

Si se determina que no soy legalmente competente para consentir o para rechazar medicamentos relacionados con mi tratamiento de salud mental, deseo lo siguiente:

- A. I consent to the medications agreed to by my agent, after consultation with my treating physician and any other individuals my agent may think appropriate, with the reservations, if any, described in (D) below.

Consiento en los medicamentos que acuerde mi agente, después de consultar con el médico que me atiende y con otras personas que mi agente considere apropiado, con las excepciones, si hubiera, descritas en (D) a continuación.

- B. I consent to and authorize my agent to consent to the administration of: Consiento y autorizo a mi agente para que consienta en la administración de:

Medication Name or Medication Type Nombre o tipo de medicamento	Not to exceed the following dosage/day Que no exceda la siguiente dosis por día	OR O	In such dosage(s) as determined by: En dosis según las determine:
_____	_____		Dr. _____
_____	_____		Or if unavailable, then by:
_____	_____		O si no está disponible, entonces por:
_____	_____		Dr. _____
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		

- C. I consent to the medications deemed appropriate by Dr. _____ whose address and phone number are:

Consiento a los medicamentos que considere apropiados el Dr. _____, cuya dirección y número de teléfono son: _____

9(a) Continued
Continuación

- D. I specifically do not consent and I do not authorize my agent to consent to the administration of the following medications or their respective brand name, trade name, or generic equivalents:

Específicamente, no consiento y no autorizo a mi agente a que consienta en la administración de los siguientes medicamentos o su respectiva marca comercial, nombre comercial o equivalentes genéricos:

Name of Drug
Nombre del medicamento

Reason for Refusal
Razón del rechazo

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- E. I am willing to take the medications excluded in (D) above if my only reason for excluding them is their side effects and the dosage can be adjusted to eliminate those side effects.

Estoy dispuesto a tomar los medicamentos excluidos en (D) arriba si mi única razón para excluirlos es los efectos secundarios, y la dosis se puede ajustar para eliminar esos efectos secundarios.

- F. I am concerned about the side effects of medications and do **not** consent or authorize my agent to consent to any medication that has any of the side effects I have checked below at 1% or greater level of incidence (*check all that apply*).

Me preocupan los efectos secundarios de los medicamentos y **no** consiento ni autorizo a mi agente a que consienta en algún medicamento que tenga alguno de los efectos secundarios que he marcado abajo al 1% o mayor nivel de incidencia (*marque todas las que correspondan*).

- Tardive dyskinesia
Discinesia tardía
- Loss of sensation
Pérdida de la sensación
- Motor Restlessness
Inquietud motora
- Seizures
Convulsiones
- Muscle/skeletal rigidity
Rigidez músculo-esquelética

- Tremors
Temblores
- Nausea/vomiting
Náusea/vomito
- Neuroleptic Malignant Syndrome
Síndrome maligno neuroléptico
- Other
Otro _____

-
- G. I have the following other choices about psychiatric medications:
Tengo estas otras elecciones para los medicamentos psiquiátricos:

9(b) My Choices Regarding *Emergency* Psychiatric Medication
Mis elecciones respecto a los medicamentos psiquiátricos *de emergencia*

If during my admission or commitment to a mental health facility, it is determined that I am engaging in behavior that requires emergency psychiatric medication, I prefer the following medication:

Si durante mi admisión o mi internación en un establecimiento de salud mental se determina que me comporto de una manera que requiere medicamentos psiquiátricos de emergencia, prefiero los siguientes medicamentos:

Medication Name or Medication Type	Not to exceed the following dosage/day	OR O	In such dosage(s) as determined by:
Nombre o tipo de medicamento	Que no exceda la siguiente dosis por día		En dosis según las determine:
_____	_____		Dr. _____
_____	_____		Or if unavailable, then by:
_____	_____		O si no está disponible, entonces por:
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		Dr. _____
_____	_____		

The choices expressed in this section regarding medication in emergency situations do not constitute consent to use of the medication for non-emergency treatment.

Las elecciones expresadas en esta sección sobre medicamentos en situaciones de emergencia no constituyen un consentimiento de usar los medicamentos para tratamientos que no sean de emergencia.

10. My Choices Regarding Electroconvulsive Therapy
Mis elecciones respecto a la terapia electroconvulsiva

- A. I **do not** consent to administration of electroconvulsive therapy.
No consiento a la aplicación de terapia electroconvulsiva.

B. Under California law, this Directive **cannot** be used to consent for electroconvulsive therapy. However, if I am administered electroconvulsive therapy, I have the following choices:

Según la ley de California, esta directiva **no se puede** usar para consentir al uso de terapia electroconvulsiva. Sin embargo, si se me aplica la terapia electroconvulsiva, tengo las siguientes elecciones:

- I will be administered no more than the following number of treatments
Se me aplicará no más del siguiente número de tratamientos _____ .
- I will be administered the number of treatments deemed appropriate by
Dr.____, whose phone number and address is:
- Se me aplicará el número de tratamientos que el Dr. considere apropiado, y su número de teléfono y dirección son _____

**11. The Following People Are to be Prohibited from Visiting Me:
Queda prohibido que las siguientes personas me visiten:**

**Name
Nombre**

**Relationship
Relación**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**12. Other Instructions About Mental Health Care
Otras instrucciones sobre la atención de la salud mental**

(You may attach additional pages if you need more space to complete your statement. If you attach additional pages, you must sign and date EACH of the additional pages at the same time you sign and date this document).

(Puede anexar páginas adicionales si necesita más espacio para completar su declaración. Si anexa páginas adicionales, tiene que firmar y poner la fecha en CADA una de las páginas adicionales al momento de firmar y poner la fecha en este documento.)

Advance Health Care Directive of _____
(Your name)

Directiva anticipada de atención de la salud de _____
(Su nombre)

Part II(b)
Parte II(b)
Individual Physical Health Care Instructions
Instrucciones individuales para la atención de la salud física

No individual mental or physical health care instruction contained in this document may be carried out against my wishes.

Ninguna de las instrucciones individuales de atención de la salud física o mental contenidas en este documento puede llevarse a cabo en contra de mis deseos.

13. My Primary Physician who is to have primary responsibility for my physical health care is:

Mi médico de atención primaria, quien tiene la responsabilidad principal de mi atención de la salud física, es:

Dr. _____ Phone _____
Teléfono _____

Address _____ Pager _____
Dirección _____ Localizador _____

City, State, Zip _____
Ciudad, estado, código postal _____

OR if the above physician is unavailable, then I request:
O si el médico anterior no está disponible, entonces solicito a:

Dr. _____ Phone _____
Teléfono _____

Address _____
Dirección _____

City, State, Zip _____
Ciudad, estado, código postal _____

OR if neither of the above is available, then I request:
O si ninguno de los mencionados está disponible, entonces solicito a:

Dr. _____ Phone _____
Teléfono _____

Address _____
Dirección _____

City, State, Zip _____
Ciudad, estado, código postal _____

I specifically do not want to be treated by the following physicians:
Específicamente, no quiero que me atiendan los siguientes médicos:

Dr. _____

Reason:

Razón: _____

OR

O

Dr. _____

Reason:

Razón: _____

OR

O

Dr. _____

Reason:

Razón: _____

14. Statement of Desires, Special Provisions and Limitations
Declaración de deseos, disposiciones especiales y limitaciones

- A. I specifically express the following desires concerning these health care decisions:
Específicamente, expreso los siguientes deseos relacionados con estas decisiones de atención de la salud:

- B. And I specifically limit this Advance Directive as follows:
Y específicamente limito esta directiva anticipada de la siguiente manera:

(You may attach additional pages if you need more space to complete your statement. If you attach additional pages, you must sign and date EACH of the additional pages at the same time you sign and date this document).

(Puede anexar páginas adicionales si necesita más espacio para completar su declaración. Si anexa páginas adicionales, tiene que firmar y poner la fecha en CADA una de las páginas adicionales al momento de firmar y poner la fecha en este documento.)

15. My Choices Regarding Experimental Studies and Drug Trials
Mis elecciones respecto a investigaciones experimentales y pruebas con drogas

- I **will not** participate in experimental studies or drug trials.
No participaré en investigaciones experimentales ni pruebas con drogas.

Under recent changes to California law, a health care agent, if one has been appointed, a conservator, a family member, or domestic partner may consent to participation in a medical experiment on behalf of a person who is unable to consent under very specific circumstances. See Health and Safety Code, section 24178 for a list of these specific circumstances.

De acuerdo con cambios recientes a las leyes de California, un agente de atención de la salud, si se ha nombrado, un encargado de cuidados, un familiar o un compañero doméstico puede consentir a la participación en un experimento médico a nombre de una persona que no pueda consentir, en circunstancias muy específicas. Vea una lista de estas circunstancias específicas en el Código de Salud y Seguridad, sección 24178.

Complete this section **only** if you do not consent to participation in medical experiments under any circumstances.

Complete esta sección **solamente** si no consiente en participar en experimentos médicos bajo ninguna circunstancia.

16. My Instructions Regarding Life Sustaining Treatment
Mis instrucciones respecto al tratamiento para mantener la vida

- A. I **do not** want my life to be prolonged and I **do not** want life-sustaining treatment to be provided or continued: (1) if I am in an irreversible coma or persistent vegetative state; or (2) if I am terminally ill and the application of life sustaining procedures would serve only to artificially delay the moment of my death; or (3) under any other circumstances where the burdens of treatment outweigh the expected benefits. I want the relief of suffering and the quality as well as the possible extension of my life considered in making decisions concerning life-sustaining treatment.

Yo **no** quiero que mi vida se prolongue y **no** quiero que se me proporcione ni continúe el tratamiento para mantener la vida si: (1) estoy en un coma irreversible o en un estado vegetativo persistente, o (2) si estoy enfermo en grado terminal y la aplicación de los procedimientos para mantener la vida sólo servirán para retrasar artificialmente el momento de mi muerte, o (3) bajo alguna otra circunstancia donde la carga del tratamiento supera los beneficios esperados. Quiero que se considere el alivio del sufrimiento y la calidad, así como la posible extensión de mi vida, al tomar decisiones relacionadas con un tratamiento para mantener la vida.

OR
O

- B. I want my life to be prolonged and I want life-sustaining treatment to be provided **unless I am in a coma or vegetative state** which my doctor reasonably believes to be irreversible. Once my doctor has reasonably concluded that I will remain unconscious for the rest of my life, I **do not** want life-sustaining treatment to be provided or continued.

Quiero que se prolongue mi vida y quiero que se me proporcione tratamiento para mantener la vida, **a menos que esté en un estado de coma o vegetativo** en el cual mi médico crea razonablemente que es irreversible. Una vez que mi médico haya concluido razonablemente que seguiré inconsciente por el resto de mi vida, **no** quiero que se me proporcione ni continúe con el tratamiento para mantener la vida.

OR
O

- C. I want my life to be prolonged to the greatest extent possible without regard to my condition, the chances I have for recovery or the cost of procedures.

Quiero que mi vida se prolongue hasta el máximo posible sin tomar en cuenta mi condición, las posibilidades que tenga de recuperación o el costo de los procedimientos.

**AND/OR
Y/O**

- D. I specifically express the following desires concerning life-sustaining treatment.
Específicamente, expreso los siguientes deseos relacionados con el tratamiento para mantener la vida.

17. My Choices Regarding Contribution of Anatomical Gift

Mis elecciones respecto a las contribuciones con donaciones de anatomía

If either statement reflects your desires, sign the line next to the statement. You do not have to sign either statement. If you do not wish to sign either statement, your agent (if you have one) and your family will have the authority to make a gift of all or part of your body under the Uniform Anatomical Gift Act.

Si alguna de las declaraciones refleja sus deseos, firme la línea junto a la declaración. No tiene que firmar ninguna. Si no desea firmar ninguna, su agente (si lo tiene) y su familia tendrán la autoridad de donar todo su cuerpo o parte del mismo, de acuerdo con la Ley uniforme de donación anatómica.

- I **do** want to make a gift under the Uniform Anatomical Gift Act, effective upon my death, of:

Quiero hacer una donación de acuerdo con la Ley uniforme de donación anatómica, vigente al momento de mi muerte, de:

- Any needed organs or parts; or
Los órganos o partes que se necesiten, o

- The parts or organs listed:
Las partes u órganos indicados:

- I **do not** want to make a gift under the Uniform Anatomical Gift Act, nor do I want my agent or family to do so.

No quiero hacer una donación según la Ley uniforme de donación anatómica, ni quiero que mi agente o mi familia lo haga.

(Signature)
(Firma)

(Signature)
(Firma)

18. My Instructions Regarding Autopsy
Mis instrucciones respecto a una autopsia

*If either statement reflects your desires, sign the line next to the statement. You **do not** have to sign either statement. If you do not sign either statement, your agent (if you have one) and your family will be able to authorize an autopsy.*

*Si alguna de las declaraciones refleja sus deseos, firme la línea junto a la declaración. **No** tiene que firmar ninguna. Si no firma ninguna, su agente (si lo tiene) y su familia podrán autorizar una autopsia.*

I **do** authorize an examination of my body after death to determine the cause of my death.

Autorizo que examinen mi cuerpo después de la muerte para determinar la causa de mi muerte.

(Signature)
(Firma)

I **do not** authorize an examination of my body after death to determine the cause of my death.

No autorizo que examinen mi cuerpo después de la muerte para determinar la causa de mi muerte.

(Signature)
(Firma)

19. Choices Regarding Disposition of my Remains
Elecciones respecto a la disposición de mis restos

If either statement reflects your desires, sign the line beneath the statement. You do not have to sign either statement. If you do not sign either statement, your agent (if you have one) and your family will be able to direct the disposition of your remains.

Si alguna de las declaraciones refleja sus deseos, firme la línea debajo de la declaración. No tiene que firmar ninguna; si no firma ninguna, su agente (si lo tiene) y su familia podrán dirigir la disposición de sus restos.

I do authorize
Autorizo a

(name)
(nombre)

(phone)
(teléfono)

(address/city/state/zip)
(dirección/ciudad/estado/código postal)

to direct the disposition of my remains by the following method:
para dirigir la disposición de mis restos con el siguiente método:

Burial
Sepultura

Cremation
Cremación

(signature)
(firma)

OR
O

I have described the way I want my remains disposed of in:
He descrito la manera en que quiero que dispongan de mis restos en:

A written contract for funeral services with:
Un contrato por escrito para servicios funerarios con:

(name and phone of mortuary/cemetery)
(nombre y número de teléfono de la agencia funeraria/cementerio)

(address/city/state/zip)
(dirección/ciudad/estado/código postal)

My will
Mi testamento

Other:
Otra: _____

(signature)
(firma)

By signing below, I am executing this advance directive for health care and, by so doing, am revoking any prior durable power of attorney for health care.

Al firmar a continuación, estoy poniendo en vigencia esta directiva anticipada para atención de la salud y, al hacerlo, estoy revocando cualquier poder legal duradero para atención de la salud anterior.

Effect of copy: A copy of this form has the same effect as the original.

Efecto de la copia: Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

Signature: Sign and date the form here in the presence of your witnesses/notary. /

Firma: Firme y ponga la fecha aquí en presencia de sus testigos/el notario.

(date)
(fecha)

(signature)
(firma)

(address)
(dirección)

(print your name)
(nombre en letra de molde)

(city / state)
(ciudad / estado)

Statement of witnesses: I declare under penalty of perjury under the laws of California (1) that the individual who signed or acknowledged this advance health care directive is personally known to me, or that the individual's identity was proven to me by convincing evidence, (2) that the individual signed or acknowledged this advance directive in my presence, (3) that the individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence, (4) that I am not a person appointed as agent by this advance directive, and (5) that I am not the individual's health care provider, an employee of the individual's health care provider, the operator of a community care facility, an employee of an operator of a community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly, nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly.

Declaración de los testigos: Declaro bajo pena de perjurio según las leyes de California (1) que conozco personalmente a la persona que ha firmado o reconocido esta directiva anticipada de atención de la salud, o que la identidad de la persona se me ha comprobado por medio de evidencias convincentes, (2) que la persona firmó o reconoció esta directiva anticipada en mi presencia, (3) que la persona parece tener la mente sana y no estar bajo coacción, fraude, o influencia indebida, (4) que no soy una persona designada como agente por esta directiva anticipada, y (5) que no soy proveedor de atención de la salud de la persona, empleado del proveedor de atención de la salud de la persona, operador de un establecimiento de atención comunitaria, empleado de un operador de un establecimiento de atención comunitaria, operador de un establecimiento de cuidados residenciales para ancianos, ni empleado de un operador de un establecimiento de cuidados residenciales para ancianos.

First Witness
Primer testigo

Second Witness
Segundo testigo

(print name)
(nombre en letra de molde)

(print name)
(nombre en letra de molde)

(address)
(dirección)

(address)
(dirección)

(city / state)
(ciudad / estado)

(city / state)
(ciudad / estado)

(signature of witness)
(firma del testigo)

(signature of witness)
(firma del testigo)

(date)
(fecha)

(date)
(fecha)

Additional statement of witnesses: At least one of the above witnesses must also sign the following declaration:

Declaración de los testigos: Por lo menos uno de los testigos anteriores también tiene que firmar la siguiente declaración:

I further declare under penalty of perjury under the laws of California, that I am not related to the individual executing this advance health care directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.

Además, declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que no estoy relacionado con la persona que celebra esta directiva anticipada de atención de la salud por parentesco de sangre, por matrimonio ni por adopción, y a mi mejor saber y entender, no tengo derecho a parte alguna del patrimonio de la persona a su muerte según un testamento existente actualmente, ni por una operación legal.

(signature of witness)
(firma del testigo)

(signature of witness)
(firma del testigo)

Special witness requirement: The following statement is required only if you are a patient in a skilled nursing facility – a health care facility that provides the following basic services: skilled nursing care and supportive care to patients whose primary need is for availability of skilled nursing care on an extended basis. The patient advocate or ombudsman must sign the following statement:

Requisito especial para el testigo: La siguiente declaración solamente se requiere si es paciente de una instalación de enfermería especializada – una instalación de atención de la salud que proporciona los siguientes servicios básicos: servicios de enfermería especializada y servicios de apoyo a pacientes cuya necesidad principal es la atención de enfermería especializada a largo plazo. El defensor de pacientes o defensor del pueblo tiene que firmar la siguiente declaración:

Statement of Patient Advocate or Ombudsman
Declaración del defensor del paciente o del defensor del pueblo

I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que soy un defensor de pacientes o defensor del pueblo tal como lo designa el Departamento de la Vejez del Estado, y que me presento como testigo, tal como lo requiere la sección 4675 del Código Testamentario.

(date)
(fecha)

(signature)
(firma)

(address)
(dirección)

(print your name)
(su nombre en letra de molde)

(city / state)
(ciudad / estado)

**Acknowledgement of Notary Public
Reconocimiento del notario público**

(State of California / County of _____)

(estado de California / Condado de _____)

On _____, before me, _____ (here insert name and title of the officer), personally appeared _____ personally known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person whose name is subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she executed the same.

El día _____, ante mí, _____ (inserte aquí el nombre y título del funcionario), se presentó en persona _____ a quien conozco personalmente (o me lo ha comprobado con evidencia satisfactoria) como la persona cuyo nombre se suscribe en el presente documento y reconoce ante mí que ha suscrito el mismo.

WITNESS my hand and official seal.
DOY FE de mi puño y letra, y con mi sello oficial.

Signature:

Firma: _____ (Seal)
(Sello)

This document is valid only if signed by two witnesses OR acknowledged before a notary public.

Este documento solamente es válido si está firmado por dos testigos O reconocido ante un notario público.