

ADVANCE DIRECTIVES

Advance Directives Are Written Instructions Which Communicate Your Wishes About The Care And Treatment You Want If You Reach A Point Where You Can No Longer Make Your Own Health Care Decisions

All health care facilities that receive Medicare and Medi-Cal payments must provide patients with written information concerning 1) their right to accept or refuse treatment and 2) their right to prepare advance directives. The law does not require that you actually have or make an advance directive.

Under California law adult persons with decision making capabilities have the right to accept or refuse medical treatment or life sustaining procedures. Artificial nutrition and hydration are among the medical procedures you have the right to accept or refuse.



REASON WHY YOU MAY WANT TO PREPARE AN ADVANCE DIRECTIVE

- To ensure you receive the care and services you desire.
- To ensure the refusal of treatment at a determined stage if you have previously stated your desires to do so.
- To designate the person you would like to make decisions on your behalf.
- To ensure that family and friends understand your wishes regarding health care. If you do not make your wishes clear, your family members and friends may not agree about what type of care and treatment you would want. It is possible that your desires will not be carried out, since a conflict may lead to a lengthy court delay.

Being Prepared With An Advance Directive, You Can Say WHAT Types Of Treatment You Want, and WHO You Want To Speak For You.

THE DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

This is a legally binding document that allows the person you choose (the "agent") to make health decisions for you if and when you are no longer able to make such decisions. You should select a person who know you well, and whom you trust. Your agent may be a relative or a friend, but must not be your attending doctor. The Durable Power of Attorney for Health Care allows your agent to make any and all health care decisions for you once you are no longer able to decide. This includes routine medical decisions, as well as more complicated decisions. Your agent can even decide to withdraw or withhold life sustaining procedures if you give your agent that authority.

To be valid, the document must be signed by you. The document must also be witnessed by two qualified adult witnesses.

Those persons not eligible to be witnesses are your doctor, nurse, their employee or any other healthcare professional.

- You **DO NOT** need a lawyer to fill out a Durable Power of Attorney of Health Care.
- The Durable Power of Attorney for Health Care allows you, in writing, to declare your desire to receive or not receive life sustaining treatment under certain conditions. You may list any instructions you want pertaining to health care.

THE NATURAL DEATH ACT

This is another type of advance directive most often called a "Declaration." This document *DOES NOT* require you to appoint an agent to make health care decisions for you.

The Declaration is for terminally ill patients. While you still have decision making capabilities, you may sign a Declaration which tells your doctors that you don't want any treatment that would prolong the dying process. The Declaration must be followed in these circumstances:

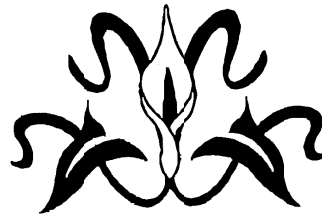
- If you fall into a permanent unconscious state or a terminal condition (certified by two doctors).
- At the time you cannot make your own health care decisions.

Those persons who are witnesses to the signing of the Declaration must meet the same requirements as those needed for the Durable Power of Attorney for Health Care.

DO I NEED A SPECIAL FORM FOR THIS DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

YES. Use a *Durable Power of Attorney for Health Care* form, not a plain Durable Power of Attorney. You can ask your physician, nurse, or social worker about the form.

The California Medical Association has printed forms that meet the legal requirements. — California Medical Assc. PO Box 7690, San Francisco, CA 94120-7690. 415-882-5175. The form is also carried by the California Health Decisions, 500 South Main St., Orange, CA 92668, 714-647-4920. Many stationery stores carry the forms. There is a small charge for these forms from all sources.



OTHER DOCUMENTS

Other documents that help determine your health care desires IF and WHEN you are UNABLE to make such decisions for yourself:

"DO NOT RESUSCITATE." This form allows your doctor to withhold "resuscitative measures," should that be your desire. This should be signed by you, your doctor, and a surgeon. The law does not require witnesses and notarization. **NO ONE CAN MAKE YOU SIGN A "DO NOT RESUSCITATE" ORDER.**

"PREFERRED INTENSITY OF CARE." This is a document of your preferences for care under special circumstances. A discussion with your physician and/or legal representative occurs prior to creating this document.

"LIVING WILL." This lists your desires to receive or not receive life-sustaining medical treatment under certain circumstances. A living will is NOT a legally binding agreement, although it is often accepted as an accurate statement of one's wishes.

For more information about Advance Directives, contact the Ombudsman program.
State Ombudsman Program: 916-323-6681

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Las Directivas Anticipadas son instrucciones escritas que comunican sus deseos de la atención y tratamiento que usted desea en caso que llegue a un punto donde ya no pueda tomar sus propias decisiones de atención de salud

Todas las instalaciones de atención de la salud que reciban pagos de Medicare y Medi-Cal deben ofrecer a los pacientes la información por escrito referente a 1) su derecho de aceptar o rechazar el tratamiento y 2) su derecho de preparar las directivas anticipadas. La ley no requiere que tenga o haga una directiva anticipada.

Según la ley de California, los adultos con capacidad de tomar sus decisiones tienen el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento médico o los procedimientos para sostener la vida. La nutrición e hidratación artificial se encuentran entre los procedimientos médicos que usted tiene derecho de aceptar o rechazar.



RAZÓN POR LA CUAL PODRÍA PREPARAR UNA DIRECTIVA ANTICIPADA

- Para asegurar que recibe la atención y los servicios que desea.
- Para asegurar el rechazo de un tratamiento en una etapa determinada, si previamente ha declarado sus intenciones de hacerlo.
- Para designar a la persona que le gustaría que tomara decisiones en su nombre.
- Para asegurar que la familia y los amigos entiendan sus deseos referentes a la atención de la salud. Si no deja en claro sus deseos, es posible que los miembros de su familia y sus amigos no se pongan de acuerdo respecto al tipo de atención y tratamiento que usted quisiera. Es posible que sus deseos no se lleven a cabo, puesto que un conflicto puede conducir a un prolongado retraso judicial.

Al estar preparado con una directiva avanzada, usted puede indicar QUÉ tipos de tratamiento quiere, y QUIÉN quiere que hable por usted.

PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Este es un documento legalmente obligatorio que permite que la persona que usted elija (el "agente") tome decisiones de salud por usted en caso que usted ya no pueda tomar dichas decisiones. Debe de seleccionar a una persona que lo conozca bien, y en quien usted confíe. Su agente puede ser un familiar o un amigo, pero no debe ser su médico a cargo. El Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud permite que su agente tome cualquier decisión de atención de la salud por usted, en dado caso que usted ya no pueda decidir. Esto incluye las decisiones médicas de rutina, así como decisiones más complicadas. Su agente puede incluso decidir retirar o negar los procedimientos para sostener la vida si le otorga a su agente esa autoridad.

Para que sea válido, el documento debe estar firmado por usted. También deben atestiguarlo dos testigos adultos calificados.

Aquellas personas no elegibles para ser testigos son: su médico, enfermera, su empleado o cualquier otro profesional de la atención de la salud.

- Usted **NO** necesita un abogado para llenar un Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud.
- El Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud le permite a usted declarar por escrito su deseo de recibir o no recibir tratamiento para sostener la

vida bajo ciertas condiciones. Puede incluir las instrucciones que desee referentes a la atención de la salud.

LA LEY DE LA MUERTE NATURAL

Esta es otro tipo de directiva avanzada que frecuentemente se denomina "Declaración". Este documento **NO** requiere que nombre a un agente para tomar las decisiones de salud por usted.

La Declaración es para enfermos terminales. Aunque todavía tenga la capacidad para tomar decisiones, puede firmar una Declaración que le indique a sus médicos que no desea tratamiento alguno que pudiera prolongar el proceso de morir. La Declaración se debe respetar en estas circunstancias:

- Si entra en un estado de inconsciencia permanente o en una condición terminal (certificada por dos médicos)
- Si en el momento no puede tomar sus propias decisiones de atención de la salud.

Aquellas personas que sean testigos de la firma de la Declaración deben cumplir con los mismos requisitos necesarios para el Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud.

For more information about Advance Directives, contact the Ombudsman program.
State Ombudsman Program: 916-323-6681.

¿NECESITO UN FORMULARIO ESPECIAL PARA ESTE PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD?

SÍ. Utilice el formulario para un *Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud*, no un Poder Notarial Duradero simple. Puede preguntar por el formulario a su médico, enfermera o trabajador social.

La California Medical Association ha impreso formularios que cumplen con los requisitos legales. California Medical Assc. PO Box 7690, San Francisco, CA 94120-7690. 415-882-5175. La California Health Decisions también tiene el formulario, 500 South Main St., Orange, CA 92668, 714-647-4920. Muchas papelerías tienen los formularios. En todos estos lugares los formularios tienen un pequeño costo.



OTROS DOCUMENTOS

Otros documentos que ayudan a determinar sus deseos de atención de la salud EN EL CASO que usted ya NO PUEDA tomar dichas decisiones por sí mismo:

"NO RESUCITAR." Este formulario permite a su médico retener las "medidas de resucitación", en caso que así fuera su deseo. Debe estar firmado por usted, su médico y un cirujano. La ley no requiere testigos ni notarización. **NADIE PUEDE OBLIGARLE A FIRMAR UNA ORDEN DE "NO RESUCITAR".**

"PREFERENCIA POR LA INTENSIDAD DE LA ATENCIÓN." Este es un documento para indicar sus preferencias de atención bajo circunstancias especiales. Antes de crear este documento debe tener lugar una conversación con su médico y/o representante legal.

"TESTAMENTO EN VIDA." Este indica su deseo de recibir o no recibir tratamiento médico para sostener la vida bajo ciertas circunstancias. Un testamento en vida NO es un acuerdo legalmente obligatorio, aunque a menudo se acepta como una declaración precisa de los deseos de uno.