



Opciones

Viviendo bien al final de la vida

Choices

Living Well at the End of Life

El desarrollo de esta guía de Directivas Anticipadas bilingüe fue posible gracias a la donación de la Corporación de Servicios Legales (LSC), en colaboración con Ayuda Legal del Oeste de Ohio y La Sociedad de Ayuda Legal de Cleveland.

The development of this bilingual advance directive guide was made possible by a grant from the Legal Services Corporation (LSC), in collaboration with Legal Aid of Western Ohio and The Legal Aid Society of Cleveland.



AVISO IMPORTANTE

Nosotros hemos ejercido nuestro mejor criterio profesional para proporcionar el texto en el idioma español como se presenta en este documento. Sin embargo, los documentos legales pueden ser muy complejos. La traducción de documentos legales de un idioma a otro no siempre se traduce en una palabra precisa para la traducción de palabras. Los usuarios de este documento por lo tanto, deben estar conscientes de que es posible que un tribunal u otra autoridad legal, pudieran decidir que el significado de los textos impresos en español en este documento en algunas circunstancias, puede significar algo diferente al texto en inglés. Mediante el uso de este documento, por lo tanto, usted reconoce y asume el riesgo de que los tribunales u otras autoridades legales en algunas situaciones, pudieran basarse en el texto en inglés para decidir las controversias sobre el significado o valor legal de este documento.

IMPORTANT NOTICE

We have exercised our best professional judgment in providing the Spanish language text presented in this document. However, legal documents can be complex. Translation of legal documents from one language to another does not always result in a precise word for word translation. Users of this document therefore should be aware that it is possible a court or other legal authority could decide that the meaning of the Spanish text printed on this document in some circumstances may mean something different than the English text. By using this document, therefore, you acknowledge and assume the risk that courts or other legal authorities in some situations could rely on the English text to decide any disputes about the meaning or legal effect of this document.

Midwest Care Alliance expresa su profundo aprecio y agradecimiento por la cooperación de la Asociación Médica del Estado de Ohio, la Asociación de Hospitales de Ohio y la Asociación Osteopática de Ohio por sus esfuerzos en el desarrollo y distribución de este Paquete de Opciones de Directivas Anticipadas: Viviendo Bien al Final de Vida. También agradecemos a la Asociación de Abogados del Estado de Ohio por proporcionar el lenguaje legal para los formularios del Testamento en Vida y la Carta Poder para Atención Médica. El paquete incluye información sobre Cuidados Paliativos y Ordenes de no Resucitar, Formulario de Inscripción para el Registro de Donantes (septiembre de 2009) y una copia de cada uno del Testamento en vida y la Carta Poder para Atención Médica. Testamento en vida y Carta Poder para Atención Médica que cumplen con los requisitos de la ley de testamento en vida de Ohio, con una modificación efectiva en septiembre del 2009.

The Midwest Care Alliance expresses deep appreciation and gratitude for the cooperation of the Ohio State Medical Association, the Ohio Hospital Association and the Ohio Osteopathic Association for their efforts in the development and distribution of this Advance Directives Packet: Choices, Living Well at the End of Life. We also thank the Ohio State Bar Association for providing the legal language for the Living Will and Health Care Power of Attorney forms. The packet includes information regarding Hospice and Do-Not-Resuscitate Orders, a Donor Registry Enrollment Form (September 2009) and one copy each of Ohio's Living Will and Health Care Power of Attorney forms. The Living Will and Health Care Power of Attorney forms conform with the requirements of Ohio's Living Will Law, as amended effective September 2009.



Midwest Care Alliance

855 S. Wall Street
Columbus, Ohio 43206

www.midwestcarealliance.org



Ohio State Medical Association

3401 Mill Run Drive
Hilliard, Ohio 43026

www.osma.org



Ohio Hospital Association

155 East Broad Street
Columbus, Ohio 43215-3620

www.ohanet.org



Ohio Osteopathic Association

53 West Third Avenue
PO Box 8130
Columbus, Ohio 43201-0130

www.ooanet.org



Indice

Table of Contents

Introducción	6
Introduction	
Sus preguntas	9
Your Questions Answered	
Testamento en Vida de Ohio	13
Ohio's Living Will	
Formulario de Declaración del Testamento en Vida de Ohio	18
Ohio's Living Will Declaration Form	
Formulario de Inscripción para el Registro del Donante	27
Donor Registry Enrollment Form	
Carta Poder (Poder Notarial) para Atención Médica de Ohio	30
Ohio's Health Care Power of Attorney	
Forma de la Carta Poder (Poder Notarial) para Atención Médica	34
Ohio's Health Care Power of Attorney Form	
Ley de Ohio de no Resucitar	53
Ohio's Do-Not-Resuscitate Law	
La opción de Hospicio	59
The Hospice Choice	
Donación de órganos	63
Anatomical Gifts	





Introducción

Introduction

Hoy, los avances en la medicina y en la tecnología se salvan muchas más vidas que hace 60 años se hubieran perdido. Desafortunadamente, a veces esta misma tecnología también prolonga la vida artificialmente a personas que ya no tienen esperanza de recuperación.

A nadie le gusta pensar en la muerte y en morir, pero son realidades ineludibles de la vida. Armados con la información y los formularios en este paquete, usted puede tomar control de sus opciones en cuanto a su futuro médico.

En 1991, Ohio aceptó su derecho a tener un Testamento en Vida, además de las ya reconocidas en ese momento Directivas Anticipadas de Ohio, y la Carta Poder para Atención Médica. En 1998, Ohio aceptó otra herramienta para ayudarlo a usted y a su médico con la planificación efectiva de atención de la salud conocida por sus siglas en inglés DNR (orden de no resucitar). Todas estas medidas le ayudan y ponen el control de futuras opciones médicas en sus manos.

El Testamento en Vida le permite decidir y documentar, de antemano, el tipo de cuidado que le gustaría recibir si llegase a quedar permanentemente inconsciente o con una enfermedad terminal y no pudiese comunicarse. La Carta Poder para Atención Médica le permite escoger a alguien para tomar decisiones por usted.

Today, advances in medicine and medical technology save many lives that only 60 years ago might have been lost. Unfortunately, sometimes this same technology also artificially prolongs life for people who have no reasonable hope of recovery.

No one likes to think about death and dying, but they are inescapable realities of life. Armed with the information and forms in this packet, you can take control of choices regarding your medical future.

In 1991, Ohio recognized your right to have a Living Will. This was in addition to Ohio's other recognized advance directive at that time, the Health Care Power of Attorney. In 1998, Ohio recognized yet another tool to help you and your physician with effective health care planning called a DNR (Do-Not-Resuscitate) Order. All of these measures help put control over future medical choices in your hands.

The Living Will allows you to decide and document, in advance, the type of care you would like to receive if you were to become permanently unconscious or terminally ill and unable to communicate. The Health Care Power of Attorney enables you to select someone to make decisions for you.

Una persona que no desea que se le de Resucitación Cardiopulmonar (RCP) puede pedir este deseo a través de una orden médica llamada (ONR) no resucitación. Una orden de no resucitar explica los diversos métodos utilizados para revivir a las personas cuyos corazones han dejado de palpitar (paro cardíaco) o personas que han dejado de respirar (paro respiratorio) En 1998, se estableció una ley de resucitación para ayudar a la gente a comunicar sus deseos sobre resucitación al personal médico dentro o fuera de un hospital o asilo de ancianos. Permitiendo al personal de urgencias a respetar la orden por escrito de la persona de no resucitar en la casa, el hogar de ancianos y otros lugares. La ley de 1998 ONR también protege las unidades de emergencia y otros proveedores de atención médica de cualquier responsabilidad si siguen la orden de una persona de no resucitar.

Siguiendo lo establecido en la Ley de ONR de resucitación de 1998, el departamento de salud de Ohio estableció dos tipos de órdenes ONR del cuidado que le permite a la gente elegir el tratamiento que desean recibir al final de la vida. Una persona con una voluntad de “ONR Orden de no resucitar” recibirá todo el tratamiento médico adecuado, que puede incluir componentes de CPR, hasta que la persona tenga un paro cardíaco o respiratorio, en ese momento solo se le facilitará atención de confort.

Si solicita la “Orden de Cuidado de Confort de ONR más amplia,” esa persona esta eligiendo, desde el momento en que la orden está escrita, que sólo recibirá atención de confort con medidas establecidas de que si algún evento ocurriera y se este amenazando o acabando con su vida. Su médico o proveedor de atención médica puede explicar las diferencias en ONR ordenes de no resucitación.

Además de las formas del Testamento en Vida y la Carta Poder de Atención Médica, encontrará en este paquete una copia de la inscripción del formulario del registro del donante. También se incluye en este paquete la información sobre la orden de no resucitar ONR y la opción de hospicio, que ofrece información adicional sobre opciones para el final de vida. La última página ofrece una práctica tarjeta de bolsillo que le proporcionará información importante a su proveedor de atención médica.

A person who does not wish to have Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) performed may make this wish known through a doctor’s order called a DNR Order. A DNR Order addresses the various methods used to revive people whose hearts have stopped (cardiac arrest) or people who have stopped breathing (respiratory arrest). In 1998, a DNR Law was established to help people communicate their wishes about resuscitation to medical personnel inside or outside a hospital or nursing home setting. It allows emergency medical workers to honor a person’s physician-written DNR Order in the home, nursing home or various other settings. The 1998 DNR Law also protects emergency squads and other health care providers from liability if they follow a person’s DNR Order.

Following the establishment of the 1998 DNR Law, the Ohio Department of Health established two types of DNR Comfort Care Orders that allow people to choose the extent of the treatment they wish to receive at the end of life. A person with a “DNR Comfort Care Arrest Order” will receive all the appropriate medical treatment, which may include components of CPR, until the person has a cardiac or respiratory arrest, at which point only comfort care will be provided.

By requesting the broader “DNR Comfort Care Introduction Order,” a person is choosing, from the moment the order is written, to have only comfort care measures provided should an event occur that is life threatening or ending. Your physician or health care provider can explain the differences in DNR Orders.

In addition to the Living Will and Health Care Power of Attorney forms, you will find a copy of the Donor Registry Enrollment Form in this packet. Also included in this packet is information about DNR Orders and the hospice choice, which offers further information about end of life issues and options. The last page offers a convenient wallet card that will provide important information to your health care provider.

Es importante comprender las leyes de Ohio, lo que esta permitido y lo que no esta permitido respectaron respecto a expresar sus anhelos, metas y deseos mediante el uso de herramientas como las Directivas Anticipadas de Ohio. Este paquete esta hecho para educarlo acerca del Testamento en Vida de Ohio; Carta Poder para Atención Médica; Donación de Órganos y la ley de no resucitar (ONR) de 1998. El objetivo es proporcionarle la información que necesita para documentar sus futuras decisiones de atención médica.

La información y los formularios en este paquete están disponibles para usted a través de la colaboración y esfuerzo de Midwest Care Alliance, Ohio State Medical Association, Ohio Hospital Association y Ohio Osteopathic Association. Ohio State Bar Association preparo los formularios de las Directivas Anticipadas.

Después de revisar el contenido de este paquete, usted podría tener más preguntas o inquietudes específicas sobre su situación personal. En ese caso, es importante que hable sobre sus inquietudes con su familia, su abogado y su médico.

Si lo desea, usted mismo puede llenar los formularios del Testamento en Vida y la Carta Poder para Atención Médica; no es necesario utilizar a un abogado. Sin embargo, dado a que son documentos legales importantes, tal vez desee consultar con un abogado para obtener un consejo.

Por el contrario, una orden de no resucitar (ONR) sólo puede ser llenada por un médico, una enfermera certificada o una enfermera especialista, según corresponda. Si a usted le gustaría indicar que no desea RCP, usted necesita hablar con su médico. Su médico puede explicarle las diferencias entre las órdenes de no resucitar (ONR) y su aplicación.

Los asuntos relacionadas con la redacción o determinación de los deseos de cada uno en relación con la orden de no resucitar (ONR), Testamento en Vida, Carta Poder para la Atención Médica o Donación de Órganos son muy importantes. Esperamos que esta información y estos materiales le sean útiles para ayudarle a tomar una decisión que sea cómoda para usted y su familia.

It is important to understand what Ohio's laws allow or do not allow in regards to expressing your desires, goals and wishes by using tools such as Ohio's Advance Directives. This packet is meant to educate you about Ohio's Living Will; Health Care Power of Attorney; Anatomical Gifts and the 1998 DNR Law. The goal is to provide you with the information you need to document your future health care decisions.

The information and forms in this packet are made available to you through the collaborative effort of the Midwest Care Alliance, the Ohio State Medical Association, the Ohio Hospital Association and the Ohio Osteopathic Association. The Ohio State Bar Association prepared the Advance Directive forms.

After reviewing the contents of this packet, you may have additional questions or concerns specific to your personal situation. In such a case, it is important that you discuss your concerns with your family, your physician and your lawyer.

If you choose, you can fill out the Living Will or Health Care Power of Attorney forms by yourself; you are not required to use a lawyer. However, since these are important legal documents, you may wish to consult a lawyer for advice.

In contrast, a DNR Order can only be completed by a physician, certified nurse practitioner or clinical nurse specialist, as appropriate. If you would like to indicate that you do not wish to have CPR, you will need to have a discussion with your physician. Your physician can explain the differences between DNR Orders and their application.

The issues involved in drafting or determining one's wishes regarding a DNR Order, Living Will, Health Care Power of Attorney or Anatomical Gifts are very important. We hope this information and these materials are useful in helping you to make a decision that is comfortable for you and your family.



Sus Preguntas Respuestas

"Testamento en Vida y Carta Poder para Atención Médica"

Your Questions Answered

"Living Will and Health Care Power of Attorney"

P: ¿Son los Testamentos en Vida o la Carta Poder para Atención Médica únicamente para personas mayores?

R: Es importante que cualquier persona mayor de 18 años piense en llenar uno o ambos documentos. Las enfermedades Graves o los accidentes pueden ocurrir en cualquier etapa de la vida. Un Testamento en Vida o una Carta Poder para la Atención Médica pueden asegurar que sus deseos con respecto al tratamiento de vida sean seguidos independientemente de su edad y cuando usted ya no pueda expresar sus propios deseos, sus decisiones previas serán tomadas y llevadas a cabo para usted por la persona que escoja.



P: ¿Puedo expresar que deseo donar mis órganos después de morir a través de un Testamento en Vida o una Carta Poder para Atención Médica?

R: La Ley de Ohio requiere que un Testamento en Vida creado después del 15 de diciembre del 2004, debe incluir las preferencias de la persona acerca de los regalos anatómicos (donación de órganos y tejidos). El formulario incluido en este folleto del Testamento en Vida tiene la sección requerida y también proporciona las instrucciones en relación a cómo mantener sus deseos registrados en la Secretaria de Vehículos Motorizados de Ohio. Los Testamentos de Vida llenados antes del 15 de diciembre del 2004, que no incluyen la sección de los regalos anatómicos (donación de órganos) siguen siendo válidos y serán honrados en Ohio.

Q: Aren't Living Wills or Health Care Powers of Attorney just for older people?

A: It is important for anyone over age 18 to think about filling out one or both of these documents. Serious illness or injury can strike at any stage of life. A Living Will or Health Care Power of Attorney will help to ensure that your wishes regarding life-sustaining treatment are followed regardless of your age, and that, when you are no longer able to voice your own wishes, your prior decisions are followed or made for you by the person you choose.



Q: Can I indicate that I wish to donate my organs after death through a Living Will or Health Care Power of Attorney?

A: Ohio law requires that a Living Will created after December 15, 2004, must include a person's preferences about Anatomical gifts (organ and tissue donation). The Living Will form included in this booklet has the required section and also provides instructions regarding how to keep your wishes registered with the Bureau of Motor Vehicles. Living Wills completed before December 15, 2004, that do not include the Anatomical Gifts section are still valid and will be honored in Ohio.

P: Si yo declaro en mi Testamento en Vida que no quiero estar conectado a un equipo de soporte de vida, ¿de todas maneras recibiré medicamento para el dolor?

R: Sí. Un Testamento de Vida afecta sólo el cuidado que artificialmente o tecnológicamente pospone la muerte. Este no afecta la atención que se le da para aliviar el dolor. Por ejemplo, se le seguirá dando medicamento para el dolor y otros tratamientos necesarios para mantenerlo comfortable. Lo mismo ocurre con un Carta Poder para Atención Médica. La persona que usted nombre para tomar decisiones sobre su atención médica no podrá ordenar que no le den los tratamientos que proporcionan confort o alivian el dolor.



P: ¿Si tengo un Testamento en Vida, no será más posible que mi médico renuncie a mí si mi estado se agrava?

R: No. Los médicos tienen el deber de mantener la vida mientras haya esperanza de recuperación. Una Testamento en Vida simplemente permite determinar cuánto tratamiento para mantenerle con vida desea recibir a fin de posponer la muerte una vez que dos médicos hayan determinado que no se recuperará.



P: ¿Que es mejor tener, un Testamento en Vida o Una Carta Poder para Atención Médica?

R: En este momento, es una buena idea llenar ambos documentos ya que cubren diferentes aspectos de su atención médica. Un Testamento en Vida se aplica si su estado se convirtiera en una enfermedad terminal y no puede comunicar sus deseos o si usted llegase a quedar permanente inconsciente.

Una Carta Poder para Atención Médica se convierte efectiva aun cuando usted solamente se encuentra temporalmente inconsciente y decisiones médicas necesitan ser tomadas. Por ejemplo, si llegara a quedar permanente inconsciente debido a un accidente o cirugía, la persona que usted nombre en su Carta Poder para Atención Médica podrá tomar decisiones medicas en su nombre.

Si tiene ambos documentos y si su estado se convirtiera en una enfermedad terminal o si llegase a quedar permanente inconsciente, el Testamento en Vida hará su voluntad ya que identifica su deseos en estas situaciones.

Q: If I state in my Living Will that I don't want to be hooked up to life support equipment, will I still be given medication for pain?

A: Yes. A Living Will affects only care that artificially or technologically postpones death. It does not affect care that eases pain. For example, you would continue to be given pain medication and other treatments necessary to keep you comfortable. The same is true with a Health Care Power of Attorney. The person you name to make your health care decisions would not be able to order the withholding of treatments that provide you comfort or alleviate pain.



Q: If I have a Living Will, won't my physician be more likely to give up on me if I become really sick?

A: No. Physicians have a duty to maintain life as long as there is hope of recovery. A Living Will simply allows you to determine how much life-sustaining treatment you wish to receive in order to postpone dying once two physicians have determined that you will not recover.



Q: Which is better to have, a Living Will or a Health Care Power of Attorney?

A: Actually, it is a good idea to fill out both documents because they address different aspects of your medical care. A Living Will applies only when you are terminally ill and unable to communicate your wishes or if you are permanently unconscious.

A Health Care Power of Attorney becomes effective even if you are only temporarily unconscious and medical decisions need to be made. For example, if you were to become temporarily unconscious due to an accident or surgery, the person you name in your Health Care Power of Attorney could make medical decisions on your behalf.

If you have both documents and become terminally ill and unable to communicate or become permanently unconscious, the Living Will would be followed since it identifies your wishes in these situations.

P: ¿Cuándo entra en vigor un Testamento en Vida o Carta Poder para Atención Médica?

R: Un Testamento en Vida entra en vigor si su estado se convirtiera en una enfermedad terminal y no puede expresar sus deseos en cuanto a la atención médica o si llegara a quedar permanente inconsciente. En ambos casos, dos médicos, no sólo uno, deben estar de acuerdo en que está más allá de la ayuda médica y no se recuperará. Si ha indicado que no desea que su muerte sea prolongada artificialmente y dos médicos dicen que no hay esperanza razonable de recuperación, se cumplirán sus deseos.

Una Carta Poder para Atención Médica entra en vigor cuando se pierde la capacidad de realizar sus propias decisiones, aunque sólo sea temporalmente. En estos momentos, las decisiones de atención médica serán tomadas por la persona que designe.



P: ¿Puedo redactar un Testamento en Vida o una Carta Poder para Atención Médica que diga que si mi estado se convirtiera en un estado muy grave, quiero que hagan todo lo posible para mantenerme vivo?

R: Si, pero no puede utilizar los formularios estándar en este paquete. Tendrá que hablar con un abogado sobre la redacción de un documento especial. También puede discutir esto con su médico familiar.



P: ¿Si nombro a alguien en mi Carta Poder para Atención Médica para tomar decisiones en mi nombre, cuánta autoridad tiene esa persona y cómo puedo determinar si él o ella están haciendo lo que me hubiera gustado hacer?

R: La persona que usted nombre como su abogado apoderado tiene la autoridad para tomar decisiones en cuanto a los aspectos de su atención médica si usted no puede expresar sus deseos. Por esta razón, usted debe decirle a la persona que usted nombre, que piensa acerca de los tratamientos para sostener la vida, o ser alimentada por medio de tubos y otros temas importantes.

Además, es importante recordar que una Carta Poder para Atención Médica no es lo mismo que un documento de poder financiero, que puede utilizar para dar a alguien autoridad sobre sus asuntos financieros o empresariales.

Q: When does a Living Will or Health Care Power of Attorney become effective?

A: A Living Will becomes effective when you are terminally ill and unable to express your wishes regarding health care or when you are permanently unconscious. In both cases, two physicians, not just one, must agree that you are beyond medical help and will not recover. If you have indicated that you do not want your dying to be artificially prolonged and two physicians say that there is no reasonable hope of recovery, your wishes will be honored.

A Health Care Power of Attorney becomes effective whenever you lose the ability to make your own decisions, even if only temporarily. At these times, health care decisions will be made by the person you designate.



Q: Can I draft a Living Will or Health Care Power of Attorney that says if I become critically ill, I want everything possible done to keep me alive?

A: Yes, but you can't use the standard forms in this packet. You would need to speak with an attorney about drafting a special document. You also may want to discuss this approach with your personal physician.



Q: If I name someone in my Health Care Power of Attorney to make decisions for me, how much authority does that person have and how can I be certain that he or she is doing what I would like to have done?

A: The person you name as your attorney-in-fact has the authority to make decisions regarding aspects of your medical care if you become unable to express your wishes. For this reason, you should tell the person you name how you feel about life-sustaining treatment, being fed through feeding and fluid tubes, and other important issues.

Also, it is important to remember that a Health Care Power of Attorney document is not the same as a Financial Power of Attorney document, which you might use to give someone authority over your financial or business affairs.

P: ¿Si mi situación empeorara, puedo especificar que quiero que retiren cualquier tubo de alimentación o líquidos?

R: Instrucciones especiales son necesarias para permitir la eliminación de la alimentación o líquido por tubos si usted llegara a quedar permanentemente inconsciente y si no son necesarios los tubos de alimentación y fluidos para proveerle comodidad.

Si desea eliminar los tubos si usted llegara a quedar permanentemente inconsciente, es necesario colocar sus iniciales en el espacio proporcionado en el Testamento en Vida o Carta Poder para Atención Médica. Si no desea que se remuevan los tubos si llegara a quedar permanentemente inconsciente, entonces no ponga sus iniciales en los formularios.



P: ¿Tengo que usar los formularios estándar para un Testamento en Vida o Carta Poder para Atención Médica o puedo yo redactar mis propios documentos?

R: Los formularios adjuntos, los cuales fueron hechos conjuntamente por el Ohio State Bar Association, Ohio State Medical Association, Ohio Hospital Association y Midwest Care Alliance, cumplen con los requisitos de la ley de Ohio, pero no es necesario utilizar estos formularios. Si desea consulte con un abogado para que le ayude a redactar un documento o usted puede redactar su propio documento. Sin embargo, en cualquiera de los casos, los documentos deben cumplir con la terminología específica enunciada en el código revisado de Ohio.

Q: If my condition becomes hopeless, can I specify that I want my feeding and fluid tubes removed?

A: Special instructions are needed to allow for the removal of feeding or fluid tubes if you become permanently unconscious and if the feeding and fluid tubes aren't needed to provide you with comfort.

If you want to make certain that the tubes are removed, should you become permanently unconscious, you need to place your initials on the space provided on the Living Will or Health Care Power of Attorney form. If you don't want the tubes removed when you are permanently unconscious, then don't initial the forms.



Q: Do I have to use the standard forms for a Living Will or Health Care Power of Attorney or can I draw up my own documents?

A: The enclosed forms, which were produced jointly by the Ohio State Bar Association, the Ohio State Medical Association, the Ohio Hospital Association, Ohio Osteopathic Association and the Midwest Care Alliance, comply with the requirements of Ohio Law, but you do not have to use these forms. You may wish to consult an attorney for assistance in drafting a document or you may draft your own. However, in either case, the documents must comply with the specific language spelled out in the Ohio Revised Code.



Testamento en Vida de Ohio

Ohio's Living Will

Lo que debe saber acerca de los Testamentos en Vida:

Un **testamento en vida** es un documento que le permite establecer de antemano el tipo de atención médica que le gustaría recibir si llegase a quedar permanentemente inconsciente, o si su estado se convirtiese en una enfermedad terminal y no puede comunicar a su médico o a su familia el tipo de tratamiento de soporte de vida que desea recibir. Además, la última edición del **Testamento en Vida** le permite especificar sus deseos en cuanto a los regalos anatómicos (donación de órganos y tejidos).

◆ Un **Testamento en Vida** solo se utiliza en situaciones donde usted no puede decirle a su médico qué tipo de servicios de atención médica desea recibir. Antes de que su **Testamento en Vida** entre en vigor, usted debe estar:

(1) con una **enfermedad terminal** (véase la definición como se describe en el formulario de declaración del Testamento en Vida) y no puede decirle a su médico sus deseos en cuanto a los servicios de salud;

O

(2) **permanentemente inconsciente**. Para considerarse permanentemente inconsciente, dos médicos (uno de los cuales debe ser un médico especialista en un campo adecuado) deben decidir que usted no tienen ninguna posibilidad razonable de recuperar la conciencia.

What you should know about Living Wills:

A **Living Will** is a document that allows you to establish, in advance, the type of medical care you would want to receive if you were to become permanently unconscious, or if you were to become terminally ill and unable to tell your physician or family what kind of life-sustaining treatments you want to receive. In addition, the latest edition of the **Living Will** allows you to specify your wishes regarding anatomical gifts (organ and tissue donation).

◆ A **Living Will** is used only in situations where you are unable to tell your physician what kind of health care services you want to receive. Before your **Living Will** goes into effect, you either must be:

(1) terminally ill (see definition as described in the **Living Will Declaration Form**) and unable to tell your physician your wishes regarding health-care services;

OR

(2) permanently unconscious. To be considered permanently unconscious, two physicians (one of whom must be a medical specialist in an appropriate field) must decide that you have no reasonable possibility of regaining consciousness.

Independientemente de su condición, si usted puede hablar y decirle a su médico sus deseos sobre los tratamientos de soporte de vida, el **Testamento en Vida** no será utilizado: su médico sólo hablara directamente con usted acerca de sus deseos. Un **Testamento en Vida** es utilizado por el médico sólo si usted no puede decirle lo que desea hacer.

- ◆ Un **Testamento en Vida** le da a su médico la autoridad para retener todo tratamiento de soporte de vida y permitirle que pueda morir de una forma natural y no actuar para posponer su muerte, proporcionándole con sólo el cuidado necesario para darle comodidad y aliviar su dolor. Esto puede incluir escribir una orden de no resucitar o de retirar el tratamiento de mantenimiento de vida como RCP.

Como “cuidado para el dolor” también puede incluir remover nutrición e hidratación (alimentos y agua) que se administran a través de los tubos de alimentación o por vía intravenosa. Si desea darle a su médico esta autoridad si usted llegase a quedar permanentemente inconsciente, hay un espacio en el formulario del **Testamento en Vida** en el que usted debe poner sus iniciales. Si desea continuar la nutrición e hidratación a pesar de las circunstancias, no ponga sus iniciales en este espacio.

- ◆ Un **Testamento en Vida** puede ser efectivo sólo si su médico familiar y otros familiares saben acerca del **Testamento en Vida**. Es importante que su médico, su familia y sus amigos estén enterados de que tiene un **Testamento en Vida** antes de enfermarse. Después de todo, no se puede cumplir un **Testamento en Vida** si las personas no saben que existe. De hecho, es una buena idea que usted le de a su médico familiar una copia de su **Testamento en Vida**. También es importante darles copias a familiares y amigos en caso de que, si es necesario, ellos puedan aconsejar a su médico que usted tiene un **Testamento en Vida**. Además es importante que notifique al centro de atención de la salud que usted tiene un **Testamento en Vida** cuando sea admitido como paciente. Tenga en cuenta: usted **no tiene** que ir al Tribunal para que su **Testamento en Vida** entre en vigor/efecto.

Regardless of your condition, if you were able to speak and tell your physician your wishes about life-prolonging treatments, then the **Living Will** wouldn't be used – your physician would just talk directly with you about your wishes. A **Living Will** is used by the physician only if you are unable to tell him or her what you want to be done.

- ◆ A **Living Will** gives your physician the authority to withhold all life-sustaining treatment and permit you to die naturally and take no action to postpone your death, providing you with only that care necessary to make you comfortable and relieve your pain. This may include writing a DNR Order or withdrawing life-sustaining treatment such as CPR.

Such “comfort care” also may include removing nutrition and hydration (food and water) that is administered through feeding tubes or intravenously. If you wish to give your physician this authority if you become permanently unconscious, there is a space on the **Living Will** form that you must initial. If you want nutrition and hydration to be continued, regardless of the circumstances, don't initial this space.

- ◆ A **Living Will** can be honored only if your attending physician and others know about it. It is important to let your physician and your family and friends know that you have a **Living Will** before you become ill. After all, a **Living Will** can't be enforced if people don't know that it exists. In fact, it is a good idea for you to give your attending physician a copy of your **Living Will**. It also is important to give copies to family and friends so that, if necessary, they can advise your physician that you have a **Living Will**. In addition, it is important that you notify a health care facility that you have a **Living Will** when you are admitted as a patient. Please note: You do not have to go to court to put your **Living Will** into effect.

- ◆ Una vez hecha la decisión de retener el tratamiento de sostenimiento de vida, su médico debe hacer un esfuerzo razonable para notificar a la persona o personas que designe en su **Testamento en Vida** o a su familiar más cercano.
- ◆ La ley permite a los miembros de familia a desafiar la determinación de un médico de que usted tiene una enfermedad terminal o que usted está en un estado permanentemente inconsciente. Este desafío está limitado en naturaleza y podrá ser efectuado solamente por su pariente más cercano. Sin embargo, la ley no permite que los miembros de su familia desafien su propia decisión documentada legalmente de no ser resucitado.
- ◆ Si tiene un **Testamento en Vida** y una **Carta Poder para Atención Médica**, el médico debe cumplir con los deseos que usted estableció en su **Testamento en Vida**. En otras palabras, su **Testamento en Vida** tiene prioridad sobre la **Carta Poder para Atención Médica**. Hay un espacio en el Formulario del **Testamento en Vida** que deberá consultar para hacerle saber a su médico y a su familia y amigos que tiene una **Carta Poder para Atención Médica**.
- ◆ Puede revocar su **Testamento en Vida** en cualquier momento. Puede hacerlo simplemente indicando a su médico y a la familia que ha cambiado de opinión y desea revocar su **Testamento en Vida**. Es una buena idea pedirles a las personas que tengan una copia del **Testamento en Vida** que se la regresen a usted.
- ◆ Once the decision to withhold life-sustaining treatment is made, your physician must make a reasonable effort to notify the person or persons you designate in your **Living Will** or your closest family member.
- ◆ The law allows your family members to challenge a physician's determination that you have a terminal illness or that you are in a permanently unconscious state. This challenge is limited in nature and may be made only by your closest relatives. The law does not, however, allow your family members to challenge your own legally-documented decision not to be resuscitated.
- ◆ If you have both a **Living Will** and a Health Care Power of Attorney, the physician must comply with the wishes you state in your **Living Will**. In other words, your **Living Will** takes precedence over your Health Care Power of Attorney. There is a space on the **Living Will** form that you may check to let your physician and family and friends know that you have a Health Care Power of Attorney.
- ◆ You can revoke your **Living Will** at any time. You can do this by simply telling your physician and family that you have changed your mind and wish to revoke your **Living Will**. It is a good idea to ask anyone who has a copy of the document to return it to you.

Cómo completar el formulario del Testamento en Vida:

Debe de usar esta forma para informar a su médico o familia el tipo de tratamiento de soporte vital que desea recibir si su estado se convirtiese en una enfermedad terminal o si llegase a quedar permanentemente inconsciente y no pudiera expresar sus deseos.

NOTA:

1. Lea cuidadosamente toda la información. Las definiciones se incluyen como parte de la forma.
2. En las dos primeras líneas de la forma, escriba su nombre completo y fecha de nacimiento.
3. En la cuarta página del formulario, escrito en letras negras bajo *instrucciones especiales* es la declaración que le dará permiso a su médico para retener alimentos y líquidos en caso de que llegará a quedar permanentemente inconsciente. Si usted desea darle permiso a su médico para retener alimentos y agua en esta situación, entonces debe colocar sus iniciales en la línea indicada en el número 3.
4. En la siguiente sección del formulario (inmediatamente debajo de *instrucciones especiales*) le proporciona espacio para que escriba los nombres, direcciones y números de teléfono de los contactos (normalmente de familiares y amigos cercanos) que usted desea que su médico notifique cuando el **Testamento en Vida** entre en efecto. **Recuerde, que el Testamento en Vida entra en efecto sólo si su estado se convirtiese en una enfermedad terminal o llegase a quedar permanentemente inconsciente y no puede expresar sus propios deseos sobre la atención médica que quiere recibir.**

How to fill out the Living Will form:

You should use this form to let your physician and your family know what kind of life-sustaining treatments you want to receive if you become terminally ill or permanently unconscious and are unable to express your wishes.

NOTE:

1. Read over all information carefully. Definitions are included as part of the form.
2. On the first two lines of the form, print your full name and birth date.
3. On the fourth page of the form, written in bold type face under *Special Instructions* is the statement that will give your physician permission to withhold food and fluids in the event you are permanently unconscious. If you want to give your physician permission to withhold food and water in this situation, then you must place your initials on the line indicated in number 3.
4. The next section of the form (immediately below the *Special Instructions*) provides space for you to list the names, addresses and phone numbers of the contacts (usually family members and close friends) that you want your physician to notify when the **Living Will** goes into effect. **Remember, the Living Will goes into effect only when you are terminally ill or permanently unconscious and you cannot express your own wishes about the health care you receive.**

5. Después de la “sección de regalo anatómico” hay un espacio para marcar si usted a llenado o no una Carta Poder para Atención Médica. Inmediatamente debajo de este espacio hay un lugar para la fecha y firma de usted. Recuerde que un **Testamento en Vida** no es válido a menos que usted haga uno de lo siguiente:

Primera opción: fechar y firmar en el **Testamento en Vida** en presencia de dos testigos, que también deben de firmar e incluir sus direcciones e indicar la fecha de su firma.

O

Segunda opción: fechar y firmar el **Testamento en Vida** en presencia de un notario público y notarizar el **Testamento en Vida** en el espacio correspondiente en el formulario.

Las siguientes personas **no** pueden servir de testigo de su **Testamento en Vida**

- ◆ Nadie emparentado con usted por sangre, matrimonio o adopción (Esto incluye a su cónyuge y sus hijos);
- ◆ Su médico tratante;
- ◆ Si esta en un asilo de ancianos, el administrador del asilo.

6. Una vez que haya llenado su **Testamento en Vida** y sea firmado en presencia de testigos o en presencia de un notario público, es una buena idea darle una copia a su médico familiar y a todos los contactos que aparezcan en el **Testamento en Vida**. En algunos condados de Ohio, la gente puede registrar su **Testamento en Vida** con el secretario del condado. Sin embargo, es importante tener en cuenta que un **Testamento en Vida** registrado se convierte en un registro público.

5. Following the “Anatomical Gift section” is a space to check whether or not you have completed a **Health Care Power of Attorney**. Immediately below this space is a place for you to date and sign the form. **Remember, the Living Will is not considered valid or effective unless you do one of the following:**

First Option – Date and sign the **Living Will** in the presence of two witnesses, who also must sign and include their addresses and indicate the date of their signatures.

OR

Second Option – Date and sign the **Living Will** in the presence of a notary public and have the **Living Will** notarized on the appropriate space provided on the form.

The following people may **not** serve as a witness to your **Living Will**:

- ◆ Anyone related to you by blood, marriage or adoption (this includes your husband or wife and your children);
- ◆ Your attending physician;
- ◆ If you are in a nursing home, the administrator of the nursing home.

6. Once you have filled out the **Living Will** and either signed it in the presence of witnesses or in the presence of a notary public, then it is a good idea to give a copy to your personal physician and any contacts you have listed in the **Living Will**. In some Ohio counties, people may be able to register their **Living Wills** with the county recorder. However, it is important to keep in mind that a registered **Living Will** form becomes a public record.

Estado de Ohio
Declaración del Testamento en Vida
Noticia del Declarante

El propósito de esta Declaración Testamentaria en Vida es documentar su deseo de que no se le suministre o que se le retire todo tratamiento para mantenerlo vivo, incluyendo la nutrición e hidratación artificial o tecnológicamente suministradas, si llegase el caso de que usted no pueda tomar sus decisiones medicas y usted llegase a tener una enfermedad terminal o llegase a quedar permanentemente inconsciente. Este Testamento en Vida no afecta al personal de atención médica de su responsabilidad de proporcionarle bienestar. La atención médica para bienestar se refiere a las medidas que se toman para disminuir el dolor o la incomodidad, pero no para posponer la muerte.

Si usted **no quiere** escoger o limitar cualquiera o todas las formas de tratamiento para mantenerlo con vida incluyendo RCP, usted tiene legalmente el derecho de escoger y puede desear declarar por escrito en un documento diferente sobre las preferencias que usted tiene para el tratamiento médico.

De acuerdo con la ley de Ohio, un **Testamento en Vida** se aplica solamente a las personas que se encuentran en situación terminal o en un estado permanentemente inconsciente. Si usted quiere referirse además a su tratamiento médico directo en otras circunstancias, usted debe de preparar una **Carta Poder para Atención Médica**. Si usted se encuentra en una condición terminal o en un estado permanentemente inconsciente, este **Testamento en Vida** tendrá control sobre la **Carta Poder para Atención Médica**.

Debería usted considerar completar un nuevo **Testamento en Vida** si su condición médica cambia, o si más adelante decide llenar una **Carta Poder para Atención Médica**. Si tienes ambos documentos, debe mantener copias de los dos documentos, junto con sus otros papeles importantes y traer una copia de su **Testamento en Vida** y de la **Carta Poder para Atención Médica** con usted siempre que sea un paciente en una facilidad medica.

State of Ohio
Living Will Declaration
Notice to Declarant

The purpose of this Living Will Declaration is to document your wish that life-sustaining treatment, including artificially or technologically supplied nutrition and hydration, be withheld or withdrawn if you are unable to make informed medical decisions and are in a terminal condition or in a permanently unconscious state. This Living Will Declaration does not affect the responsibility of health care personnel to provide comfort care to you. Comfort care means any measure taken to diminish pain or discomfort, but not to postpone death.

If you would not choose to limit any or all forms of life-sustaining treatment, including CPR, you have the legal right to so choose and may wish to state your medical treatment preferences in writing in a different document.

Under Ohio law, a Living Will Declaration is applicable only to individuals in a terminal condition or a permanently unconscious state. If you wish to direct medical treatment in other circumstances, you should prepare a Health Care Power of Attorney. If you are in a terminal condition or a permanently unconscious state, this Living Will Declaration controls over a Health Care Power of Attorney.

You should consider completing a new Living Will Declaration if your medical condition changes, or if you later decide to complete a Health Care Power of Attorney. If you have both documents, you should keep copies of both documents together, with your other important papers, and bring copies of both your Living Will and your Health Care Power of Attorney with you whenever you are a patient in a health care facility.

**Estado de Ohio
Testamento en Vida de**

(Nombre completo en letra impresa)

(Fecha de nacimiento)

Declaro que este es mi Testamento en Vida en el estado de Ohio. Estoy en sano juicio y no estoy bajo ni sujeto a ninguna presión, ni engaño ni bajo presión indebida. Soy una persona adulta, competente, que entiende y acepta las consecuencias de este acto. Declaro, en forma voluntaria, mi deseo de que mi muerte **no sea** prolongada artificialmente.

Si no puedo dar indicaciones sobre el uso de tratamiento de soporte de vida si llegase el caso de que me encuentre en situación terminal o en estado permanentemente inconsciente. Es mi intención que este Testamento en Vida sea honrado por mi familia y los médicos como la expresión final de mi derecho de rehusar atención médica.

**State of Ohio
Living Will Declaration Of**

(Print Full Name)

(Birth Date)

I state that this is my Ohio Living Will Declaration. I am of sound mind and not under or subject to duress, fraud or undue influence. I am a competent adult who understands and accepts the consequences of this action. I voluntarily declare my wish that my dying **not be** artificially prolonged.

If I am unable to give directions regarding the use of life-sustaining treatment when I am in a terminal condition or a permanently unconscious state, I intend that this Living Will Declaration be honored by my family and physicians as the final expression of my legal right to refuse health care.

Definiciones. En este documento se utilizan varios términos legales y médicos. Para su mayor comodidad, se explican a continuación.

Donación anatómica se refiere la donación de todo o parte de un cuerpo humano durante o después de la muerte.

Alimentación o hidratación suministrada artificial o tecnológicamente se refiere al suministro de alimentos y líquidos a través de conductos intravenosos.

Resucitación cardiopulmonar o RCP se refiere al tratamiento para intentar establecer la respiración o los latidos del corazón. La RCP se puede lograr respirando boca a boca, aplicando presión en el pecho, introduciendo un tubo por la boca o la nariz hacia la garganta, administrando medicamentos, dándole un choque eléctrico, o por otros medios.

Declarante se refiere a la persona que firma este documento.

Formulario para el Registro de Donantes se refiere a un formulario que ha sido específicamente diseñado para que las personas puedan expresar sus deseos de donar órganos, tejidos y ojos ante el Registro de Donantes de la Oficina de Vehículos Motorizados de Ohio (Ohio Bureau of Motor Vehicles Donor Registry).

Orden de No Resucitar o (ONR) se refiere a una orden dada por mi médico y anotada en mi expediente médico en el que se especifica que no se me deben administrar métodos de resucitación cardiopulmonar o RCP.

Atención Médica se refiere a cualquier procedimiento, tratamiento o intervención médica (incluyendo dental, clínica, psicológica y quirúrgica) u otra medida utilizada para sostener, diagnosticar o tratar cualquier condición física o mental.

Definitions. Several legal and medical terms are used in this document. For convenience they are explained below.

Anatomical gift means a donation of all or part of a human body to take effect upon or after death.

Artificially or technologically supplied nutrition or hydration means the providing of food and fluids through intravenous or tube “feedings.”

Cardiopulmonary resuscitation or CPR means treatment to try to restart breathing or heartbeat. CPR may be done by breathing into the mouth, pushing on the chest, putting a tube through the mouth or nose into the throat, administering medication, giving electric shock to the chest, or by other means.

Declarant means the person signing this document.

Donor Registry Enrollment Form means a form that has been designed to allow individuals to specifically register their wishes regarding organ, tissue and eye donation with the Ohio Bureau of Motor Vehicles Donor Registry.

Do Not Resuscitate or DNR Order means a medical order given by my physician and written in my medical records that cardiopulmonary resuscitation or CPR is not to be administered to me.

Health care means any medical (including dental, nursing, psychological, and surgical) procedure, treatment, intervention or other measure used to maintain, diagnose or treat any physical or mental condition.

Carta Poder para Atención Médica se refiere a otro documento el cual me permite nombrar a una persona adulta como mi representante para tomar decisiones sobre mi atención médica, si llegase el momento en que yo no lo pueda hacer.

Tratamiento para sostenimiento de vida se refiere a cualquier atención médica, incluyendo nutrición e hidratación artificial o tecnológicamente suministrada, y que sirvan para prolongar el proceso de la muerte.

Declaración del Testamento en Vida o Testamento en Vida significa este documento que me permite especificar la atención médica que deseo recibir si mi estado se convirtiera en una enfermedad terminal o llegase a quedar permanentemente inconsciente y no pueda expresar mis deseos.

Estado permanente de inconsciencia se refiere a una condición irreversible en la cual no me encuentro consciente de mi mismo ni de mis alrededores, en forma permanente. Me deben examinar mi médico y otro especialista y deben de estar de acuerdo que la pérdida total de mis funciones cerebrales superiores y me ha dejado incapaz de sentir dolor o sufrimiento.

Condición terminal o enfermedad terminal se refiere a una condición Irreversible, incurable o intratable, causada por una enfermedad, dolencia o lesión. Mi medico y otro especialista me habrán examinado y si consideran que no existe recuperación y que es posible que muera en un tiempo relativamente corto sino recibo un tratamiento que me mantenga vivo.

Health Care Power of Attorney means another document that allows me to name an adult person to act as my agent to make health care decision for me if I become unable to do so.

Life-sustaining treatment means any health care, including artificially or technologically supplied nutrition and hydration, that will serve mainly to prolong the process of dying.

Living Will Declaration or Living Will means this document that lets me specify the health care I want to receive if I become terminally ill or permanently unconscious and cannot make my wishes known.

Permanently unconscious state means an irreversible condition in which I am permanently unaware of myself and my surroundings. My physician and one other physician must examine me and agree that the total loss of higher brain function has left me unable to feel pain or suffering.

Terminal condition or terminal illness means an irreversible, incurable and untreatable condition caused by disease, illness or injury. My physician and one other physician will have examined me and believe that I cannot recover and that death is likely to occur within a relatively short time if I do not received life-sustaining treatment.

Atención Médica si me encuentro en estado permanente de inconsciencia. Si me encuentro en estado permanente de inconsciencia, solicito que el médico haga lo siguiente:

1. Que no me administre un tratamiento que me mantenga vivo, incluyendo RCP, excepto por la nutrición e hidratación artificial o tecnológica suministradas a menos que, en el próximo párrafo, yo no autorice que me administren ese tratamiento o me lo retiren; y
2. Que retire el tratamiento antes mencionado, incluyendo RCP si ha sido previamente comenzada; y
3. Que emita una Orden de No Resucitar; y
4. Que me permita morir en forma natural y que no inicie ninguna acción para prolongar mi muerte, proveyéndome solamente con la atención necesaria para que me sienta cómodo y no tenga dolor.

Instrucciones Especiales: Al firmar con mis iniciales en el número 3 mas abajo, deseo específicamente autorizar a mí médico para que pueda detener o retirar la hidratación y alimentación artificial o tecnológica administradas, si:

1. **Estoy en un estado de permanente inconsciente; y**
2. **El médico que lo está atendiendo y por lo menos otro médico que lo ha examinado, con base en parámetros médicos razonables y bajo cierto grado de certeza médica determinen que la nutrición y la hidratación suministradas artificial o tecnológicamente no me darán bienestar o eliminarán mi dolor; y**
3. **He firmado mis iniciales en esta línea:**

Health Care if I Am in a Permanently Unconscious State. If I am in a permanently unconscious state, I direct that my physician shall:

1. Administer no life-sustaining treatment, including CPR, except for the provision of artificially or technologically supplied nutrition or hydration unless, in the following paragraph, I have authorized its withholding or withdrawal; and
2. Withdraw such treatment, including CPR, if such treatment has started; and
3. Issue a DNR Order; and
4. Permit me to die naturally and take no action to postpone my death, providing me with only that care necessary to make me comfortable and to relieve my pain.

Special Instructions. By placing my initials at number 3 below, I want to specifically authorize my physician to withhold or to withdraw artificially or technologically supplied nutrition or hydration if:

1. **I am in a permanently unconscious state; and**
2. **My physician and at least one other physician who has examined me have determined, to a reasonable degree of medical certainty, that artificially or technologically supplied nutrition and hydration will not provide comfort to me or relieve my pain; and**
3. **I have placed my initials on this line:**

Notificaciones: [Nota: No tiene que nombrar a nadie. Si nadie es nombrado, la ley ordena que el médico que lo esta atendiendo haga un esfuerzo razonable para notificar a una de las siguientes personas, en orden en que se nombran: su tutor, su cónyuge, sus hijos adultos que estén disponibles, sus padres, o la mayoría de sus hermanos adultos disponibles.]

En el caso de que el médico que me esta atendiendo determine que se me debe de negar o retirar el tratamiento para mantenerme con vida, el médico debe de hacer un esfuerzo razonable para notificar a una de las personas nombradas a continuación, en el orden de prioridades:

[Nota: Si usted no nombra dos personas que se deben contactar, seria conveniente que cruzara o tachara las líneas no utilizadas.]

Primera Persona para contactar:

Nombre

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono

Segunda Persona para contactar:

Nombre

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono

Donación Anatómica (opcional)

Después de mi muerte, las direcciones en relación a la donación de todo o parte de mi cuerpo se indican en el FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL REGISTRO DE DONANTES.

Si no indico mi deseo de donar todo o parte de mi cuerpo llenando un FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL REGISTRO DE DONANTES, no se haga ninguna presunción sobre mi deseo de hacer o se niegan a hacer una donación anatómica.

Deseo hacer una donación anatómica.

Notifications. [Note: You do not need to name anyone. If no one is named, the law requires your attending physician to make a reasonable effort to notify one of the following persons in the order named: your guardian, your spouse, your adult children who are available, your parents, or a majority of your adult siblings who are available.]

In the event my attending physician determines that life-sustaining treatment should be withheld or withdrawn, my physician shall make a reasonable effort to notify one of the persons named below, in the following order of priority:

[Note: If you do not name two contacts, you may wish to cross out the unused lines.]

First Contact:

Name

Address

City State Zip Code

Telephone

Second Contact:

Name

Address

City State Zip Code

Telephone

Anatomical Gift (optional)

Upon my death, directions regarding donation of all or part of my body are indicated on a DONOR REGISTRY ENROLLMENT FORM.

If I do not indicate a desire to donate all or part of my body by filling out a DONOR REGISTRY ENROLLMENT FORM, no presumption is created about my desire to make or refuse to make an anatomical gift.

I wish to make an anatomical gift.

NOTA: Si usted modifica o revoca su decisión en cuanto a la donación de los regalos anatómicas, recuerde, por favor, hacer esos cambios en su Testamento en Vida, Carta Poder para Atención Médica y el formulario de Inscripción del Registro de Donantes.

NOTE: If you modify or revoke your decision regarding anatomical gifts, please remember to make those changes in your Living Will, Health Care Power of Attorney, and Donor Registry Enrollment Form.

Sin fecha de expiración. Esta Declaración del Testamento en Vida no tendrá fecha de expiración. Sin embargo lo podré revocar en cualquier momento.

No Expiration Date. This Living Will Declaration will have no expiration date. However, I may revoke it at any time.

Las Copias tienen la misma validez que el original. Cualquier persona puede confiar en una copia de este documento.

Copies the Same as Original. Any person may rely on a copy of this document.

Validez en otro Estado. Es mi intención que este documento sea aceptado en cualquier jurisdicción hasta donde lo permita la ley.

Out of State Application. I intend that this document be honored in any jurisdiction to the extent allowed by law.

Carta Poder para Atención Médica. He completado una Carta Poder para Atención Médica:

Health Care Power of Attorney. I have completed a Health Care Power of Attorney:

_____ Si _____ No

_____ Yes _____ No

FIRMA

[Refiérase a la siguiente página para los requisitos de testigo y notario]

SIGNATURE

[See below for witness or notary requirements.]

Entiendo el propósito y el efecto de este documento y firmo este Testamento en Vida, el día _____ De _____ del año 20_____ en _____, Ohio.

I understand the purpose and effect of this document and sign my name to this Living Will Declaration on _____, 20_____, at _____, Ohio.

DECLARANTE

DECLARANT

[Usted es responsable de decirles a sus familiares, al representante que usted nombró en su Carta Poder para Atención Médica (si tiene) y a su médico sobre la existencia de este documento. Usted también puede, si desea decirle, un consejero religioso y a su abogado que usted firmó un Testamento en Vida. Podría darle una copia de este documento a cada una de las personas notificadas.]

[También puede enviarle una copia de este Testamento en Vida al Registrador de su Condado, para ser guardado.]

CERTIFICACION POR TESTIGOS O NOTARIO

[Escoja uno]

*[Este Testamento en Vida no será válido a menos que esté firmado por dos testigos que están presentes cuando usted firme o están presentes cuando usted certifica su firma; **o** si el documento se certifica ante un Notario Público.]*

*[Las siguientes personas **no** pueden servir de testigos para este Testamento en Vida; su representante, cualquier agente alterno nombrado en la Carta Poder para Atención Médica, su cónyuge, sus hijos, cualquier otra persona emparentada con usted por sangre, matrimonio o adopción, el médico que lo esta atendiendo; o, si usted se encuentra en un asilo de ancianos, el director del asilo de ancianos.]*

[You are responsible for telling members of your family, the agent named in your Health Care Power of Attorney (if you have one), and your physician about this document. You also may wish to tell your religious advisor and your lawyer that you have signed a Living Will Declaration. You may wish to give a copy to each person notified.]

[You may choose to file a copy of this Living Will Declaration with your county recorder for safekeeping.]

WITNESS OR NOTARY ACKNOWLEDGMENT

[Choose one]

*[This Living Will Declaration will not be valid unless it either is signed by two eligible witnesses who are present when you sign or are present when you acknowledge your signature, **or** it is acknowledged before a Notary Public.]*

*[The following persons **cannot** serve as a witness to this Living Will Declaration: the agent or any success or agent named in your Health Care Power of Attorney; your spouse; your children; anyone else related to you by blood, marriage or adoption; your attending physician; or, if you are in a nursing home, the administrator of the nursing home.]*

Testigos. Yo doy testimonio de que el declarante firmo o dio reconocimiento a esta Declaración del Testamento en Vida en mi presencia, y que el declarante comparece en sano juicio, y no bajo sujeto a coacción, fraude o presión indebida. Doy fe de que no soy un agente designado en su Carta Poder para Atención Medica del declarante, no soy el médico tratante del declarante, ni el administrador de un asilo en el que el declarante está recibiendo atención yo soy un adulto que no esta relacionado con el declarante por sangre, matrimonio o adopción.

Firma

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Nombre con letra imprenta

_____, 20 _____
Fecha

O

Certificación Notarial.

Estado de Ohio

Condado de _____ ss.

El día _____ de _____, del año 20_____, ante mi, Notario Público abajo firmante, se presentó en Persona _____, a quien conozco, o que, a cabalidad, ha probado ser la persona cuyo nombre corresponde al Declarante de este Testamento en Vida, y a quien ha certificado ser el autor del mismo para los propósitos expresados en el mismo. Doy fe de que el Declarante comparece en sano juicio, y no bajo sujeto a coacción, fraude o presión indebida.

Notario Público

Mi Comisión Expira: _____

©Agosto 2010. Esta permitida su reproducción para uso del público en general, abogados, médicos osteotópicas, hospitales, asociaciones de abogados, sociedades médicas y asociaciones y organizaciones sin fines de lucro. No esta permitida su reproducción para usos comerciales y para venta con utilidad.

Witnesses. I attest that the Declarant signed or acknowledged this Living Will Declaration in my presence, and that the Declarant appears to be of sound mind and not under or subject to duress, fraud or undue influence. I further attest that I am not an agent designated in the Declarant's Health Care Power of Attorney, I am not the attending physician of the Declarant, I am not the administrator of a nursing home in which the Declarant is receiving care, and I am an adult not related to the Declarant by blood, marriage or adoption.

Signature

Residing at

City State Zip Code

Print Name

_____, 20 _____
Dated

OR

Notary Acknowledgment.

State of Ohio

County of _____ ss.

On _____, 20_____, before me, the undersigned Notary Public, personally appeared _____, known to me or satisfactorily proven to be the person whose name is subscribed to the above Living Will Declaration as the Declarant, and who has acknowledged that (s)he executed the same for the purposes expressed therein. I attest that the Declarant appears to be of sound mind and not under or subject to duress, fraud or undue influence.

Notary Public

My Commission Expires: _____

© August 2010. May be reprinted and copied for use by the public, attorneys, medical and osteopathic physicians, hospitals, bar associations, medical societies, and nonprofit associations and organizations. It may not be reproduced commercially for sale at a profit.

**FORMULARIO DE REGISTRO DE DONANTES
(OPCIONAL)**

**DONOR REGISTRY ENROLLMENT FORM
(OPTIONAL)**

(nombre del Donador)

(name of donor)

INSTRUCCIONES:

Si usted no se a registrado como donador con la Oficina de Vehículos Motorizados de Ohio cuando vaya a renovar su licencia de conducir de Ohio o su tarjeta de identificación del estado, “el Formulario de Registro de Donantes” debe de ser archivado con la Oficina de Vehículos Motorizados de Ohio para asegurarse que sus deseos sobre la donación de sus órganos y/o tejidos será cumplida. Este documento servirá como su consentimiento para recuperar los órganos y/o tejidos indicados en el momento de su muerte, si es médicamente posible. Al completar este formulario, sus deseos serán registrados en el Registro de Donantes de Ohio y será solamente accesible para las organizaciones apropiadas de recuperación de órgano, tejido o recuperación de ojo. Asegúrese de compartir sus deseos en esta área con sus seres queridos para que ellos sepan de sus intenciones. La forma también puede ser usada para enmendar o revocar sus deseos de donación.

Para registrarse con el Registro de Donantes de Ohio, por favor complete el formulario, adjunto y envíe el original a:

Ohio Bureau of Motor Vehicles
ATTN: Record Clearance Unit
P.O. Box 16583
Columbus, OH 43216-6583

Haga una copia de esta forma y guarde con otros documentos importantes como el Testamento en Vida, la Carta Poder para Atención Médica. Mantenga estas formas accesibles para cualquier emergencia.

INSTRUCTIONS:

If you have not already registered as a donor with the Ohio Bureau of Motor Vehicles when renewing a license or State ID, the “Ohio Donor Registry Enrollment Form” must be filed with the Ohio Bureau of Motor Vehicles to ensure that your wishes concerning organ and tissue donation will be honored. This document will serve as your consent to recover the organs and/or tissues indicated at the time of your death, if medically possible. In completing this form, your wishes will be recorded in the Ohio Donor Registry and will be accessible only to the appropriate organ, tissue or eye recovery organizations. Be sure to share your wishes in this area with loved ones and friends so they are aware of your intentions. The form can also be used to amend or revoke your wishes for donation.

To register for the Ohio Donor Registry, please complete this form, detach and send the original to:

Ohio Bureau of Motor Vehicles
ATTN: Record Clearance Unit
P.O. Box 16583
Columbus, Ohio 43216-6583

Make a copy of this form and retain it with other important documents such as a Living Will Declaration or Healthcare Power of Attorney. Keep these forms accessible in case of emergencies.



Por favor seleccione una de las siguientes tres opciones.

Opción 1:

Después de mi muerte, deseo hacer un regalo anatómico de mis ojos, órganos y tejidos para fines autorizados por la ley.

Opción 2:

Después de mi muerte, deseo hacer un regalo anatómico de los siguientes específicos órganos, tejidos, y o ojos:

TODOS LOS ÓRGANOS, TEJIDOS Y OJOS

ÓRGANOS:

- CORAZÓN
- LIGAMENTOS
- PULMONES
- HÍGADO
- RIÑONES
- PÁNCREAS
- INTESTINO/
DEL INTESTINO
DELGADO

TEJIDOS:

- OJOS/CORNEAS
- VÁLVULA
DEL CORAZÓN
- VASOS
- HUESOS
- FASCIA
- PIEL
- TENDONES

Para los siguientes propósitos autorizados por la ley:

- TODOS LOS PROPÓSITOS
- TRANSPLANTE
- TERAPIA
- INVESTIGACIÓN
- EDUCACIÓN

Opción 3:

Por favor retireme del Registro de Donantes de Órganos.

Firma del Donador

Fecha

Please select one of the following three options.

Option 1:

Upon my death, I make an anatomical gift of my organs, tissues, and eyes for any purpose authorized by law.

Option 2:

Upon my death, I make an anatomical gift of the following specified organ, tissues, or eyes:

ALL ORGANS, TISSUES AND EYES

ORGANS:

- HEART
- LIGAMENTS
- LUNGS
- LIVER
- KIDNEYS
- PANCREAS
- INTESTINE/
SMALL BOWEL

TISSUES:

- EYES/CORNEAS
- HEART VALVES
- VESSELS
- BONE
- FASCIA
- SKIN
- TENDONS

For the following purposes authorized by law:

- ALL PURPOSES
- TRANSPLANTATION
- THERAPY
- RESEARCH
- EDUCATION

Option 3:

Please take me out of the Organ Donor Registry.

Signature of Donor Registrant

Date Signed



Estado de Ohio Carta Poder para Atención Médica

Ohio's Health Care Power of Attorney

Lo que debe saber acerca de una Carta Poder para Atención Médica:

Una **Carta Poder para Atención Médica** es un documento que permite a una persona actuar en su nombre para tomar decisiones de atención médica para usted en caso de que usted no puede hacerlo por usted mismo. **Esta persona se convierte en un Abogado Apoderado para usted.**

- ◆ Una **Carta Poder para Atención Médica** es diferente de un poder financiero de Abogado que usted da a alguien autoridad sobre sus asuntos financieros.
- ◆ La persona que usted designe como su **abogado apoderado**, completando la forma de la **Carta Poder para Atención Médica**, tiene el poder de autorizar y rechazar tratamientos médicos para usted. **Esta autoridad es reconocida en todas las situaciones médicas cuando usted no pueda expresar su propia voluntad.** A diferencia de un **Testamento en Vida**, no se limita a situaciones en las cuales usted está con una enfermedad terminal o permanentemente inconsciente. Por ejemplo, su médico o el hospital podrán consultar con su abogado apoderado si usted fue lesionado en un accidente de carro y estuviera temporalmente inconsciente.

What you should know about a Health Care Power of Attorney:

A **Health Care Power of Attorney** is a document that allows you to name a person to act on your behalf to make health care decisions for you if you become unable to make them for yourself. **This person becomes an attorney-in-fact for you.**

- ◆ A **Health Care Power of Attorney** is different from a Financial Power of Attorney that you use to give someone authority over your financial matters.
- ◆ The person you appoint as your **attorney-in-fact**, by completing the **Health Care Power of Attorney** form, has the power to authorize and refuse medical treatment for you. **This authority is recognized in all medical situations when you are unable to express your own wishes.** Unlike a **Living Will**, it is not limited to situations in which you are terminally ill or permanently unconscious. For example, your physician or the hospital may consult with your attorney-in-fact should you be injured in a car accident and become temporarily unconscious.

Hay cinco limitaciones en la autoridad de su abogado apoderado:

1. Un abogado apoderado tiene autoridad limitada para ordenar el tratamiento de soporte de vida de usted. Su abogado apoderado podrá ordenar que el tratamiento de soporte de vida sea negado o retirado sólo si usted tiene una enfermedad terminal o si esta en un estado permanentemente inconsciente. Y aun entonces, el médico tratante y, si es aplicable, el médico, deberá confirmar ese diagnóstico y su médico tratante debe determinar que no haya ninguna posibilidad razonable de recuperar la capacidad para tomar decisiones.

2. Su abogado apoderado no tiene la autoridad para ordenar el retiro de la “atención de confort”. Cuidados de confort es cualquier tipo de tratamiento de atención médica o atención de enfermería que le proporcionan comodidad o alivio de dolor.

3. Si usted está embarazada, su abogado apoderado no puede ordenar el retiro del tratamiento para el soporte de vida a menos que se cumplan ciertas condiciones. Tratamiento de soporte de vida no puede ser retirado si al hacerlo concluiría el embarazo a menos que existiera un riesgo importante para su vida o dos médicos determinan que el feto no nacería vivo.

4. El abogado apoderado podrá ordenar que sea retirada la nutrición e hidratación sólo si usted está en una condición terminal o en un estado permanentemente inconsciente y dos médicos están de acuerdo que la nutrición e hidratación ya no le proporcionan comodidad o alivian el dolor. Si desea darle a su abogado apoderado la autoridad para retener la nutrición e hidratación si llegase a quedar permanentemente inconsciente, debe indicarlo en la sección correspondiente de la Carta Poder para Atención Médica. Si también tiene un Testamento en Vida, debe de ser consistente con su Carta Poder para Atención Médica con respecto a la retención de nutrición e hidratación. En otras palabras, si usted indica en su Carta Poder para Atención Médica que le da autorización a su abogado apoderado a ordenar el retiro de la nutrición e hidratación, entonces también debe indicar en su Testamento en Vida que será permisible para el médico retener la nutrición e hidratación.

There are five limitations on the authority of your attorney-in-fact:

1. An attorney-in-fact has limited authority to order that life-sustaining treatment be withdrawn from you. Your attorney-in-fact may order that life-sustaining treatment be refused or withdrawn only if you have a terminal condition or if you are in a permanently unconscious state. And even then, the attending physician and, if applicable, the consulting physician, must confirm that diagnosis, and your attending physician(s) must determine that you have no reasonable possibility of regaining decision-making ability.

2. Your attorney-in-fact does not have the authority to order the withdrawal of “comfort care.” Comfort care is any type of medical or nursing care that would provide you with comfort or relief from pain.

3. If you are pregnant, your attorney-in-fact cannot order the withdrawal of life-sustaining treatment unless certain conditions are met. Life-sustaining treatment cannot be withdrawn if doing so would terminate the pregnancy unless there is substantial risk to your life or two physicians determine that the fetus would not be born alive.

4. Your attorney-in-fact may order that nutrition and hydration be withdrawn only if you are in a terminal condition or permanently unconscious state and two physicians agree that nutrition and hydration will no longer provide comfort or alleviate pain. If you want to give your attorney-in-fact the authority to withhold nutrition and hydration if you were to become permanently unconscious, you must indicate this in the appropriate section of the **Health Care Power of Attorney** form. If you also have a **Living Will**, it should be consistent with your **Health Care Power of Attorney** regarding the withholding of nutrition and hydration. In other words, if you indicate in your **Health Care Power of Attorney** that it is permissible for your attorney-in-fact to order that nutrition and hydration be withheld, then you also should indicate in your **Living Will** that it is permissible for your physician to withhold nutrition and hydration.

5. Si usted previamente ha dado consentimiento para el tratamiento (antes de que no se pudiera comunicar), su abogado apoderado no puede retirar sin su consentimiento al menos que ciertas condiciones se cumplan. Ya sea su condición física debe haber cambiado o el tratamiento que aprobó ya no es de beneficio o no ha demostrado ser eficaz.

Si usted tiene una Carta Poder para Atención Médica y un Testamento en Vida, personal de salud deben seguir los deseos que se declaran en el Testamento en Vida, una vez que sea efectivo el Testamento en Vida. En otras palabras, un Testamento en Vida tiene prioridad sobre una Carta Poder para Atención Médica.

Puede cambiar de opinión y revocar su Carta Poder para Atención Médica en cualquier momento. Usted puede hacer esto simplemente diciéndole a su familia, a su médico y a su abogado apoderado que usted cambió de idea y desea revocar su Carta Poder para Atención Médica. En este caso, es probablemente una buena idea pedir que le regresen la copia del documento a las personas a quien usted les había dado.

Cómo completar una Carta Poder para Atención Médica:

Usted debe utilizar este formulario para nombrar a alguien que deba tomar decisiones de atención médica por usted si usted no pudiese tomar decisiones por usted mismo.

NOTA:

1. Lea toda la información cuidadosamente. Las definiciones se incluyen como parte del formulario.
2. En las dos primeras líneas del formulario, escriba su nombre completo y fecha de nacimiento.
3. Abajo donde dice, “Nombrar a mi Agente “ llene el nombre de la persona que esta usted nombrando como su abogado apoderado, la dirección y número de teléfono actual de su agente. Usted puede nombrar agentes alternativos en los espacios indicados; Si usted no desea nombrar agentes alternativos, debería cruzar las líneas que no son utilizadas. No puede nombrar como su abogado apoderado a su médico tratante o al Administrador de cualquier asilo de ancianos donde este recibiendo atención.

5. If you previously have given consent for treatment (before becoming unable to communicate), your attorney-in-fact cannot withdraw your consent unless certain conditions are met. Either your physical condition must have changed and/or the treatment you approved is no longer of benefit or the treatment has not been proven effective.

If you have a Health Care Power of Attorney and a Living Will, health care workers must follow the wishes you state in your Living Will, once the Living Will becomes effective. In other words, your Living Will takes precedence over your Health Care Power of Attorney.

You can change your mind and revoke your Health Care Power of Attorney at any time. You can do this simply by telling your attorney-in-fact, your physician and your family that you have changed your mind and wish to revoke your Health Care Power of Attorney. In this case, it is probably a good idea to ask for a copy of the document back from anyone to whom you may have given it.

How to fill out the Health Care Power of Attorney form:

You should use this form to appoint someone to make health care decisions for you if you should become unable to make them for yourself.

NOTE:

1. Read over all information carefully. Definitions are included as part of the form.
2. On the first two lines of the form, print your full name and birth date.
3. Under, “Naming of My Agent,” fill in the name of the person you are appointing as your attorney-in-fact, the agent’s current address and telephone number. You may name alternate agents on the indicated spaces; if you choose not to name alternate agents, you may wish to cross out the unused lines. You may not name your attending physician or the administrator of any nursing home where you are receiving care as your attorney-in-fact.

4. En la quinta página del formulario, escrito en letra negrita bajo instrucciones especiales, esta la declaración que le dará permiso a su médico para retener alimentos y agua en el evento de que quedara permanentemente inconsciente. Si desea darle permiso a su médico para retener alimentos y agua en esta situación, entonces usted deberá colocar sus iniciales en la línea indicada en el número tres.

5. El formulario proporciona una sección donde puede escribir instrucciones adicionales e imponer limitaciones adicionales que usted considere adecuado documentar. Puede adjuntar páginas adicionales si es necesario. Debe incluir todas las páginas adjuntas con cualquier copia(s) que usted haga y deben tener en cuenta las páginas adjuntas en el propio formulario, en el área relacionada.

6. Siguiendo “Instrucciones adicionales o limitaciones” hay una sección donde usted indican si usted tiene o no un **Testamento en Vida**. Inmediatamente debajo de esta área hay espacios para firmar y fechar el formulario. Recuerde que la **Carta Poder para Atención Médica** no se considera válida o efectiva a menos que haga uno de lo siguiente:

Primera opción: Debe de fechar y firmar la **Carta Poder para Atención Médica** en presencia de dos testigos, que también deberán firmar e incluir sus direcciones e indicar la fecha de su firma.

O

Segunda opción: fechar y firmar la **Carta Poder para Atención Médica** en presencia de un notario público y notarizar la **Carta Poder para Atención Médica** en el espacio correspondiente en el formulario.

Las siguientes personas **no** pueden servir de testigo en su **Carta Poder para Atención Médica**:

- El agente y cualquier agente sucesor nombrado en este documento;
- Nadie relacionado con usted por sangre, matrimonio o adopción, incluyendo su cónyuge y sus hijos;
- Su médico tratante o, si está en un asilo de ancianos, el administrador del asilo de ancianos.

7. Nota: La sección titulada NOTICIA PARA ADULTOS EJECUTANDO ESTE DOCUMENTO están obligados por ley a formar parte del documento y deberá acompañarlo y con copias distribuidas.

4. On the fifth page of the form, written in bold face type under Special Instructions, is the statement that will give your physician permission to withhold food and water in the event you are permanently unconscious. If you want to give your physician permission to withhold food and water in this situation, then you must place your initials on the line indicated in number three.

5. The form provides a section where you may write additional instructions and impose additional limitations that you may consider appropriate to document. You may attach additional pages if needed. You should include all attached pages with any copy(ies) you make and you should note the attached pages on the form itself in the related area.

6. Following “Additional Instructions or Limitations” is a section where you indicate whether or not you have a **Living Will**. Immediately below this area are spaces to date and sign the form. Remember, the **Health Care Power of Attorney** is not considered valid or effective unless you do one of the following:

First Option: Date and sign the **Health Care Power of Attorney** in the presence of two witnesses, who also must sign and include their addresses and indicate the date of their signatures.

OR

Second Option: Date and sign the **Health Care Power of Attorney** in the presence of a notary public and have the **Health Care Power of Attorney** notarized on the appropriate space provided on the form.

The following people may **not** serve as a witness to your **Health Care Power of Attorney**:

- The Agent and any successor agent named in this document;
- Anyone related to you by blood, marriage, or adoption, including your spouse and your children;
- Your attending physician or, if you are in a nursing home, the administrator of the nursing home.

7. Note: The section titled NOTICE TO ADULT EXECUTING THIS DOCUMENT is required by law to be part of the document and must accompany it and any copies distributed.

Estado de Ohio Carta Poder para Atención Médica De

(Nombre Completo en Letra Imprenta)

(Fecha de Nacimiento)

Declaro que este es mi Carta Poder para Atención Médica y anulo cualquier otra Carta Poder para Atención Médica previamente firmada por mí. Entiendo la naturaleza y el propósito de este documento. Si alguna de las disposiciones resulta inválida o no ejecutable, esto no afectará el resto del documento.

Esta Carta Poder para Atención Médica solamente entrará en vigor cuando yo no pueda tomar decisiones de atención médica por mi propia cuenta. Sin embargo, lo anterior no requiere, ni implica, que una corte me deba declarar incapacitado.

Definiciones. En este documento se utilizan varios términos legales y médicos. Para mayor claridad, se explican a continuación.

Agente o abogado apoderado se refiere a la persona adulta que asigno en esta Carta Poder para Atención Médica, para que tome decisiones de atención médica en mi nombre.

Donación anatómica se refiere a la donación de todo o parte de un cuerpo humano durante o después de la muerte.

Alimentación o hidratación suministrada artificial o tecnológicamente se refiere al suministro de alimentos y líquidos a través de conductos intravenosos.

State of Ohio Health Care Power of Attorney of

(Print Full Name)

(Birth Date)

I state that this is my Health Care Power of Attorney and I revoke any prior Health Care Power of Attorney signed by me. I understand the nature and purpose of this document. If any provision is found to be invalid or unenforceable, it will not affect the rest of this document.

This Health Care Power of Attorney is in effect only when I cannot make health care decisions for myself. However, this does not require or imply that a court must declare me incompetent.

Definitions. Several legal and medical terms are used in this document. For convenience they are explained below.

Agent or attorney-in-fact means the adult I name in this Health Care Power of Attorney to make health care decisions for me.

Anatomical gift means a donation of all or part of a human body to take effect upon or after death.

Artificially or technologically supplied nutrition or hydration means the providing of food and fluids through intravenous or tube “feedings”.



Resucitación cardiopulmonar o RCP se refiere al tratamiento para intentar restablecer la respiración o los latidos del corazón. La RCP se puede lograr respirando de boca a boca, aplicando presión al pecho, introduciendo un tubo por la boca o la nariz hacia la garganta, administrando medicamentos, dándole un choque eléctrico al pecho, o por otros medios.

Atención con el objeto de procurar bienestar se refiere a todas las medidas que se toman para disminuir dolor o incomodidad, pero no para prolongar la muerte.

Formato para registro de donantes se refiere a un formato que ha sido específicamente diseñado para que las personas puedan expresar sus deseos de donar órganos, tejidos y ojos ante el Registro de Donantes de la Oficina de Vehículos Motorizados de Ohio (Ohio Bureau of Motor Vehicles Donor Registry).

Orden de No Resucitar (ONR) se refiere a una orden dada por mi médico y anotada en mi historia clínica en la que se especifica que no se me deben administrar métodos de resucitación cardiopulmonar o RCP.

Atención médica se refiere a cualquier procedimiento, tratamiento o intervención médica (incluyendo dental, clínica, psicológica y quirúrgica) u otra medida utilizada para sostener, diagnosticar o tratar cualquier condición física o mental.

Carta Poder para Atención Médica se refiere a este documento, que me permite nombrar a una persona adulta como mi representante para tomar decisiones sobre mi atención médica, si llegase el momento en que yo no lo pueda hacer.

Tratamiento para mantenerme vivo se refiere a cualquier atención médica, incluyendo nutrición e hidratación artificial o tecnológicamente suministradas, y que servirán principalmente para prolongar el momento de la muerte.

Declaración Testamentaria o Testamento en Vida se refiere a otro documento que me permite especificar la atención médica que deseo recibir si me acontece una enfermedad terminal, o si pierdo el conocimiento en forma permanente y no puedo expresar mis deseos.

Cardiopulmonary resuscitation or CPR means treatment to try to restart breathing or heartbeat. CPR may be done by breathing into the mouth, pushing on the chest, putting a tube through the mouth or nose into the throat, administering medication, giving electric shock to the chest, or by other means.

Comfort care means any measure taken to diminish pain or discomfort, but not to postpone death.

Donor Registry Enrollment Form means a form that has been designed to allow individuals to specifically register their wishes regarding organ, tissue and eye donation with the Ohio Bureau of Motor Vehicles Donor Registry.

Do Not Resuscitate or DNR Order means a medical order given by my physician and written in my medical records that cardiopulmonary resuscitation or CPR is not to be administered to me.

Health care means any medical (including dental, nursing, psychological, and surgical) procedure, treatment, intervention or other measure used to maintain, diagnose or treat any physical or mental condition.

Health Care Power of Attorney means this document that allows me to name an adult person to act as my agent to make health care decisions for me if I become unable to do so.

Life-sustaining treatment means any health care, including artificially or technologically supplied nutrition and hydration, that will serve mainly to prolong the process of dying.

Living Will Declaration or Living Will means another document that lets me specify the health care I want to receive if I become terminally ill or permanently unconscious and cannot make my wishes known.

Estado permanente de inconsciencia se refiere a una condición irreversible en la cual no me encuentro consciente de mí mismo ni de mis alrededores, en forma permanente. Me deben examinar mi médico y otro medico especialista y estar de acuerdo en que la pérdida total de mis funciones cerebrales superiores me ha dejado incapaz de sentir dolor o sufrimiento.

Poderdante se refiere a la persona que firma este documento.

Condición terminal o enfermedad terminal se refiere a una condición irreversible, incurable e intratable causada por enfermedad, dolencia o lesión. Mi médico y otro medico especialista me habrán examinado y consideran que no existe recuperación posible y que es posible que muera en un tiempo relativamente corto si no recibo un tratamiento que me mantenga vivo.

[Las instrucciones y demás información para ayudarlo a completar este documento se establecen entre paréntesis y en letra cursiva.]

Permanently unconscious state means an irreversible condition in which I am permanently unaware of myself and surroundings. My physician and one other physician must examine me and agree that the total loss of higher brain function has left me unable to feel pain or suffering.

Principal means the person signing this document.

Terminal condition or terminal illness means an irreversible, incurable and untreatable condition caused by disease, illness or injury. My physician and one other physician will have examined me and believe that I cannot recover and that death is likely to occur within a relatively short time if I do not receive life-sustaining treatment.

[Instructions and other information to assist in completing this document are set forth within brackets and in italic type.]

Nombramiento de mi Agente Representante.

La persona que se nombra a continuación es mi representante, quien tomará las decisiones de atención médica en mi nombre, tal como se autoriza en este documento.

Nombre del Agente Representante

Dirección actual del Agente Representante

Número de Teléfono actual del Agente Representante

Nombramiento de Agentes Representantes

Alternos. [Nota: No es necesario que usted nombre representantes alternos. Si así lo desea, puede nombrar un solo representante alterno. Si usted no nombra representantes alternos o solamente nombra uno, puede cruzar las líneas sobrantes.]

En caso de que mi representante arriba nombrado no esté disponible en forma inmediata, o no esté dispuesto o se sienta impedido para tomar decisiones en mi nombre, entonces nombro, en el siguiente orden de prioridad a las siguientes personas como mis representantes alternos:

Primer Agente Alterno:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Segundo Agente Alterno:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Naming of My Agent. The person named below is my agent who will make health care decisions for me as authorized in this document.

Agent's Name

Agent's Current Address

Agent's Current Telephone Number

Naming of Alternate Agents. [Note: You do not need to name alternate agents. You also may name just one alternate agent. If you do not name alternate agents or name just one alternate agent, you may wish to cross out the unused lines.]

Should my agent named above not be immediately available or be unwilling or unable to make decisions for me, then I name, in the following order of priority, the following persons as my alternate agents:

First Alternate Agent:

Name: _____

Address: _____

Telephone: _____

Second Alternate Agent:

Name: _____

Address: _____

Telephone: _____

Se puede confiar en las declaraciones hechas por cualquiera de los representantes arriba mencionados, que ellos están actuando propiamente bajo este documento que están legalmente autorizados, y no son necesarias investigaciones posteriores.

Instrucciones para el Agente Representante. Mi agente tomará decisiones de atención médica en mi nombre, basadas en las instrucciones que he dado en este documento y de mis deseos conocidos ya por mi agente. Si aparece una discrepancia entre lo que el agente conoce de mí y lo que yo expreso en este documento, se hará prevalecer lo que yo expreso en este documento. Si mis deseos no están claramente expresados, o no se conocen, entonces mi agente representante tomará las decisiones de atención médica basándose en lo que él considere que es más conveniente para mí. Mi agente representante determinará lo que es conveniente para mí considerando los beneficios, las cargas y los riesgos de cualquier decisión que vaya a tomar. Si el agente representante no está disponible, este documento será la guía de las decisiones que se tomen respecto a mi atención médica.

Competencia del Agente Representante. Mi Agente representante está totalmente autorizado a tomar todas las decisiones relacionadas con mi atención médica cuando yo no pueda tomar esas decisiones, a menos que yo especifique lo contrario, más abajo. Esta autorización incluye los siguientes puntos, pero no está limitada exclusivamente a ellos: *[Nota: tache los puntos que usted **no** quiere autorizar a su representante.]*

1. Autorizar que me sean administradas medicinas para calmar dolor, o puede autorizar que se me hagan tratamientos y procedimientos (inclusive cirugía), si él considera que, de acuerdo a los consejos médicos, eso contribuirá a mi bienestar, aún en el caso de que esas medicinas, tratamientos o procedimientos puedan acelerar mi muerte. Mi representante y mi médico deben proteger mi bienestar y la ausencia de dolor, que son factores muy importantes para mí.

Any person can rely on a statement by any alternate agent named above that he or she is properly acting under this document and such person does not have to make any further investigation or inquiry.

Guidance to Agent. My agent will make health care decisions for me based on the instructions that I give in this document and on my wishes otherwise known to my agent. If my agent believes that my wishes as made known to my agent conflict with what is in this document, this document will control. If my wishes are unclear or unknown, my agent will make health care decisions in my best interests. My agent will determine my best interests after considering the benefits, the burdens, and the risks that might result from a given decision. If no agent is available, this document will guide decisions about my health care.

Authority of Agent. My agent has full and complete authority to make all health care decisions for me whenever I cannot make such decisions, unless I have otherwise indicated below. This authority includes, but is not limited to, the following: *[Note: Cross out any authority that you do **not** want your agent to have.]*

1. To consent to the administration of pain-relieving drugs or treatment or procedures (including surgery) that my agent, upon medical advice, believes may provide comfort to me, even though such drugs, treatment or procedures may hasten my death. My comfort and freedom from pain are important to me and should be protected by my agent and physician.

2. Autorizar, desautorizar o negar (teniendo suficiente información) que se me dé tratamiento para mantenerme vivo, si mi enfermedad es terminal. Lo anterior incluye hidratación o nutrición suministradas en forma artificial o tecnológica.
 3. Autorizar, desautorizar o negar (teniendo suficiente información) cualquier procedimiento de atención médica, tratamiento, intervención u otra medida.
 4. Solicitar, revisar y recibir cualquier información verbal o escrita referente a mi salud física o mental, inclusive, pero no limitado a, todos mis archivos médicos y de salud.
 5. Autorizar la divulgación de información adicional, así como la divulgación de la información médica a otras personas sobre mi situación y mi tratamiento.
 6. Ordenar en mi nombre la entrega de documentos que se puedan necesitar para obtener información médica o relacionada con el caso.
 7. Ordenar autorizaciones, renunciaciones y liberaciones de responsabilidad en mi nombre y propiedad para todas las personas que cumplan con las instrucciones y decisiones de mi representante. Indemnizar y declarar sin perjuicio, por mi cuenta, a cualquier tercero que actúe bajo esta Carta Poder para Atención Médica. Estaré obligado a esta indemnización que contrajo mi representante.
 8. Seleccionar, contratar y despedir personal de atención médica y servicios que este suministrando atención doméstica y similar.
 9. Seleccionar, contratar mi admisión, transferirme a, autorizar que me den de alta de cualquier institución médica o de salud. Lo anterior incluye, pero no está limitado a, hospitales, asilo de ancianos, facilidades de ayuda de vida, asilos para pacientes con enfermedades terminales, hogares para adultos y similares.
2. If I am in a terminal condition, to give, to withdraw or to refuse to give informed consent to life-sustaining treatment, including artificially or technologically supplied nutrition or hydration.
 3. To give, withdraw or refuse to give informed consent to any health care procedure, treatment, intervention or other measure.
 4. To request, review, and receive any information, verbal or written, regarding my physical or mental health, including, but not limited to, all my medical and health care records.
 5. To consent to further disclosure of information, and to disclose medical and related information concerning my condition and treatment to other persons.
 6. To execute for me any releases or other documents that may be required in order to obtain medical and related information.
 7. To execute consents, waivers, and releases of liability for me and for my estate to all persons who comply with my agent's instructions and decisions. To indemnify and hold harmless, at my expense, any third party who acts under this Health Care Power of Attorney. I will be bound by such indemnity entered into by my agent.
 8. To select, employ, and discharge health care personnel and services providing home health care and the like.
 9. To select, contract for my admission to, transfer me to, or authorize my discharge from any medical or health care facility, including, but not limited to, hospitals, nursing homes, assisted living facilities, hospices, adult homes and the like.

10. Transportarme u organizar que me transporten a un sitio donde esta Carta Poder para Atención Médica sea aceptada, en el caso de estar obligado a tomar decisiones de atención médica en algún sitio donde este documento no sea aceptado.

11. Llenar y firmar, a mi nombre, los siguientes documentos:

- a. Autorizaciones para tratamientos de atención médica, o la entrega de Ordenes de No Resucitar (ONR) u otras similares; y
- b. Solicitudes para que me transfieran a otro centro, para ser dado de alta en contravención de las órdenes de la atención médica u otras solicitudes similares; y
- c. Cualquier otro documento que sirva para implementar decisiones de atención médica autorizadas a mi representante, de acuerdo con este documento.

Instrucciones Especiales. Al firmar con mis iniciales en el número 3 más abajo, deseo específicamente autorizar a mi representante para que pueda rehusar o, si el tratamiento ya comenzó, a desautorizar que se me administre hidratación o alimentación artificial o tecnológicamente, si:

- 1. Estoy en un estado de inconsciencia permanente; y
- 2. El médico que lo está atendiendo y por lo menos otro médico que lo ha examinado, con base en parámetros médicos razonables y bajo cierto grado de certeza médica determinen que la nutrición y la hidratación suministradas artificial o tecnológicamente no me darán bienestar o eliminarán mi dolor; y
- 3. He firmado, con mis iniciales, sobre esta línea:

10. To transport me or arrange for my transportation to a place where this Health Care Power of Attorney is honored, should I become unable to make health care decisions for myself in a place where this document is not enforced.

11. To complete and sign for me the following:

- a. Consents to health care treatment, or the issuance of Do Not Resuscitate (DNR) Orders or other similar orders; and
- b. Requests for my transfer to another facility, to be discharged against health care advice, or other similar requests; and
- c. Any other document desirable to implement health care decisions that my agent is authorized to make pursuant to this document.

Special Instructions. By placing my initials at number 3 below, I want to specifically authorize my agent to refuse, or if treatment has commenced, to withdraw consent to, the provision of artificially or technologically supplied nutrition or hydration if:

- 1. I am in a permanently unconscious state; and
- 2. My physician and at least one other physician who has examined me have determined, to a reasonable degree of medical certainty, that artificially or technologically supplied nutrition and hydration will not provide comfort to me or relieve my pain; and
- 3. I have placed my initials on this line:

Limitaciones del Poder de mi Representante.

Entiendo que las leyes de Ohio contemplan cinco limitaciones de la autoridad de mi representante:

1. Mi representante no puede desautorizar el tratamiento que me mantiene vivo, a menos que yo esté en condición terminal o en estado de inconsciencia permanente y que, además, dos médicos hayan confirmado el diagnóstico y hayan llegado a la conclusión que yo no tengo ninguna posibilidad razonable de recuperar la habilidad de tomar decisiones; y
2. Mi representante no puede ordenar la suspensión de ningún tratamiento que me está proporcionando bienestar o está eliminando mi dolor; y
3. Si estoy embarazada, mi representante no puede rehusar o suspender la autorización, teniendo suficiente información, para atención médica, si la negación o suspensión interrumpen mi embarazo, a menos que el embarazo o la atención médica puedan poner mi vida en peligro o dos médicos determinen que el feto no nacería vivo; y
4. Mi representante no puede ordenar la suspensión de la hidratación o la alimentación artificial o tecnológicamente suministradas a menos que yo este enfermo terminalmente o permanentemente inconsciente y dos médicos hayan determinado que la nutrición o la hidratación ya no me suministrarán bienestar o eliminarán mi dolor, y en el evento de estar inconsciente en forma permanente, he dado instrucciones específicas, en otra parte de este documento, de que me sean retiradas la hidratación y la alimentación; y
5. Si previamente yo he autorizado alguna atención médica, mi representante no puede suspender ese tratamiento, a menos que mi situación haya cambiado significativamente, de tal manera que la atención médica es significativamente de menos beneficio para mí, o si no está logrando la finalidad por la que elegí el cuidado de salud.

Limitations of Agent's Authority. I understand that under Ohio law, there are five limitations to the authority of my agent:

1. My agent cannot order the withdrawal of life-sustaining treatment unless I am in a terminal condition or a permanently unconscious state, and two physicians have confirmed the diagnosis and have determined that I have no reasonable possibility of regaining the ability to make decisions; and
2. My agent cannot order the withdrawal of any treatment given to provide comfort care or to relieve pain; and
3. If I am pregnant, my agent cannot refuse or withdraw informed consent to health care if the refusal or withdrawal would end my pregnancy, unless the pregnancy or health care would create a substantial risk to my life or two physicians determine that the fetus would not be born alive; and
4. My agent cannot order the withdrawal of artificially or technologically supplied nutrition or hydration unless I am terminally ill or permanently unconscious and two physicians agree that nutrition or hydration will no longer provide comfort or relieve pain and, in the event that I am permanently unconscious, I have given a specific direction to withdraw nutrition or hydration elsewhere in this document; and
5. If I previously consented to any health care, my agent cannot withdraw that treatment unless my condition has significantly changed so that the health care is significantly less beneficial to me, or unless the health care is not achieving the purpose for which I chose the health care.

Instrucciones o Limitaciones Adicionales. Yo puedo dar instrucciones adicionales o imponer limitaciones sobre el poder de mi representante. [Nota: Usted puede escribir instrucciones o limitaciones adicionales en las líneas en blanco que están a continuación. Aquí puede incluir cualquier instrucción o limitación específica que usted considere apropiada, tales como instrucciones para rehusar aceptar tipos específicos de tratamiento que no vayan de acuerdo con sus creencias religiosas, o que no sen aceptadas por cualquier otra razón. Si el espacio asignado abajo no es suficiente, puede agregarle hojas adicionales .Si usted incluye aquí instrucciones y limitaciones adicionales y, posteriormente, sus deseos cambian, usted deberá llenar una nueva Carta Poder para Atención Médica y comentarle a su representante sobre los cambios. Si usted no tiene instrucciones o limitaciones para agregar, escriba “Ninguno” o cruce o tache las líneas que no ha utilizado.]

Sin Fecha de Expiración. Esta Carta Poder para Atención Médica no tendrá fecha de expiración y no será afectado por mi incapacidad ni por el paso del tiempo.

Tutor. Es mi intención que el Poder dado a mi representante eliminará la necesidad de que la corte nombre un tutor de mi persona. Sin embargo, si este proceso llegase a darse, nombro a mi representante como tutor de mi persona, sin fianza.

Potestad Ejecutoria de mi Representante. Mi representante puede emprender por mi nombre, y a mi cuenta, con este documento, cualquier acción que considere aconsejable para hacer cumplir mis deseos.

Liberación de la Obligación Personal del Representante. Mi representante no incurrirá en ninguna obligación personal conmigo o con mi propiedad por tomar decisiones razonables de buena fé respecto a mi atención médica.

Additional Instructions or Limitations. I may give additional instructions or impose additional limitations on the authority of my agent. [Note: On the lines below you may write in additional instructions or limitations. Here you may include any specific instructions or limitations you consider appropriate, such as instructions to refuse specific types of treatment that are inconsistent with your religious beliefs or unacceptable to you for any other reason. If the space below is not sufficient, you may attach additional pages. If you include additional instructions or limitations here and your wishes change, you should complete a new Health Care Power of Attorney and tell your agent about the changes. If you do not have any additional instructions or limitations, you may wish to write “None” below or cross out the unused lines.]

No Expiration Date. This Health Care Power of Attorney will have no expiration date and will not be affected by my disability or by the passage of time.

Guardian. I intend that the authority given to my agent will eliminate the need for any court to appoint a guardian of my person. However, should such proceedings start, I nominate my agent to serve as the guardian of my person, without bond.

Enforcement by Agent. My agent may take for me, at my expense, any action my agent considers advisable to enforce my wishes under this document.

Release of Agent’s Personal Liability. My agent will not incur any personal liability to me or my estate for making reasonable choices in good faith concerning my health care.

Las Copias Tienen la Misma Validez que el Original. Cualquier persona puede confiar en una copia de este documento.

Validez en Otro Estado. Es mi intención que este documento sea honrado en cualquier jurisdicción hasta donde lo permita la ley.

Testamento En Vida. He llenado el Testamento en Vida: _____ Si _____ No

Donaciones Anatómicas. He expresado mis deseos en cuanto a donación de órganos y tejidos en mi Testamento en Vida: _____ Si _____ No

Formato para Registro de Donantes. He llenado el Formato para Registro de Donantes: _____ Si _____ No

FIRMA

[Vea la siguiente página para requisitos de testigo y notario]

Entiendo el propósito y el efecto de este documento y firmo esta Carta Poder para Atención Médica, el día _____ de _____ del año 20 _____ en _____, Ohio.

PODERDANTE

[Usted queda responsabilizado de contarles a sus familiares sobre la existencia de este documento y el nombre de su representante. Usted también puede, pero no está obligado a contarle a su consejero religioso y a su abogado que usted firmó una Carta Poder para Atención Médica. Podría darle una copia de este documento a cada una de las personas notificadas.]

[También puede enviarle una copia al Registrador de su condado, para que sea archivado, para mayor seguridad.]

Copies the Same as Original. Any person may rely on a copy of this document.

Out of State Application. I intend that this document be honored in any jurisdiction to the extent allowed by law.

Living Will. I have completed a Living Will: _____ Yes _____ No

Anatomical Gift(s). I have made my wishes known regarding organ and tissue donation in my Living Will: _____ Yes _____ No

Donor Registry Enrollment Form. I have completed the Donor Registry Enrollment Form: _____ Yes _____ No

SIGNATURE

[See next page for witness or notary requirements.]

I understand the purpose and effect of this document and sign my name to this Health Care Power of Attorney on _____, 20 _____, at _____, Ohio.

PRINCIPAL

[You are responsible for telling members of your family and your physician about this document and the name of your agent. You also may wish, but are not required to tell your religious advisor and your lawyer that you have signed a Health Care Power of Attorney. You may wish to give a copy to each person notified.]

[You may choose to file a copy of this Health Care Power of Attorney with your county recorder for safekeeping.]

CERTIFICACION POR TESTIGOS O NOTARIO

[Escoja uno]

[Esta Carta Poder para Atención Médica no será válido a menos que esté firmado por dos testigos que estén presentes cuando usted firma o están presentes cuando usted certifica su firma, **o** si el documento se certifica ante Notario Público.]

[Las siguientes personas **no** pueden servir de testigos para esta Carta Poder para Atención Médica: el representante, cualquier representante alterno nombrado en este documento, su cónyuge, sus hijos, cualquier otra persona unida a usted por lazos de sangre, matrimonio o adopción, el médico que lo está atendiendo; o, si usted se encuentra en un asilo, el director del asilo.]

Testigos. Doy fé de que el Poderdante firmó o certificó esta Carta Poder para Atención Médica en mi presencia, que el Poderdante comparece en sano juicio y no bajo - o sujeto a - coacción, fraude o influencia indebida. Doy fé, también, que yo no soy un representante nombrado en este documento, ni soy el médico a cargo del Poderdante, ni soy el administrador de un asilo en donde se atiende al Poderdante, ni tampoco soy una persona adulta unida al Poderdante por lazos de sangre, matrimonio o adopción.

Firma

Dirección

Nombre en letra imprenta

Fechado _____, del año 20 _____

Firma

Dirección

Nombre en letra imprenta

Fechado _____, del año 20 _____

WITNESSES OR NOTARY ACKNOWLEDGMENT

[Choose one]

[This Health Care Power of Attorney will not be valid unless it either is signed by two eligible witnesses who are present when you sign or are present when you acknowledge your signature, **or** it is acknowledged before a Notary Public.]

[The following persons **cannot** serve as a witness to this Health Care Power of Attorney: the agent; any successor agent named in this document; your spouse; your children; anyone else related to you by blood, marriage or adoption; your attending physician; or, if you are in a nursing home, the administrator of the nursing home.]

Witnesses. I attest that the Principal signed or acknowledged this Health Care Power of Attorney in my presence, that the Principal appears to be of sound mind and not under or subject to duress, fraud or undue influence. I further attest that I am not an agent designated in this document, I am not the attending physician of the Principal, I am not the administrator of a nursing home in which the Principal is receiving care, and I am an adult not related to the Principal by blood, marriage or adoption.

Signature

Residing at

Print Name

Dated: _____, 20 _____

Signature

Residing at

Print Name

Dated: _____, 20 _____

O

Certificación Notarial

Estado de Ohio

Condado de _____ ss.

El día _____ del mes de _____ del año 20 _____, ante mí, Notario Público abajo firmante, se presentó en persona _____, a quien conozco, o que, a cabalidad, ha probado ser la persona cuyo nombre corresponde al Poderdante de esta Carta Poder para Atención Médica, y quien ha certificado ser el autor del mismo para los propósitos aquí incluidos. Doy fé de que el Poderdante comparece en sano juicio, y no bajo o sujeto a coacción, fraude o influencia indebida.

Notario Público

Mi nombramiento expira: _____

OR

Notary Acknowledgment.

State of Ohio

County of _____ ss.

On _____, 20_____, before me, the undersigned Notary Public, personally appeared _____, known to me or satisfactorily proven to be the person whose name is subscribed to the above Health Care Power of Attorney as the Principal, and who has acknowledged that (s)he executed the same for the purposes expressed therein. I attest that the Principal appears to be of sound mind and not under or subject to duress, fraud or undue influence.

Notary Public

My Commission Expires: _____

[Es requisito del Código Revisado de Ohio § 1337.17 incluir esta notificación dentro de este formato.]

NOTIFICACION PARA LA PERSONA ADULTA QUE EJECUTA ESTE DOCUMENTO

Este es un documento legal importante. Antes de ejecutarlo, usted debe conocer lo siguiente:

Este documento otorga a la persona que usted designe (abogado apoderado) el poder de tomar, por usted, LA MAYORIA de las decisiones de atención médica si usted pierde la capacidad de tomar decisiones por sí mismo de atención médica con suficiente información. Este poder es efectivo solamente cuando el médico que lo esta atendiendo, determina que usted ha perdido la capacidad de tomar decisiones de atención médica por sí mismo. Y, a pesar de la existencia de este documento, usted conserva el derecho de tomar todas las decisiones médicas y de salud por sí mismo, siempre que tenga la capacidad de tomar decisiones de atención médica por sí mismo y con suficiente información.

Usted puede incluir en este documento limitaciones específicas que usted desea que tenga el apoderado para tomar decisiones de atención médica por usted.

Sujeto a las limitaciones específicas que usted incluye en este documento, si el médico, que lo atiende, determina que usted ha perdido su capacidad de tomar decisiones con suficiente información sobre su atención médica, entonces el apoderado, de manera GENERAL, quedará autorizado, por este documento, a tomar decisiones de atención médica por usted en la forma en que usted las tomaría si estuviera en capacidad de hacerlo. La autoridad del apoderado para tomar decisiones de atención médica por usted, incluirá, GENERALMENTE, teniendo la suficiente información, la autoridad de autorizar, negar o retirar la aprobación para efectuar cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar, o tratar una condición física o mental.

[This notice is included in this printed form as required by Ohio Revised Code § 1337.17.]

NOTICE TO ADULT EXECUTING THIS DOCUMENT

This is an important legal document. Before executing this document, you should know these facts:

This document gives the person you designate (the attorney in fact) the power to make MOST health care decisions for you if you lose the capacity to make informed health care decisions for yourself. This power is effective only when your attending physician determines that you have lost the capacity to make informed health care decisions for yourself and, notwithstanding this document, as long as you have the capacity to make informed health care decisions for yourself, you retain the right to make all medical and other health care decisions for yourself.

You may include specific limitations in this document on the authority of the attorney in fact to make health care decisions for you.

Subject to any specific limitations you include in this document, if your attending physician determines that you have lost the capacity to make an informed decision on a health care matter, the attorney in fact GENERALLY will be authorized by this document to make health care decisions for you to the same extent as you could make those decisions yourself, if you had the capacity to do so. The authority of the attorney in fact to make health care decisions for you GENERALLY will include the authority to give informed consent, to refuse to give informed consent, or to withdraw informed consent to any care, treatment, service, or procedure to maintain, diagnose, or treat a physical or mental condition.

SIN EMBARGO, aún si este documento permite al apoderado tener autoridad general para tomar decisiones de atención médica por usted, de hecho, el apoderado NUNCA estará autorizado a hacer lo siguiente:

1. Rechazar o retirar, teniendo suficiente información, la autorización para que yo pueda tener un tratamiento que me mantenga vivo (a menos que quien lo está atendiendo y otro médico que lo ha examinado, determinen que, con base en parámetros médicos razonables y bajo cierto grado de certeza médica determinen, que uno cualquiera de los siguientes puntos es aplicable:
 - a. Usted padece una condición médica irreversible, incurable e intratable, causada por una dolencia, enfermedad o lesión de la cual (I) no puede haber recuperación y (ii) su muerte puede ocurrir en un tiempo relativamente corto si no se le administra un tratamiento que lo mantenga vivo y que, además el médico que lo está atendiendo (basado en parámetros médicos razonables y bajo cierto grado de certeza médica determina que no existe una posibilidad razonable que usted pueda recuperar la capacidad de tomar decisiones sobre su atención médica, con la suficiente información.
 - b. Usted se encuentra en un estado de inconsciencia permanente que se caracteriza porque se encuentra irreversiblemente ajeno a sí mismo y a su medio ambiente y por una total pérdida del funcionamiento de la corteza cerebral, con el resultado de que no puede sentir dolor o sufrimiento. Además el médico que lo está atendiendo determina (basado en parámetros médicos razonables y bajo cierto grado de certeza médica) que no existe una posibilidad razonable que pueda recuperar la capacidad de tomar decisiones sobre su atención médica.

HOWEVER, even if the attorney in fact has general authority to make health care decisions for you under this document, the attorney in fact NEVER will be authorized to do any of the following:

1. Refuse or withdraw informed consent to life-sustaining treatment (unless your attending physician and one other physician who examines you determine, to a reasonable degree of medical certainty and in accordance with reasonable medical standards, that either of the following applies:
 - a. You are suffering from an irreversible, incurable and untreatable condition caused by disease, illness, or injury from which (i) there can be no recovery and (ii) your death is likely to occur within a relatively short time if life-sustaining treatment is not administered, and your attending physician additionally determines, to a reasonable degree of medical certainty and in accordance with reasonable medical standards, that there is no reasonable possibility that you will regain the capacity to make informed health care decisions for yourself.
 - b. You are in a state of permanent unconsciousness that is characterized by you being irreversibly unaware of yourself and your environment and by a total loss of cerebral cortical functioning, resulting in you having no capacity to experience pain or suffering, and your attending physician additionally determines, to a reasonable degree of medical certainty and in accordance with reasonable medical standards, that there is no reasonable possibility that you will regain the capacity to make informed health care decisions for yourself.

[Es requisito del Código Revisado de Ohio § 1337.17 incluir esta notificación dentro de este formato.]

2. Negarse a aceptar o a retirar, la atención médica necesaria para suministrarle bienestar (excepto que, si no existe una prohibición de hacerlo en el párrafo (4). más abajo; en ese caso, el abogado apoderado puede negar o puede retirar, teniendo suficiente información, la autorización para suministrarle nutrición o hidratación tal como se describe en el mismo párrafo 4). **(Usted debe entender que suministrar bienestar se define, según la ley de Ohio, como proveer alimentos (nutrición) y líquidos (hidratación) administrados artificial o tecnológicamente para disminuir su dolor o incomodidad, no para postergar su muerte, y cualquier otro procedimiento, tratamiento o intervención médica u hospitalaria, u otra medida que se tomaría para disminuir su dolor o incomodidad, no para postergar su muerte. En consecuencia, si el médico que lo está atendiendo determinara que un procedimiento hospitalario, tratamiento o intervención previamente descritos, u otra medida no suministrará o ya no sirve para suministrar bienestar o aliviar su dolor, entonces, de acuerdo con el párrafo 4, su abogado apoderado estará autorizado a negar o a retirar la aprobación, para ese tratamiento, procedimiento, intervención u otra medida.);**
3. Negar o retirar la aprobación, a darle atención médica si usted está embarazada y si al negar o retirar la aprobación terminaría el embarazo (a menos que el embarazo o la atención médica pongan su vida en peligro, o a menos que el médico que la está atendiendo y por lo menos otro médico que la ha examinado (basados en parámetros médicos razonables y bajo cierto grado de certeza médica) determinen que el feto no nacería vivo);

[This notice is included in this printed form as required by Ohio Revised Code § 1337.17.]

2. Refuse or withdraw informed consent to health care necessary to provide you with comfort care (except that, if the attorney in fact is not prohibited from doing so under (4) below, the attorney in fact could refuse or withdraw informed consent to the provision of nutrition or hydration to you as described under (4) below). **(You should understand that comfort care is defined in Ohio law to mean artificially or technologically administered sustenance (nutrition) or fluids (hydration) when administered to diminish your pain or discomfort, not to postpone your death, and any other medical or nursing procedure, treatment, intervention, or other measure that would be taken to diminish your pain or discomfort, not to postpone your death. Consequently, if your attending physician were to determine that a previously described medical or nursing procedure, treatment, intervention, or other measure will not or no longer will serve to provide comfort to you or alleviate your pain, then, subject to (4) below, your attorney in fact would be authorized to refuse or withdraw informed consent to the procedure, treatment, intervention, or other measure.);**
3. Refuse or withdraw informed consent to health care for you if you are pregnant and if the refusal or withdrawal would terminate the pregnancy (unless the pregnancy or health care would pose a substantial risk to your life, or unless your attending physician and at least one other physician who examines you determine, to a reasonable degree of medical certainty and in accordance with reasonable medical standards, that the fetus would not be born alive);

4. Negarle o retirarle, teniendo suficiente información, el suministro de alimentos (nutrición) o líquidos (hidratación) administrados artificial o tecnológicamente, a menos que:

- a. Usted esté en situación terminal o en estado de inconsciencia permanente.**
- b. El médico que lo está atendiendo y por lo menos otro médico que lo ha examinado, con base en parámetros médicos razonables y bajo cierto grado razonable de certeza médica determinen que la nutrición y la hidratación ya no le van a dar bienestar ni a eliminar el dolor.**
- c. Si, pero solamente si, usted está en estado de inconsciencia permanente, usted autoriza al apoderado a negar o retirar la aprobación a que le suministren nutrición o hidratación, haciendo las dos cosas siguientes en este mismo documento:**
 - i. Hacer una declaración en letras mayúsculas u otro tipo de letra llamativo, incluyendo pero no limitado, a letras más grande o negrilla, diciendo que el apoderado puede negar o retirar, teniendo suficiente información, la aprobación del suministro de nutrición o hidratación si usted se encuentra en estado de inconsciencia permanente y se ha determinado que la nutrición y la hidratación ya no le suministrarán bienestar ni eliminarán su dolor; o también puede marcar un cuadro o una línea (si existe), en este mismo documento, que contenga una declaración similar;**

4. Refuse or withdraw informed consent to the provision of artificially or technologically administered sustenance (nutrition) or fluids (hydration) to you, unless:

- a. You are in a terminal condition or in a permanently unconscious state.**
- b. Your attending physician and at least one other physician who has examined you determine, to a reasonable degree of medical certainty and in accordance with reasonable medical standards, that nutrition or hydration will not or no longer will serve to provide comfort to you or alleviate your pain.**
- c. If, but only if, you are in a permanently unconscious state, you authorize the attorney in fact to refuse or withdraw informed consent to the provision of nutrition or hydration to you by doing both of the following in this document:**
 - i. Including a statement in capital letters or other conspicuous type, including, but not limited to, a different font, bigger type, or boldface type, that the attorney in fact may refuse or withdraw informed consent to the provision of nutrition or hydration to you if you are in a permanently unconscious state and if the determination that nutrition or hydration will not or no longer will serve to provide comfort to you or alleviate your pain is made, or checking or otherwise marking a box or line (if any) that is adjacent to a similar statement on this document;**

[Es requisito del Código Revisado de Ohio § 1337.17 incluir esta notificación dentro de este formato.]

ii. Firmando con sus iniciales, o con la firma completa, debajo o al lado de una declaración o cualquier otra marca previamente descrita.

d. El médico que lo está atendiendo determina, de buena fé, que usted autorizó al apoderado a rechazar o retirar el consentimiento de aprobación para el suministro de nutrición e hidratación si usted se encuentra en estado de inconsciencia permanente de acuerdo con los requerimientos (4)(c)(i) y (ii) arriba mencionados.

5. Retirar la aprobación, teniendo suficiente información, cualquier atención médica que usted haya aprobado previamente, a menos que un cambio en su condición física haya disminuido significativamente el beneficio de su atención médica, o, a menos que, la atención médica no, o ya no, sea significativamente efectiva para lograr los propósitos para los cuales usted la autorizó.

Adicionalmente, cuando el abogado apoderado ejercite su autoridad para tomar decisiones de atención médica en su nombre, el apoderado tendrá que actuar de acuerdo con sus deseos o, si no se conocen sus deseos, de acuerdo con lo que es mejor para usted. Usted puede hacerle conocer sus deseos al apoderado a través de este documento o de alguna otra manera.

Cuando está actuando de acuerdo con este documento, el apoderado tendrá POR LO GENERAL los mismos derechos de recibir información sobre recomendaciones de atención médica que tiene usted, de revisar los archivos médicos y la aprobación para aprobar la divulgación de estos mismos archivos. Si usted desea puede, en este documento, ponerle límites a ese derecho.

[This notice is included in this printed form as required by Ohio Revised Code § 1337.17.]

ii. Placing your initials or signature underneath or adjacent to the statement, check, or other mark previously described.

d. Your attending physician determines, in good faith, that you authorized the attorney in fact to refuse or withdraw informed consent to the provision of nutrition or hydration to you if you are in a permanently unconscious state by complying with the above requirements of (4)(c)(i) and (ii) above.

5. Withdraw informed consent to any health care to which you previously consented, unless a change in your physical condition has significantly decreased the benefit of that health care to you, or unless the health care is not, or is no longer, significantly effective in achieving the purposes for which you consented to its use.

Additionally, when exercising authority to make health care decisions for you, the attorney in fact will have to act consistently with your desires or, if your desires are unknown, to act in your best interest. You may express your desires to the attorney in fact by including them in this document or by making them known to the attorney in fact in another manner.

When acting pursuant to this document, the attorney in fact GENERALLY will have the same rights that you have to receive information about proposed health care, to review health care records, and to consent to the disclosure of health care records. You can limit that right in this document if you so choose.

En general, usted puede nombrar a cualquier adulto competente para ser su apoderado en este documento. Sin embargo, usted NO PUEDE nombrar al médico que lo está atendiendo, o al administrador del asilo de ancianos en el cual usted está recibiendo atención, como apoderado en este documento. Adicionalmente, usted NO PUEDE nombrar a un empleado o agente del médico que lo está atendiendo, o un empleado de la institución de salud en la que usted está siendo tratado, como apoderados en este documento, a menos que el tipo de empleado o agente antes mencionado sea un adulto competente que está conectado con usted por lazos de sangre, matrimonio o adopción, o a menos que el tipo de empleado o agente antes mencionados sea un adulto competente y ustedes son miembros de la misma orden religiosa.

Este documento no tiene fecha de expiración, de acuerdo a la ley de Ohio, pero usted puede especificar una fecha en la que esta Carta Poder expire. Sin embargo, si usted especifica una fecha de expiración, pero en esa fecha usted no tiene la capacidad de tomar decisiones de atención médica para sí mismo, el documento y el poder que este le da a su apoderado sigue siendo efectivo hasta que usted recupere la capacidad para tomar decisiones por usted mismo.

Generally, you may designate any competent adult as the attorney in fact under this document. However, you CANNOT designate your attending physician or the administrator of any nursing home in which you are receiving care as the attorney in fact under this document. Additionally, you CANNOT designate an employee or agent of your attending physician, or an employee or agent of a health care facility at which you are being treated, as the attorney in fact under this document, unless either type of employee or agent is a competent adult and related to you by blood, marriage, or adoption, or unless either type of employee or agent is a competent adult and you and the employee or agent are members of the same religious order.

This document has no expiration date under Ohio law, but you may choose to specify a date upon which your durable power of attorney for health care will expire. However, if you specify an expiration date and then lack the capacity to make informed health care decisions for yourself on that date, the document and the power it grants to your attorney in fact will continue in effect until you regain the capacity to make informed health care decisions for yourself.

[Es requisito del Código Revisado de Ohio § 1337.17 incluir esta notificación dentro de este formato.]

Usted tiene el derecho de revocar/anular el nombramiento del apoderado y el derecho de revocar todo este documento en cualquier momento y de cualquier manera. Esta revocación/anulación comenzará a tener efecto, generalmente, cuando usted exprese la intención de revocarlo/anularlo. Sin embargo, si usted hizo conocer este documento al médico que lo está atendiendo, esta revocación/anulación solo comenzará a tener efecto cuando usted le comunique al médico que lo está atendiendo, o cuando un testigo de la revocación/anulación u otro empleado del instituto hospitalario, a quien esta revocación/anulación ha sido comunicada, se la comunica, a su vez, al médico que lo está atendiendo.

Si usted certifica este documento y crea, con él, una Carta Poder para atención médica duradero y válido, revocará/anulará con este documento toda Carta Poder para atención médica duradero y válido que usted haya creado previamente, a menos que usted estipule lo contrario en este documento.

Este documento no será válido como una Carta Poder para atención médica, a menos que este certificado ante un notario público o esté firmado por un mínimo de dos testigos adultos que estén presentes cuando usted firme o certifique su firma. No pueden ser testigos las personas que están unidas a usted por lazos de sangre, matrimonio o adopción. Tampoco pueden ser testigos ni el apoderado, ni el médico que lo está atendiendo ni el administrador de un asilo en el cual usted está recibiendo atención.

Si hay algo en este documento que usted no entiende, debe pedirle al abogado que se lo explique.

©Agosto del 2010. Está permitida su reproducción para uso del público en general, abogados, médicos y osteópatas, hospitales, asociaciones de abogados, sociedades médicas, y asociaciones y organizaciones sin ánimo de lucro. No está permitida su reproducción para usos comerciales y para venta con utilidad.

[This notice is included in this printed form as required by Ohio Revised Code § 1337.17.]

You have the right to revoke the designation of the attorney in fact and the right to revoke this entire document at any time and in any manner. Any such revocation generally will be effective when you express your intention to make the revocation. However, if you made your attending physician aware of this document, any such revocation will be effective only when you communicate it to your attending physician, or when a witness to the revocation or other health care personnel to whom the revocation is communicated by such a witness communicates it to your attending physician.

If you execute this document and create a valid durable power of attorney for health care with it, it will revoke any prior, valid durable power of attorney for health care that you created, unless you indicate otherwise in this document.

This document is not valid as a durable power of attorney for health care unless it is acknowledged before a notary public or is signed by at least two adult witnesses who are present when you sign or acknowledge your signature. No person who is related to you by blood, marriage, or adoption may be a witness. The attorney in fact, your attending physician, and the administrator of any nursing home in which you are receiving care also are ineligible to be witnesses.

If there is anything in this document that you do not understand, you should ask your lawyer to explain it to you.

© August 2010. May be reprinted and copied for use by the public, attorneys, medical and osteopathic physicians, hospitals, bar associations, medical societies, and nonprofit associations and organizations. It may not be reproduced commercially for sale at a profit.



Ley de Ohio de No Resucitar

Ohio's Do-Not-Resuscitate Law

La ley de Ohio de No Resucitar (DNR por sus siglas en inglés) le otorga a los individuos la oportunidad de ejercer el derecho a limitar el cuidado que recibirán en situaciones de emergencia en circunstancias especiales. Las “Circunstancias especiales” incluyen la atención recibida del personal de emergencia cuando se a marcado el 911. La ley autoriza al médico a escribir una orden informando al personal de salud que el paciente no desea ser resucitado en el caso de un paro cardíaco (ausencia de pulso palpable) o paro respiratorio (no hay respiración espontánea o tiene dificultad para respirar).

La siguiente información esta incluida como un breve resumen de algunas de las preguntas más comunes, los asuntos y preocupaciones con respecto a la ley de Ohio de No-Resucitar. No esta hecho con la intención de proporcionar toda la información necesaria para tomar la decisión de tener una Orden por escrito de No-Resucitar. Un individuo queda inscrito en el Programa de Cuidado de Confort DNR (DNRCC), después de una consulta con su médico en relación a problemas con el final de su vida. Al momento de inscribirse, el individuo recibirá un formulario especial de identificación. Otras identificaciones de DNRCC, como una tarjeta de identificación para la cartera, también pueden ser utilizadas, pero deben incluir el logotipo del Estado de Ohio DNR para que sean válidas.

El Protocolo de el Cuidado de Confort de DNR permite a la Orden del Cuidado de Confort DNR ser utilizada en múltiples escenarios y áreas de práctica, incluyendo pero sin limitarse a los asilos de ancianos, las residencias, los hospitales, las áreas para pacientes ambulatorios, el hogar y lugares públicos. Para que una Orden de Cuidado de Confort DNR sea útil en múltiples situaciones, debe ser reconocida por los trabajadores de salud. El Departamento de Salud de Ohio ha desarrollado un Orden estándar que es generalmente reconocida.

Ohio's Do-Not-Resuscitate (DNR) Law gives individuals the opportunity to exercise their right to limit care received in emergency situations in special circumstances. “Special circumstances” include care received from emergency personnel when 911 is dialed. The law authorizes a physician to write an order letting health care personnel know that a patient does not wish to be resuscitated in the event of a cardiac arrest (no palpable pulse) or respiratory arrest (no spontaneous respirations or the presence of labored breathing).

The following information is included as a brief overview of some of the more common questions, issues and concerns regarding Ohio's Do-Not-Resuscitate Law. It is not meant to provide all information needed to make the decision to have a Do-Not-Resuscitate Order written. An individual is enrolled in the DNR Comfort Care (DNRCC) Program after **consultation** with his or her physician regarding end-of-life issues. Upon enrollment, the individual will receive a special identification form. Other DNRCC identifications, such as a wallet identification card, also may be used, but must include the Ohio State DNR logo to be valid.

The DNR Comfort Care Protocol allows the DNR Comfort Care Order to be used in multiple settings and practice areas including, but not limited to, nursing facilities, residential care facilities, hospitals, outpatient areas, home, and public places. For a DNR Comfort Care Order to be useful in multiple settings, it must be recognizable by health care workers. The Ohio Department of Health has developed a standard order form that is generally recognized.

A diferencia de un Testamento en Vida y una Carta Poder para Atención Médica, una orden de no resucitar (ONR) debe ser escrita y firmada por un médico, una enfermera de práctica avanzada, o una enfermera certificada, después de una consulta con el paciente.

ONR Comfort Care es un programa legalmente autorizado que se lleva a cabo de acuerdo con un protocolo estandarizado. La Orden DNRCC es implementada en diferentes puntos, dependiendo de los deseos del paciente y deben ser consistentes con estándares médicos razonables.

Las dos opciones en el Protocolo de Cuidado de Confort DNR y la orden del Cuidado de Confort (DNRCC) y la Orden del Cuidado de Confort de Detención (DNRCC de suspender). Con una orden de DNRCC una persona recibe cualquier tipo de atención que alivie el dolor y el sufrimiento, pero no medidas de resucitación para salvar o mantener la vida desde el momento en que la orden es firmada por el médico. Con una orden para suspender de DNRCC, una persona recibe atención médica estándar, que puede incluir algunos de los componentes de resucitación hasta que él o ella experimenten un paro cardíaco o un paro respiratorio.

DNR Atención de Confort: Datos

La Resucitación Cardiopulmonar (RCP) tiene un significado amplio. Esta incluye algunos o todos los puntos siguientes:

- La administración de compresiones en el pecho;
- La inserción artificial por la vía respiratoria;
- El suministro de fármacos de resucitación;
- Desfibrilación o cardioversión;
- El suministro de ayuda respiratoria;
- Inicio de una línea intravenosa de resucitación, o
- Inicio de monitoreo cardíaco.

Unlike a Living Will and Health Care Power of Attorney, a DNR Order must be written and signed by a physician, an advanced-practice nurse or a certified nurse practitioner after consultation with the patient.

DNR Comfort Care is a legally-sanctioned program that is implemented according to a standardized protocol. The DNRCC Order is implemented at different points, depending upon the patient's wishes and must be consistent with reasonable medical standards.

The two options within the DNR Comfort Care Protocol are the DNR Comfort Care (DNRCC) Order and the DNR Comfort Care-Arrest (DNRCC-Arrest) Order. With a DNRCC Order, a person receives any care that eases pain and suffering, but no resuscitative measures to save or sustain life from the moment the order is signed by the physician. With a DNRCC-Arrest Order, a person receives standard medical care that may include some components of resuscitation until he or she experiences a cardiac or respiratory arrest.

DNR Comfort Care: The Facts

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) has a broad meaning. It includes any or all of the following:

- Administration of chest compressions;
- Insertion of an artificial airway;
- Administration of resuscitation drugs;
- Defibrillation or cardioversion;
- Provision of respiratory assistance;
- Initiation of a resuscitative intravenous line; or
- Initiation of cardiac monitoring.

RCP puede salvar vidas, pero algunas personas no quieren que sea administrado en ciertos casos.

En algunos casos, la RCP puede salvar vidas. En otros casos, no es muy eficiente. Muchas personas sobreestiman el éxito de la RCP. Una persona que es resucitada puede quedar con lesiones permanentes o dolorosas. Resucitación también puede incluir otros tratamientos, como medicamentos, tubos y descargas eléctricas. Personas con enfermedades terminales u otras condiciones médicas graves pueden preferir enfocarse en los cuidados de confort en el final de la vida en lugar de recibir RCP cuando llegue el momento. Para obtener más información acerca de los pros y los contras de la RCP y si es correcto para usted, pregúntele a su médico.

Es fácil dar a conocer sus deseos acerca de la RCP.

Si desea recibir RCP cuando sea necesario, usted no necesita hacer nada. Los proveedores del Cuidado de la salud están obligados a realizar la resucitación cardiopulmonar en caso de que sea necesario. Si usted no quiere RCP, debe discutir sus deseos con su médico y pedirle a su médico que escriba una orden de DNR. Si su médico está de acuerdo en que no debe recibir RCP, él o ella pueden llenar el formulario requerido para dar a conocer sus deseos en caso de una emergencia.

Aun si usted está saludable ahora, puede ser que no desee recibir RCP si alguna vez usted llegara a tener una enfermedad terminal.

Ohio tiene una forma estándar con la Declaración de Testamento en Vida. Esta forma específicamente le permite dirigir a su médico para que no administre tratamientos de soporte de vida, incluyendo resucitación cardiopulmonar, y para emitir una orden de RCP si dos médicos están de acuerdo que usted tiene una enfermedad terminal o esta permanentemente inconsciente.

CPR is a life-saver, but some people may not want it to be administered in certain cases.

In some cases, CPR saves lives. In other cases, it is not effective. Many people overestimate the success of CPR. A person who is revived can be left with permanent or painful injury. Resuscitation also can include other treatment, such as drugs, tubes and electric shock. People with terminal illnesses or other serious medical conditions may prefer to focus on comfort care at the end of life rather than receiving CPR when the time comes. For more information about the pros and cons of CPR and whether it is right for you, ask your physician.

It is easy to make your wishes about CPR known.

If you want to receive CPR when appropriate, you do not need to do anything. Health care providers are required to perform CPR when necessary. If you do not want CPR, you need to discuss your wishes with your physician and ask your physician to write a DNR Order. If your physician agrees that you should not get CPR, he or she can fill out the required form to make your wishes known in case of an emergency.

Even if you are healthy now, you may want to state that you do not want to receive CPR if you ever become terminally ill.

Ohio has a standard Living Will Declaration form. This form specifically allows you to direct your physician not to administer life-sustaining treatments, including CPR, and to issue a DNR Order if two physicians have agreed that you are either terminally ill or permanently unconscious.

Cuidado de Confort DNR, no significa “No Tratamiento”.

El Protocolo del Cuidado de Confort de DNR es muy específico en cuanto a cuál es el tratamiento que debe darse y cuál es el tratamiento que se debe suspender. Sólo los elementos que figuran en la lista de “No” serán retenidos. Los elementos mencionados en la lista “sí”, junto con cualquier otro tratamiento que sea necesario para la condición del paciente, se proporcionarán cuando sea apropiado.

Las Órdenes de DNR pueden ser revocadas.

Usted siempre tiene el derecho a cambiar de opinión y solicitar RCP. Si usted cambia de opinión, usted debe hablar con su médico de inmediato sobre la revocación de la orden de no resucitar. También debe informar a su familia y las personas que cuidan de usted acerca de su decisión y debe desechar cualquier identificación de DNR que pueda tener.

Si usted tiene una orden o identificación de no resucitar, su familia no puede exigir que se le proporcione RCP.

Usted tiene el derecho de tomar sus propias decisiones sobre su atención médica. Debe asegurarse de que su familia conozca sus deseos acerca de RCP.

Tiene la Ley de Ohio una Orden de no Resucitar (DNR por sus siglas en ingles)?

Sí. Ohio aprobó una ley con respecto a las Órdenes de DNR en 1998.

¿Puedo firmar mi propia orden de no resucitar (DNR)?

No. A diferencia del Testamento en Vida y la Carta Poder para Atención Médica, las órdenes de DNR deben estar escritas y firmadas por un médico, una enfermera de práctica avanzada o la enfermera certificada, después de consultar al paciente.

DNR Comfort Care does NOT mean “Do Not Treat.”

The DNR Comfort Care Protocol is very specific in terms of what treatment is to be given and what treatment is to be withheld. Only those items listed on the “will not” list are to be withheld. The items listed on the “will” list, along with any other treatment that may be needed for the patient’s condition, may be provided as appropriate.

DNR Orders may be revoked.

You always have the right to change your mind and request CPR. If you do change your mind, you should speak with your physician right away about revoking your DNR Order. You also should tell your family and caregivers about your decision and throw away any DNR identification items you might have.

If you have a DNR Order or identification, your family cannot demand that CPR be provided.

You have the right to make your own decisions about your health care. You should make sure your family knows your desires about CPR.

Does Ohio have a law concerning Do Not Resuscitate (DNR) Orders?

Yes. Ohio adopted a law concerning DNR Orders in 1998.

Can I sign my own (DNR) Order?

No. Unlike Living Wills and Health Care Powers of Attorney, DNR Orders must be written and signed by a physician, advanced practice nurse or certified nurse practitioner after consultation with the patient.

¿Dónde debo de mantener mi Testamento en Vida, Carta Poder para Atención Médica y la Orden de DNR?

Las copias de estos formularios deben ser colocados en lugares fácilmente accesibles donde los demás las puedan encontrar. Usted también debe dar copias de su Testamento en Vida, Carta Poder para Atención Médica y/o orden de no resucitar a su médico, familiares y amigos cercanos que puedan cuidarlo.

¿Qué significa DNR?

DNR significa “de no resucitar”. Una persona que no desea que le den resucitación cardiopulmonar (RCP) puede hacer conocer este deseo a través de una orden médica que se llama una orden de DNR. Una orden de DNR se refiere a la diversos métodos utilizados para revivir a las personas cuyos corazones han dejado de palpar o que han dejado de respirar., Ejemplos de estos tratamientos incluyen compresiones en el pecho, choque eléctrico en el corazón, tubos de respiración artificial y medicamentos especiales.

Bajo el Protocolo del Cuidado de Confort DNR, El Departamento de Salud de Ohio ha establecido dos órdenes estandarizadas de DNR .Cuando haya sido llenado por un médico (una enfermera certificada o una enfermera de práctica avanzada, como es apropiado), estas órdenes DNR estandarizadas permiten a los pacientes elegir el grado de tratamiento que desean recibir al final de la vida. Un paciente con una orden de suspender el “ Cuidado de Confort-DNR “ recibirá todo el tratamiento médico adecuado, incluyendo resucitación, hasta que al paciente tenga un paro cardíaco o pulmonar, en que en ese momento solo comodidad se le proporcionara. Al solicitar la Orden más amplia de el “Cuidado de Confort DNR,” un paciente puede rechazar otras medidas para sostenimiento de vida como medicamentos para corregir los ritmos anormales del corazón. Con esta orden, sólo cuidados de comodidad se proporciona a un antes de que el corazón deje de latir o deje de respirar. Su médico le puede explicar las diferencias en las órdenes de DNR.

Where should my Living Will, Health Care Power of Attorney and DNR be kept?

Copies of these forms should be kept in easily accessible places where others can find them. You also should give copies of your Living Will, Health Care Power of Attorney and/or DNR Order to your physician, family members and any close friends who might serve as caretakers.

What does DNR mean?

DNR stands for “do not resuscitate.” A person who does not wish to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) performed may make this wish known through a physician’s order called a DNR Order. A DNR Order addresses the various methods used to revive people whose hearts have stopped functioning or who have stopped breathing. Examples of these treatments include chest compressions, electric heart shock, artificial breathing tubes, and special drugs.

Under its DNR Comfort Care Protocol, the Ohio Department of Health has established two standardized DNR Orders. When completed by a physician (certified nurse practitioner or advance practice nurse, as appropriate), these standardized DNR Orders allow patients to choose the extent of the treatment they wish to receive at the end of life. A patient with a “DNR Comfort Care-Arrest Order” will receive all the appropriate medical treatment, including resuscitation, until the patient has a cardiac or pulmonary arrest, at which point only comfort care will be provided. By requesting the broader “DNR Comfort Care Order,” a patient may reject other life-sustaining measures such as drugs to correct abnormal heart rhythms. With this order, only comfort care is provided at a point even before the heart or breathing stops. Your physician can explain the differences in DNR Orders.

¿Puede Alguien anular mi voluntad acerca de la RCP?

En ciertas situaciones médicas, el médico y el agente puede tomar decisiones sobre su cuidado basado en nueva información médica. Esto podría incluir decisiones relacionadas con el RCP. Usted debe asegurarse de que estas personas saben de sus deseos acerca de la RCP.

¿Qué pasa si cambio de opinión después de que mi médico escribe una orden de DNR?

Usted siempre tiene el derecho a cambiar de opinión y solicitar RCP. Si usted cambia de opinión, hable con su médico de inmediato sobre la revocación de la orden de no resucitar. También debe informar a su familia y a las personas que lo cuidan acerca de su decisión, debe marcar “cancelado” en la Orden actual DNR, y destruir todas las tarjetas de bolsillo DNR u otros elementos de identificación que pueda tener.

Can anyone else override my wishes about CPR?

In certain medical situations, your physician and agent may make decisions regarding your care based upon new medical information. This could include decisions related to CPR. You should make sure these individuals know your desires about CPR.

What if I change my mind after my physician writes a DNR Order?

You always have the right to change your mind and request CPR. If you do change your mind, you should talk with your physician right away about revoking your DNR Order. You should also tell your family and caregivers about your decision, mark “cancelled” on the actual DNR Order, and destroy any DNR wallet cards or other identification items you may have.



La Opción de Hospicio

The Hospice Choice

Cuando las opciones parecen pocas y desagradables...

La vida está llena de opciones. Todos queremos estar en control, capaces de tomar nuestras propias decisiones, para determinar cómo vivimos nuestras vidas. Cuando enfrentamos una enfermedad que amenaza nuestra vida y ya no hay cura posible, experimentamos miedo, frustración y confusión. Podemos sentir como si hubiéramos perdido el control de nuestras vidas. El Hospicio ayuda a restablecer nuestra capacidad de tomar decisiones, a poner la vida en orden ofreciendo opciones positivas cuando nos enfrentamos al final de la vida.

¿Qué seguridad tengo si elijo hospicio?

Usted puede estar seguro de que sus deseos serán respetados y que se le va permitir morir, sin el menor dolor posible, rodeado de los que lo aman, y con el mayor respeto y dignidad. Hospicio (Cuidados paliativos) se concentrará en las medidas de comodidad y calidad de vida necesarias y le permitirá morir de una forma natural en vez de prolongar su vida más allá de su capacidad natural de continuar.

¿Cuándo se convierte hospicio en parte de mi elección?

Las personas que eligen hospicio (cuidados paliativos) tienen una condición médica que ya no puede ser curada. Con más de 30 años de experiencia en el cuidado de enfermos terminales, el Hospicio ofrece grandes avances en el tratamiento del dolor que mejoran la calidad de vida. Como una de las formas más afirmativas de la vida del cuidado médico, el hospicio ofrece comodidad, apoyo y respeto por el paciente, por la familia y amigos. La atención médica tradicional generalmente se enfoca casi exclusivamente en las necesidades físicas de los pacientes. El Hospicio atiende las necesidades físicas, emocionales y espirituales de los pacientes enfrentando la etapa final de la vida, junto con las necesidades de las personas que los cuidan.

When choices seem few and unpleasant...

Life is full of choices. We all want to be in control, capable of making our own decisions, determining how we live our lives. When confronting a life-threatening illness and cure no longer is possible, we experience fear, frustration and confusion. We can feel as if we have lost control of our lives. Hospice helps to restore our ability to make decisions, to put life back on track by offering positive choices as we confront life's end.

What assurances do I have if I choose hospice?

You can be assured that your wishes will be respected and that you will be allowed to die, as pain free as possible, surrounded by those who love you, and with the utmost respect and dignity. Hospice will focus on comfort measures and quality of life needs and allow you to die naturally rather than prolong your life beyond its natural ability to continue.

When does hospice become a part of my choice?

People who choose hospice have medical conditions that no longer can be cured. Hospice, with more than 37 years of experience in caring for the terminally ill, offers tremendous advances in pain management that dramatically improve quality of life. As one of the most life-affirming forms of health care, hospice provides comfort, support and respect for the patient, the family and friends. Traditional medical care generally focuses almost solely on patients' physical needs. Hospice addresses the physical, emotional and spiritual needs of patients facing the end of life, along with the needs of their caregivers.

Al tomar la opción de hospicio, ¿qué puedo esperar?

Los encargados y voluntarios de hospicio se unen, todo el día si es necesario, para proporcionar hospicio (cuidados paliativos) para los pacientes, familiares y amigos. Los médicos, enfermeras, ayudantes médicos en el hogar, trabajadores sociales, consejeros, los capellanes y voluntarios colaboran para garantizar que la integridad física, emocional, mental y las necesidades espirituales que son especialmente importantes al final de la vida, se cumplan. Los encargados del hospicio se dan cuenta de como los familiares y amigos son profundamente afectados por una enfermedad terminal.

¿Cómo impactara hospicio la calidad de mi vida?

Una reafirmación importante es que los servicios de hospicio generalmente se presentan en el entorno relajante y familiar de sus seres queridos, donde pueden participar con más facilidad. Y, si usted vive en un asilo de ancianos o centro de asistencia, también se le proporcionara el cuidado de hospicio en esos lugares.

Si elijo el cuidado de hospicio, ¿Cómo voy a pagar por los servicios?

Medicare, Medicaid y la mayoría de las compañías de seguros privadas reconocen los cuidados de hospicio, que por lo general resulta en un ahorro de costos en el cuidado de la salud. El cuidado, casi siempre es en el hogar, con la familia ayudando a cuidarlo, y hay equipo de alta tecnología menos costoso para escalar sus costos del cuidado de salud. El cuidado de hospicio no tiene que ser una carga económica para nadie. Los Hospicios locales trabajan junto con usted para identificar posibles fuentes de pago. El Hospicio, es la última expresión de cariño, apoyo y amor, y ha servido a millones de personas de todos los niveles económicos, razas, credos, edades y circunstancias médicas. Hospicio está aquí para ayudarle cuando sea necesario.

By making the hospice choice, what can I expect?

Hospice caregivers and volunteers join together, around the clock if necessary, to provide hospice care for patients, family and friends. Physicians, nurses, home health aides, social workers, bereavement counselors, chaplains and volunteers collaborate to assure the physical, emotional, mental and spiritual needs, that are especially important at the end of life, are met. Hospice caregivers realize how deeply family members and friends are affected by a terminal illness.

How does hospice impact the quality of my life?

A significant reassurance is that hospice services generally are provided in the soothing, familiar surroundings of your home where you are most comfortable and where loved ones can be involved more easily. And, if you live in a nursing home or assisted living facility, hospice care is provided in those locations as well.

If I choose hospice care, how will I pay for the services?

Medicare, Medicaid and most private insurance companies recognize hospice care, which generally results in a cost savings in health care. Care is most often provided in the home, with the family helping as caregivers, and there is less expensive high-tech equipment to escalate your health care costs. Hospice care need not be a financial burden to anyone. Local hospices will work closely with you to identify possible sources of payment. Hospice, the ultimate expression of caring, support and love, has served millions of people of all income levels, races, creeds, ages and medical circumstances. Hospice is here to help you when needed.

¿Puede un paciente de hospicio, que muestra señales de recuperación regresar al tratamiento médico regular?

Por supuesto, Si ocurriera una mejoría en la condición y la enfermedad pareciera estar en remisión, el paciente puede ser dado de alta del hospicio y regresar a una terapia agresiva o seguir con su vida diaria. Si un paciente dado de alta más tarde tuviera que regresar al hospicio (cuidados paliativos), las políticas de Medicare y la mayoría de los seguros privados permiten una cobertura adicional para este propósito.

¿Qué implica el proceso de admisión al hospicio?

Una de las primeras cosas que hospicio haría es ponerse en contacto con el médico del paciente para asegurarse de que él o ella están de acuerdo en que el cuidado de hospicio es apropiado para este paciente en este momento. (Los Hospicios pueden tener personal médico disponible para ayudar a los pacientes que no tienen médico.) Una vez que un paciente es identificado como adecuados para el cuidado de hospicio, se le pedirá que firme los formularios de consentimiento y de seguro. Estos son similares a los formularios que los pacientes firman cuando entran en un hospital.

¿No es el cuidado de hospicio sólo para personas que tienen cáncer?

No. Cuidado de hospicio es para los pacientes con muchas enfermedades terminales como el amiotrófica esclerosis lateral (ALS), demencia, enfermedades del corazón, SIDA, enfermedad hepática, enfermedad pulmonar, condiciones de accidente cerebrovascular, coma y otros. Pregunte en su hospicio local para aprender más.

¿Qué ayuda específica proporciona hospicio a pacientes en el hogar?

Los pacientes de hospicio son atendidos por un equipo de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, consejeros, asistentes de salud en el hogar, el clero, terapeutas y voluntarios, quienes proporcionan asistencia basado en sus áreas de experiencia. Además, los hospicios ayudan a proporcionar medicamentos, suministros, equipo, servicios hospitalarios y auxiliares adicionales en el hogar, según el caso.

Can a hospice patient who shows signs of recovery be returned to regular medical treatment?

Certainly. If improvement in the condition occurs and the disease seems to be in remission, the patient can be discharged from hospice and return to aggressive therapy or go on about his or her daily life. If a discharged patient should later need to return to hospice care, Medicare and most private insurance policies allow additional coverage for this purpose.

What does the hospice admission process involve?

One of the first things hospice will do is to contact the patient's physician to make sure he or she agrees that hospice care is appropriate for this patient at this time. (Hospices may have medical staff available to help patients who have no physician.) Once a patient is identified as appropriate for hospice care, he or she will be asked to sign consent and insurance forms. These are similar to the forms patients sign when they enter a hospital.

Isn't hospice care just for people who have cancer?

No. Hospice care is available for patients with many terminal illnesses such as amyotrophic lateral sclerosis (ALS), dementia, heart disease, HIV/AIDS, liver disease, pulmonary disease, stroke, coma and other conditions. Inquire at your local hospice to learn more.

What specific assistance does hospice provide to home-based patients?

Hospice patients are cared for by a team of physicians, nurses, social workers, counselors, home health aides, clergy, therapists, and volunteers, all of whom provide assistance based on their areas of expertise. In addition, hospices help provide medications, supplies, equipment, hospital services and additional helpers in the home, as appropriate.

¿Cómo hago la elección de hospicio?

Hable con su médico, el clero, el planificador que da de alta en el hospital, el trabajador social, enfermera, organización local /estatal de hospicio. Cuando usted y su familia se dan cuenta de que el cuidado, en lugar de curar, es más importante para usted, ahí es cuando debe pedir los servicios de hospicio (cuidados paliativos).

Si tomo la decisión de hospicio y necesito más información sobre los hospicios de Ohio, ¿quien me puede ayudar?

Midwest Care Alliance, cuya misión es promover el desarrollo y la entrega de la más alta calidad en el cuidado al final de la vida, mediante la promoción de la filosofía y los estándares de hospice (cuidados paliativos), puede proporcionar esta información.

How do I make the hospice choice?

Speak to your physician, clergy, hospital discharge planner, social worker, nurse or local/state hospice organization. When you and your family realize that care, instead of cure, is most important to you, that is when to ask for hospice.

If I make the hospice choice and need more information about Ohio's hospices, who can help me?

The Midwest Care Alliance, whose mission is to promote the development and delivery of highest quality, end of life care through advocacy of hospice philosophy and standards, can provide this information.

Regalos Anatomicos

Regístrese para ser un donador de Órganos, Tejido y Ojo

Ley de Ohio requiere que los testamentos de vida creados después del 15 de diciembre del 2004, incluyan las preferencias de una persona acerca de los regalos anatómicos (donación de órganos y tejidos). El testamento en Vida ***incluido en este folleto tiene la sección requerida*** y también proporciona instrucciones para registrar sus deseos en el registro de donantes de Ohio a través de la Oficina de vehículos Motorizados. Los Testamentos en vida llenados antes del 16 de diciembre del 2004, que no incluye la sección de regalos anatómicos (donación de órganos y tejidos) siguen siendo válidos y serán honrados en Ohio. Si usted previamente ha llenado un formulario de inscripción de registro de donantes aprobados o afirmó al renovar su licencia de manejo o su tarjeta de identificación del estado entonces usted ha dado consentimiento para que los órganos, tejidos y ojos, sean removidos después de su muerte. La forma revisada del Testamento en Vida permite especificar en cuanto a los tipos de órgano/tejido que desea donar y con qué fines.

¿Como Me Registro Para Ser Un Donador?

Existen tres maneras de registrarse:

1. Al obtener o renovar su licencia de conducir de Ohio o la Tarjeta de Identificación del Estado se le preguntará “¿le gustaría ser un donante de órganos?” Al contestar “sí”, su nombre será añadido al Registro de Donantes de Ohio. Esto autoriza el uso de cualquiera de sus órganos utilizables, tejido u ojos para cualquier propósito autorizado por la ley; usted no esta de acuerdo en donar su cuerpo entero. Si su nombre esta en el registro de donación, se moverá adelante en el momento de su muerte.
2. Si desea inscribirse en el registro en otro momento que no sea al renovar su licencia o Tarjeta de Identificación del Estado, o si desea mejorar o cambiar su permiso de donación es necesario:
 - A. Vaya en línea www.ohiobmv.com y haga clic en el icono de Donación de Vida para acceder y completar el formulario de registro.

Anatomical Gifts

Registering to become an Organ, Tissue and Eye Donor

Ohio law requires that Living Wills created after December 15, 2004, must include a person’s preferences about Anatomical Gifts (organ and tissue donation). The Living Will form ***included in this booklet has the required section and also*** provides instructions for registering your wishes with the Bureau of Motor Vehicles. Living Wills completed before December 16, 2004, that do not include the Anatomical Gifts (organ and tissue donation) section are still valid and will be honored in Ohio. If you have previously completed an approved Donor Registry Enrollment Form or made the affirmation when renewing your driver license or state identification card, then you have given consent for your organs, tissue, and/or eyes, if usable, to be removed upon your death. The revised Living Will form allows you to be specific regarding the type(s) of organ/tissue you wish to donate and for what purposes.

How Do I Register to Become a Donor?

There are two ways to register:

1. When you obtain or renew your Ohio Driver License or State I.D. Card, you will be asked, “Do you want to make an anatomical gift?” By answering “yes,” your name will be added to Ohio’s Donor Registry. This authorizes the use of any of your usable organs, tissues or eyes for any purposes authorized by law; you are not agreeing to donate your entire body. If your name is in the registry, donation will move forward at the time of your death.
2. If you wish to join the registry at a time other than when you renew your license or State I.D. Card, or if you wish to refine or change your donation consent, you must either:
 - A. Go to www.ohiobmv.com and click the Donate Life icon to access and complete the online registry form.

O

- A. Completar el Formulario de Inscripción de Registro de Donantes que se adjunta al formulario del Testamento en Vida de Ohio y envíelo al Ohio Department of Motor Vehicles, Attn: Record Clearance Unit, P.O. Box 16583, Columbus, Ohio 43216-6583

Por los dos medios tanto en papel como en línea se puede especificar los órganos o tejidos que desea donar y los propósitos específicos para los que se pueden utilizar. Usted puede utilizar el formulario de inscripción para ser donante, incluso si usted no tiene ni licencia de conducir ni tarjeta de identificación emitida por el estado, proporcionando su número de Seguro Social en el formulario de inscripción.

Además de registrar su autorización para ser donante, debe discutir sus deseos con su familia.

Como Puedo Eliminar Mi Nombre del Registro?

Si desea eliminar su nombre del Registro de Donantes, se puede:

- A. Vaya a la dirección electrónica en el Internet www.ohiobmv.ohio y acceder su registro. Después, seleccione Opción 3: “Por favor eliminar mi nombre del registro” y envíelo.

O

- B. Completar la sección del Registro de Donantes que diga “Por favor eliminar mi nombre del Registro de Donante”. Enviar el formulario al Bureau of Motor Vehicles, Attn: Record Clearance Unit, P.O. Box 16583, Columbus, Ohio 43216-6583

También, debe actualizar los formularios de Testamento en Vida y Carta Poder Para Atención Médica.

¿ Que se puede donar?

Los órganos que pueden ser donados incluyen el corazón, los pulmones, el hígado, los riñones, el páncreas, los intestinos y el transito intestinal. Los tejidos incluyen huesos específicos, ligamentos, tendones, válvulas cardiacas, fascia, piel, nervios, venas y corneas.

Si desea donar su cuerpo entero, debe comunicarse con la escuela de medicina de su elección para declarar su intención.

OR

- B. Complete the Donor Registry Enrollment Form that is attached to the Ohio Living Will form and return it to Ohio Bureau of Motor Vehicles, Attn: Record Clearance Unit, P.O. Box 16583, Columbus, OH 43216-6583.

Through both the online and the paper form, you can specify the organs or tissues you wish to donate, and the specific purposes for which they can be used. You can use the enrollment form to become a donor, even if you have neither a driver’s license nor a state-issued identification card, by providing your Social Security number on the enrollment form.

In addition to registering your intent to become a donor, you should discuss your wishes with your family.

How Do I Remove My Name from the Registry?

If you want to remove your name from the Donor Registry, you can:

- A. Go on-line to www.ohiobmv.com and access your registration. Then select Option 3: “Please take me out of the registry” and submit.

OR

- B. Complete the section of the Donor Registry Enrollment Form that states, “Please remove me from the Donor Registry.” Send the form to the Bureau of Motor Vehicles, Attn: Record Clearance Unit, P.O. Box 16583, Columbus, OH 43216-6583

Also, update your Living Will and Health Care Power of Attorney forms.

What Can be Donated?

Organs that can be transplanted include heart, lungs, liver, kidney, pancreas, intestines and small bowel. Tissues include specific bones, ligaments, tendons, heart valves, fascia, skin, nerves, veins and corneas.

If you wish to donate your entire body, you must contact the medical school of your choice to declare your intent.

¿ Como se Utilizan los Órganos Donantes o Tejidos?

Bajo la ley de Ohio, un regalo anatómico puede ser utilizado para trasplante, terapia, investigación y educación. El Formulario de Inscripción del Registro de Donantes de Ohio enumera cada uno de los posibles usos. Usted debe seleccionar todos o la casilla correspondiente junto con su opción (es) específicas para los órganos y tejidos y el propósito autorizado por la ley. Después de completar el Formulario de Registro de Donantes de Ohio, haga una copia para su archivo y envíe el original a la Oficina de vehículos Motorizados (Bureau of Motor Vehicles) en la dirección indicada en el formulario.

Datos importantes sobre donación:

- Información sobre la donación de regalos anatómica es proveída por medio del registro de donantes de Ohio puede ser obtenida y usada solamente por agencias autorizadas de recuperación de órganos, tejidos y ojo en Ohio.
- Su estado es considerado un donante de regalos anatómicos es sólo salvarle la vida y que usted ha sido declarado legalmente muerto. Después de realizar todos los esfuerzos posibles para.
- La recuperación de órganos y tejidos es un procedimiento quirúrgico que asegura que cuerpo del donante será tratado con dignidad y respeto. Un funeral con el ataúd abierto sería todavía posible.
- Todos los costos asociados con la donación de órganos y tejidos son pagados por la Organización de adquisición de órganos. Su familia no incurrirá en ningún gasto asociado con la donación.
- Puede cambiar de opinión o perfeccionar su intención en cualquier momento, pero sólo modificando su registro en-línea o completar un nuevo formulario de inscripción del registro de donantes y enviarlo a la Oficina de vehículos de Motorizados.
- Una persona menor de 18 años puede registrarse como donante, pero el padre puede modificar o revocar la decisión en el momento de la muerte.
- Donación de órganos es un proceso anónimo que asegura que su donación se destinará a la persona que más lo necesita.

How Are Donated Organs or Tissues Used?

Under Ohio law, an anatomical gift may be used for transplantation, therapy, research and education. The Ohio Donor Registry Enrollment Form lists each of these possible uses. You should check either all **or** the appropriate box(es) next to your specific choice(s) for both the organs and tissues and the purposes authorized by law. After completing the Ohio Donor Registry Enrollment Form, make a copy for your records and send the original to the Bureau of Motor Vehicles at the address provided on the form.

Important Donation Facts:

- Anatomical Gifts donation information provided through the Ohio Donor Registry can be accessed and used only by authorized organ, tissue and eye recovery agencies in Ohio.
- Your status as an Anatomical Gifts donor is considered only **after** every effort has been made to save your life and you have been declared legally dead.
- The recovery of organs and tissues is a surgical procedure that ensures the donor's body is treated with dignity and respect. An open casket is still possible.
- All costs associated with organ and tissue donation are paid by the organ procurement organization. Your family will not incur any costs associated with the donation.
- You can change your mind or refine your intent at any time, but only by modifying your registration on-line or completing a new Donor Registry Enrollment Form and mailing it to the Bureau of Motor Vehicles.
- A person under 18 years of age can register as a donor, but the parent can amend or revoke the decision at the time of death.
- Organ donation is an anonymous process that ensures your gift will go to the person who needs it most.

Notas/Notes

Para más información acerca de la donación de órganos, ojos y tejidos, por favor póngase en contacto con www.donatelifehio.org o con su organización local para la obtención de órganos:

For more information about organ, eye and tissue donation, please contact www.donatelifehio.org or your local organ procurement organization:

Lifeline of Ohio

770 Kinnear Road, Suite 200
Columbus, OH 43212
(614) 291-5667
(800) 525-5667
www.lifelineofohio.org

LifeBanc

4775 Richmond Road
Cleveland, OH 44128-5919
(216) 752-5433
(800) 558-5433
www.lifebanc.org

Life Center Organ Donor Network

615 Elsinore Place, Suite 400
Cincinnati, OH 45202
(513) 558-5555
(800) 981-5433
www.lifepassiton.org

Life Connection of Dayton

40 Wyoming Street
Dayton, OH 45409
(937) 223-8223
(800) 535-9206
www.lifeconnectionofohio.org

Life Connection of Toledo

3661 Briarfield Boulevard, Suite 105
Maumee, OH 43537-9102
(419) 893-1618
(800) 262-3443
www.lifeconnectionofohio.org

Es importante hacerle saber a sus seres queridos que usted tiene Directivas Anticipadas. Esta tarjeta se le entrega para su uso. Por favor, complete la tarjeta y colóquela en su billetera/cartera o bolsa para que sus deseos sean conocidos por los médicos profesionales.

It is important to let your loved ones know that you have Advance Directives. This card is provided for your use. Please complete the card and place it in your wallet or purse so your wishes will be known to medical professionals.

Información de Salud de Emergencia
Tarjeta de bolsillo de Directivas Anticipadas.

Emergency Health Care Information
Advance Directives Wallet Card

Tengo un Testamento en Vida
 Tengo Carta Poder (Poder Notarial) para la Atención Médica
 Soy un donante de los regalos anatómicos y estoy registrado en la Oficina de Vehículos Motorizados.

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____

Formas localizadas en: _____
Agente(s) Representante de mi Carta Poder para la atención médica
Primario Nombre: _____
Teléfono: _____
Secundario Nombre: _____
Teléfono: _____

**Emergency
Health Care
Information**
Advance Directives
Wallet Card

**Información de Salud
de Emergencia**
Tarjeta de bolsillo
de Directivas
Anticipadas

