

**DIRECTRICES ANTICIPADAS DE ASISTENCIA  
MÉDICA DE**

---

## **SOBRE ESTE FORMULARIO**

Este formulario es un documento legal que le permite a usted nombrar a otro individuo o individuos como su “agente(s)” para tomar decisiones de asistencia médica por usted, si usted es incapaz de tomar sus propias decisiones (**Parte 1**). Este también le permite comunicar sus deseos – con antelación - respecto a su cuidado en la parte final de su vida. (**Parte 2**). Si lo desea, usted también puede tomar decisiones con respecto a ser un donante de órganos (**Parte 3**). Usted puede completar todas estas partes, pero cada parte es independiente así que usted no tiene que completar cada una de estas partes, a no ser que usted lo elija.

**IMPORTANTE:** A su agente no se le pedirá tomar ninguna decisión mientras usted sea capaz y pueda comunicarse por sí mismo. Usted siempre tiene el derecho de dar instrucciones sobre su propia asistencia médica, si está en la capacidad de hacerlo. Sin embargo, si usted no deja por escrito sus deseos sobre su asistencia médica con antelación y, si más adelante, usted no está en capacidad para entender, hacer o comunicar esos deseos, puede que estos no sean respetados debido a que puede que permanezcan desconocidos por otros.

## **USO DE ESTE FORMULARIO**

La **Parte 1** de este formulario es un poder notarial para la asistencia médica. Usted puede nombrar una o más personas como su agente(s) para tomar decisiones de asistencia médica y usted puede decidir si ellos pueden actuar juntos o uno después del otro.

La **Parte 2** de este formulario le proporciona a usted la capacidad para dar instrucciones específicas en cuanto a si desea o no recibir medidas médicas para sostener la vida, si usted alguna vez llega a ser declarado como “enfermo terminal” o “inconsciente permanentemente” o “gravemente enfermo o delicado”. También hay un espacio adicional en la Parte 2 para que usted escriba cualquier instrucción adicional con respecto a su asistencia médica.

La **Parte 3** de este formulario le permite expresar la intención de donar su cuerpo, órganos y/o tejidos después de su muerte, si usted así lo elige.

## **COMO FIRMAR CORRECTAMENTE ESTE FORMULARIO PARA QUE SEA VÁLIDO**

Después de que usted haya terminado de llenar este formulario, fírmelo y féchelo en presencia de dos (2) testigos calificados, como se describe en la parte “Sobre los Testigos”. No necesita ser notariado para ser efectivo. Usted encontrará la página para firmar después de la Parte 3. Sus testigos también tendrán que firmar este formulario en la última página, después de su firma.

### **SOBRE LOS TESTIGOS:**

- No pueden estar relacionados con usted de ninguna manera (sangre, matrimonio, ni adopción).
- No pueden ser beneficiarios de su patrimonio.
- No pueden tener una demanda (vigente o posible) contra su patrimonio.
- No pueden tener una responsabilidad financiera directa por su asistencia médica.
- Si al momento de firmar usted es residente en un centro de cuidado a largo plazo, los testigos no pueden ser dueños, operadores, o empleados del centro, y uno de los testigos debe ser un defensor del paciente o “Ombudsman” designado por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware o el Guardián Público de Delaware.
- Deben tener más de 18 años de edad.

***SI TIENE PREGUNTAS SOBRE ESTE FORMULARIO,  
DEBERÍA BUSCAR ASESORÍA LEGAL ANTES DE COMPLETARLO Y FIRMARLO.***

## **DIRECTRIZ ANTICIPADA DE ASISTENCIA MÉDICA**

Yo, \_\_\_\_\_ (Su *Nombre Completo*), del Condado \_\_\_\_\_ (*Nombre del Condado en el que Vive*), Delaware, declaro que esta es mi Directriz Anticipada de Asistencia Médica y revoco todas las Directrices Anticipadas para la Asistencia Médica, Poderes Notariales de Asistencia Médica, Testamentos Vitales y documentos similares hechos por mí.

### **PARTE 1: PODER NOTARIAL PARA LA ASISTENCIA MÉDICA**

**(OPCIONAL— Si usted NO desea escoger a alguien para que tome decisiones de asistencia médica por usted cuando usted no sea capaz, tache toda la Parte 1 y pase a la Parte 2.)**

**Sobre su Agente:** Si usted es residente en un centro de cuidado a largo plazo, el agente o agentes designados abajo no pueden tener una participación mayoritaria ni ser operadores o empleados del centro de cuidado a largo plazo donde usted reside, a menos que el agente o agentes estén relacionados con usted por sangre, matrimonio o adopción

(1) **DESIGNACIÓN DE AGENTE:** Yo designo al siguiente individuo como mi Agente para tomar decisiones de asistencia médica por mí:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(*Calle*)                                      (*Ciudad*)                                      (*Estado*)                                      (*Código Postal*)

Teléfono: \_\_\_\_\_

OPCIONAL: Yo por la presente designo un Agente(s) adicional o sucesor:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(*Calle*)                                      (*Ciudad*)                                      (*Estado*)                                      (*Código Postal*)

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(*Calle*)                                      (*Ciudad*)                                      (*Estado*)                                      (*Código Postal*)

Teléfono: \_\_\_\_\_

Si se ha designado a más de un Agente arriba, yo tengo la intención de que estos Agentes **(marque con sus iniciales solo UNO)**:

- Procedan en sucesión (si uno no está disponible, el siguiente servirá)
- Procedan de manera independiente (cualquiera de los Agentes disponibles puede servir sólo y de manera independiente)
- Procedan conjuntamente (todos los Agentes deben actuar juntos, no de manera independiente)

(2) **AUTORIDAD DEL AGENTE(S):** Mi Agente(s) está autorizado para **(marque con sus iniciales TODO lo que aplique)**:

- Facilitar mi ingreso o egreso de un centro médico, cuidados de enfermería, de residencia, de salud mental o similar.
- Participar en acuerdos para mi cuidado en el hogar o en un centro
- Contratar y despedir personal médico, incluyendo médicos, psiquiatras, dentistas, enfermeras y terapeutas
- Aprobar procedimientos médicos y quirúrgicos, incluyendo la administración de medicamentos
- Dar su consentimiento y encargarse de la administración de medicamentos analgésicos
- Dar su consentimiento a un tratamiento psiquiátrico
- Firmar la divulgación de información médica para el personal médico que me proporciona tratamiento en conformidad con las instrucciones proporcionadas por mi Agente
- Firmar, autorizar o revocar un documento de las Órdenes Médicas de Delaware para el Alcance del Tratamiento (Delaware Medical Orders for Scope of Treatment, "DMOST") o un documento similar bajo las leyes de otros Estados a no ser que esté prohibido por los términos del DMOST u otro documento.

(3) **CUÁNDO SE HACE EFECTIVA LA AUTORIDAD DEL AGENTE:** La autoridad de mi agente se hace efectiva cuando mi médico de atención primaria o mi médico tratante actual determine que yo no tengo la capacidad para tomar mis propias decisiones de asistencia médica. Cuando quiero que mi agente tome decisiones sobre proporcionar, retener o retirar un procedimiento para sostener la vida, la autoridad de mi agente se hará efectiva únicamente después de determinarse que yo no tengo la capacidad y estoy en una condición de elegibilidad. Yo estoy en una condición de elegibilidad si estoy inconsciente permanentemente o enfermo terminal o sufro de una debilidad o enfermedad grave que puede causarme la muerte dentro del próximo año. Cuando la condición en cuestión es "inconsciente permanentemente", la

**NOTA: Para que su directriz anticipada de asistencia médica sea efectiva, usted debe firmar la página titulada Disposiciones Administrativas y sus testigos deben firmar la Declaración de Testigos.**

determinación de la condición de elegibilidad debe hacerla mi médico tratante y por lo menos otro médico que deberá ser un neurólogo y/o neurocirujano certificado por la junta.

(4) **OBLIGACIÓN DEL AGENTE:** Mi Agente tomará decisiones de asistencia médica por mí, en conformidad con este poder notarial para asistencia médica, cualquiera de las instrucciones que doy en la Parte 2 de este formulario, y mis otros deseos, en la medida que sean conocidos por mi Agente. En la medida que mis deseos sean desconocidos, mi Agente tomará decisiones de asistencia médica por mí, en conformidad con lo que mi Agente determine que me beneficia más. Para determinar lo que más me beneficia, mi Agente considerará mis valores personales en la medida que sean conocidos por mi Agente.

(5) **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA:** Efectiva:

(marque con sus iniciales solo UNO)

\_\_\_\_\_ se hará efectiva inmediatamente no obstante las disposiciones del párrafo (3) de arriba,

\_\_\_\_\_ se hará efectiva cuando la autoridad de mi agente se haga efectiva bajo las disposiciones del párrafo 3 de arriba,

y continuamente hasta mi muerte o revocación por un escrito firmado por mi o por alguien autorizado para tomar decisiones de asistencia médica por mí, yo autorizo y solicito que cualquier médico, profesional de la salud, proveedor de asistencia médica, y centro de asistencia médica (colectivamente, “proveedores de asistencia médica”) le proporcione a mi Agente información oral o escrita, relacionada con mi estado físico y mental y los diagnósticos, pronósticos, cuidado y tratamiento de los mismos, según lo solicite mi Agente. Bajo este instrumento yo he designado, incluyendo, pero sin limitarse a, la información de salud según está definida y descrita en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (“Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996”, Ley Pública 104-191, 110 Estatuto 2024, generalmente conocida como “HIPAA”), los reglamentos promulgadas al respecto y cualquier otra ley y norma estatal o local. La información revelada por un proveedor de asistencia médica puede volver a ser divulgada y ya no estará sujeta a los reglamentos de privacidad estipuladas en la Sección 164 del Título 45 del Código de Reglamentos Federales. Mi intención con esta autorización es que mi Agente sea considerado un representante personal bajo las reglamentos de privacidad relacionadas con la información protegida de salud y para que mi Agente tenga derecho a toda la información de salud, de la misma manera que si yo estuviera haciendo la solicitud personalmente. Esta autorización y solicitud también será considerada un consentimiento para la divulgación de dicha información bajo las leyes, normas, y reglamentos actuales, así como bajo las leyes, normas, y reglamentos futuros y las enmiendas a dichas leyes, normas y reglamentos que incluyen pero no se limitan a la concesión expresa de la autoridad a los representantes personales según se estipula en la Sección de Regulación 164.502(g) del Título 45 del Código de Reglamentos Federales y las leyes y reglamentos de privacidad de la información médica.

## **PARTE 2: DECISIONES EN LA PARTE FINAL DE LA VIDA**

**NOTA:** Para que su directriz anticipada de asistencia médica sea efectiva, usted debe firmar la página titulada Disposiciones Administrativas y sus testigos deben firmar la Declaración de Testigos.

**(OPCIONAL—Si NO desea dar a conocer sus deseos, en este momento, con respecto al tratamiento para la parte final de su vida, tache toda la Parte 2 y pase a la Parte 3)**

**Si usted no completa ninguna sección de la Parte 2, el agente escogido en la Parte 1, si escogió alguno, tendrá el poder de tomar todas las decisiones médicas para su beneficio.**

Este formulario le ofrece la capacidad para especificar como desea ser tratado si se le diagnostica una o más de las tres “Condiciones de Elegibilidad”.

La "Condición de Elegibilidad" implica la existencia de una o más de las siguientes condiciones en el paciente, certificadas por escrito en el expediente médico del paciente por el médico tratante y al menos por otro médico quien, cuando la condición en cuestión es “inconsciente permanentemente”, deberá ser un neurólogo y/o neurocirujano certificado por la junta:

(1) "Inconsciente permanentemente" o "inconciencia permanente" implica una condición médica que ha existido al menos por 4 semanas y que según los estándares médicos aceptados actualmente y con certeza médica razonable, ha sido diagnosticada como pérdida total e irreversible de la conciencia y capacidad para interactuar con el ambiente. El término incluye, sin limitación, un estado vegetativo persistente o de coma irreversible.

(2) "Condición terminal" implica cualquier enfermedad, dolencia o condición sostenida por cualquier ser humano, para la que no hay una expectativa médica razonable de recuperación y que, con probabilidad médica, resultará en la muerte de dicho ser humano, independientemente del uso o suspensión del tratamiento médico implementado con el propósito de sostener la vida o los procesos vitales.

(3) "Debilidad o enfermedad grave" implica una condición en la cual un profesional del cuidado de la salud no estaría sorprendido si el paciente muriera dentro del próximo año.

**Sobre sus opciones:** Es importante leer completamente cada opción antes de **elegir**. Por favor tenga en cuenta que usted puede elegir solo una opción bajo cada condición de elegibilidad, pero puede elegir una opción diferente bajo una condición de elegibilidad diferente. Usted también tendrá la oportunidad de añadir cualquiera otra instrucción médica.

### **Condición de elegibilidad: Enfermo Terminal.**

Después de que haya leído todas las opciones, escriba sus iniciales en la línea junto a la opción que ha seleccionado, que representa su elección de las instrucciones para el tratamiento. Solo puede seleccionar una opción.

\_\_\_\_\_ **Opción 1: Mi Agente tomará las decisiones en mi nombre:** En caso de que yo llegue a ser un **enfermo terminal** y sea incapaz de entender, hacer o comunicar mis deseos, doy instrucciones de que mi Agente tome todas las decisiones médicas en mi nombre.

**NOTA:** Para que su directriz anticipada de asistencia médica sea efectiva, usted debe firmar la página titulada Disposiciones Administrativas y sus testigos deben firmar la Declaración de Testigos.

\_\_\_\_\_ **Opción 2: Prolongar la Vida:** En caso de que yo llegue a ser un **enfermo terminal** y sea incapaz de entender, hacer o comunicar mis deseos, dejo establecido que mi vida sea prolongada tanto como sea posible, utilizando todos los tratamientos posibles que estén dentro de los límites de los estándares de asistencia médica generalmente aceptados, con las siguientes excepciones (ponga sus iniciales en los tratamientos– si los hay – que usted no quiere, incluso si estos pudieran prolongar su vida):

YO **NO** QUIERO los siguientes tratamientos marcados con mis iniciales:

- \_\_\_\_\_ reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés)
- \_\_\_\_\_ respirador (máquina para respirar)
- \_\_\_\_\_ diálisis (máquina renal)
- \_\_\_\_\_ cirugía
- \_\_\_\_\_ transfusiones de sangre
- \_\_\_\_\_ tratamiento de quimioterapia o radioterapia
- \_\_\_\_\_ nutrición o hidratación artificial mediante una sonda (alimentación por sonda)
- \_\_\_\_\_ antibióticos

\_\_\_\_\_ **Opción 3: No Prolongar la Vida:** En caso de que yo llegue a ser un **enfermo terminal** y sea incapaz de entender, hacer o comunicar mis deseos, dejo establecido que no se tomen medidas para sostener la vida, con las siguientes excepciones (ponga sus iniciales en los tratamientos – si los hay – que usted quiere, incluso si estos pudieran sostener su vida):

YO **QUIERO** los siguientes tratamientos marcados con mis iniciales:

- \_\_\_\_\_ reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés)
- \_\_\_\_\_ respirador (máquina para respirar)
- \_\_\_\_\_ diálisis (máquina renal)
- \_\_\_\_\_ cirugía
- \_\_\_\_\_ transfusiones de sangre
- \_\_\_\_\_ tratamiento de quimioterapia o radioterapia
- \_\_\_\_\_ nutrición o hidratación artificial mediante una sonda (alimentación por sonda)
- \_\_\_\_\_ antibióticos

### **Condición de elegibilidad: Inconsciente permanentemente**

Después de que haya leído todas las opciones, escriba sus iniciales en la línea junto a la opción que ha seleccionado y que representa su elección de instrucciones para el tratamiento. Solo puede seleccionar UNA opción.

\_\_\_\_\_ **Opción 1: Mi Agente tomará las decisiones en mi nombre:** En caso de que yo llegue a estar **inconsciente permanentemente** y sea incapaz de entender, hacer o comunicar mis deseos, doy instrucciones de que mi Agente tome todas las decisiones médicas en mi nombre.

**NOTA:** Para que su directriz anticipada de asistencia médica sea efectiva, usted debe firmar la página titulada Disposiciones Administrativas y sus testigos deben firmar la Declaración de Testigos.

\_\_\_\_\_ **Opción 2: Prolongación de la Vida:** En caso de que yo llegue a estar **inconsciente permanentemente** y sea incapaz de entender, hacer o comunicar mis deseos, doy instrucciones de que mi vida sea prolongada tanto como sea posible utilizando todos los tratamientos posibles que estén dentro de los límites de los estándares de asistencia médica generalmente aceptados, con las siguientes excepciones (ponga sus iniciales en los tratamientos -- si los hay -- que usted no quiere, incluso si estos pudieran prolongar su vida):

YO **NO** QUIERO los siguientes tratamientos marcados con mis iniciales:

- \_\_\_\_\_ reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés)
- \_\_\_\_\_ respirador (máquina para respirar)
- \_\_\_\_\_ diálisis (máquina renal)
- \_\_\_\_\_ cirugía
- \_\_\_\_\_ transfusiones de sangre
- \_\_\_\_\_ tratamiento de quimioterapia o radioterapia
- \_\_\_\_\_ nutrición o hidratación artificial mediante una sonda (alimentación por sonda)
- \_\_\_\_\_ antibióticos

\_\_\_\_\_ **Opción 3: No Prolongar la Vida:** En caso de que yo llegue a estar **inconsciente permanentemente** y sea incapaz de entender, hacer o comunicar mis deseos, doy instrucciones de que no se tomen medidas para sostener la vida, con las siguientes excepciones (ponga sus iniciales en los tratamientos -- si los hay -- que usted quiere, incluso si estos pudieran sostener su vida):

YO **QUIERO** los siguientes tratamientos marcados con mis iniciales:

- \_\_\_\_\_ reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés)
- \_\_\_\_\_ respirador (máquina para respirar)
- \_\_\_\_\_ diálisis (máquina renal)
- \_\_\_\_\_ cirugía
- \_\_\_\_\_ transfusiones de sangre
- \_\_\_\_\_ tratamiento de quimioterapia o radioterapia
- \_\_\_\_\_ nutrición o hidratación artificial mediante una sonda (alimentación por sonda)
- \_\_\_\_\_ antibióticos

**NOTA:** Para que su directriz anticipada de asistencia médica sea efectiva, usted debe firmar la página titulada Disposiciones Administrativas y sus testigos deben firmar la Declaración de Testigos.

### Condición de Elegibilidad 3: Debilidad o Enfermedad Grave.

**Nota.** Sea que usted elija completar esta sección de la Parte 2 o no, cuando usted desarrolle una “debilidad o enfermedad grave” como se determinó al principio de esta Parte 2, usted o si usted está incapacitado, su agente bajo la Parte 1, puede reunirse con su proveedor de asistencia de salud calificado y ejecutar una Orden Médica de Delaware para el Tratamiento de Sostenimiento de la Vida, en la que se establecerá una orden médica especificando sus deseos para el tratamiento de sostenimiento de la vida.

Después de que haya leído todas las opciones, escriba sus iniciales en la línea junto a la opción que ha seleccionado y que representa su elección de instrucciones para el tratamiento. Solo puede seleccionar UNA opción.

\_\_\_\_\_ **Opción 1: Mi Agente tomará las decisiones en mi nombre:** En caso de que yo tenga una “debilidad o enfermedad grave” y sea incapaz de entender, hacer o comunicar mis deseos, doy instrucciones de que mi Agente tome todas las decisiones médicas en mi nombre.

\_\_\_\_\_ **Opción 2: Prolongación de la Vida:** En caso de que yo tenga una “debilidad o enfermedad grave” y sea incapaz de entender, hacer o comunicar mis deseos, doy instrucciones de que mi vida sea prolongada tanto como sea posible utilizando todos los tratamientos posibles que estén dentro de los límites de los estándares de asistencia médica generalmente aceptados, con las siguientes excepciones (ponga sus iniciales en los tratamientos -- si los hay -- que usted **no quiere**, incluso si estos pudieran prolongar su vida):

YO **NO QUIERO** los siguientes tratamientos marcados con mis iniciales:

- \_\_\_\_\_ reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés)
- \_\_\_\_\_ respirador (máquina para respirar)
- \_\_\_\_\_ diálisis (máquina renal)
- \_\_\_\_\_ cirugía
- \_\_\_\_\_ transfusiones de sangre
- \_\_\_\_\_ tratamiento de quimioterapia o radioterapia
- \_\_\_\_\_ nutrición o hidratación artificial mediante una sonda (alimentación por sonda)
- \_\_\_\_\_ antibióticos

\_\_\_\_\_ **Opción 3: No Prolongar la Vida:** En caso de que yo tenga una “debilidad o enfermedad grave” y sea incapaz de entender, hacer o comunicar mis deseos, doy instrucciones de que no se tomen medidas para sostener la vida, con las siguientes excepciones (ponga sus iniciales en los tratamientos -- si los hay -- que usted **quiere**, incluso si estos pudieran sostener su vida):

YO **QUIERO** los siguientes tratamientos marcados con mis iniciales:

- \_\_\_\_\_ reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés)
- \_\_\_\_\_ respirador (máquina para respirar)

**NOTA:** Para que su directriz anticipada de asistencia médica sea efectiva, usted debe firmar la página titulada Disposiciones Administrativas y sus testigos deben firmar la Declaración de Testigos.



### **PARTE 3: DECLARACIÓN DE DONACIÓN ANATÓMICA**

**(OPCIONAL— Si usted NO desea hacer donaciones anatómicas en este momento, tache toda la Parte 3 y pase a la siguiente sección DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS.)**

Si desea hacer donaciones anatómicas de su cuerpo, órganos y/o tejidos tras su muerte, puede indicar sus deseos específicos aquí. Yo mediante la presente hago la siguiente donación(es) anatómica para que se haga efectiva tras mi muerte.

Yo doy (**marque con sus iniciales solo UNO**)

- mi cuerpo
- cualquier órgano, tejido o parte necesaria
- los siguientes órganos, tejidos o partes (escríbalos en la línea de abajo):

---

para (**marque con sus iniciales solo UNO**)

- el médico tratante al momento de mi muerte
- el hospital en el que muera
- el siguiente médico, hospital, banco de almacenamiento u otra institución médica:

---

Para el siguiente propósito(s) (**marque con sus iniciales TODOS los que apliquen**)

- cualquier propósito autorizado por la ley
- trasplante
- terapia
- investigación
- educación médica

**NOTA: Para que su directriz anticipada de asistencia médica sea efectiva, usted debe firmar la página titulada Disposiciones Administrativas y sus testigos deben firmar la Declaración de Testigos.**

## DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS

REVOCACIÓN, REMOCIÓN, ENMIENDA, O DIMISIÓN: Yo entiendo que, si soy mentalmente competente, puedo revocar todo o parte de este documento al escribir y firmar mis instrucciones de revocación. No necesito un abogado, un proveedor de asistencia de salud ni testigos para hacerlo, aunque entiendo que es mejor tener dos testigos que firmen después de mi firma. Además entiendo que es mejor proporcionarles una copia de dichas instrucciones escritas de revocación a mis agentes y proveedores de asistencia de salud. (Nota: aunque usted puede revocar todo o parte de este documento como se describió anteriormente, añadir algo a su Directriz Anticipada de Atención Médica requiere completar un escrito o formulario nuevo firmado por dos testigos calificados.)

Yo entiendo que también puedo revocar esta directriz anticipada de asistencia médica de cualquier manera que comunique una intención de revocarla hecha en frente de dos personas competentes, una de las cuales sea un proveedor de asistencia médica. Además entiendo que cualquier revocación que no esté por escrito deberá ser recordada por escrito, firmada y fechada por ambos testigos, y hacerla parte de mi expediente médico.

Entiendo que, si he designado a mi cónyuge como mi agente, un decreto de anulación, divorcio, disolución del matrimonio o tramitar una petición de divorcio, revoca esa designación a menos que se especifique otra cosa en el decreto o en un poder notarial para la asistencia médica.

Entiendo que, al iniciar el tratamiento de emergencia se supone que este representará una suspensión de una directriz anticipada de asistencia médica, mientras que se recibe dicho tratamiento de emergencia.

También, entiendo que, mediante una notificación por escrito para mí o para quien me esté cuidando o me tenga en custodia, uno o más de mis Agentes de asistencia médica pueden dimitir.

EFECTO DE LA COPIA: Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

### FIRMA

Habiendo leído cuidadosamente este documento, yo entiendo su propósito y efecto, y por la presente firmo y fecho a continuación:

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firme su nombre)

\_\_\_\_\_  
(Escriba su nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
(Calle)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código postal)

## DECLARACIÓN DE TESTIGOS

FIRMADO Y DECLARADO por el declarante mencionado anteriormente y por su declaración escrita bajo el 16 C. de Del. §§ 2502,2503, en nuestra presencia, quien en su presencia y bajo su solicitud, y en la presencia del uno al otro, hemos suscrito en éste documento nuestros nombres como testigos, y declaramos que:

- A. El Declarante es mentalmente competente.
- B. Que a ninguno de nosotros le es prohibido ser testigo según el § 2503 del Título 16 del Código de Delaware. Ninguno de nosotros:
1. Está relacionado con el declarante por sangre, matrimonio o adopción;
  2. Es beneficiario de ninguna porción del patrimonio del declarante bajo ningún testamento del declarante o un codicilo del mismo entonces en existencia ni, al momento en que se ejecute la directriz anticipada de asistencia médica, es beneficiario por funcionamiento de la ley entonces en existencia;
  3. Tiene, en el momento en que se ejecute la directriz anticipada de asistencia médica, una demanda presente o incipiente en contra de ninguna porción del patrimonio del declarante;
  4. Tiene una responsabilidad financiera directa por el cuidado médico del declarante;
  5. Tiene una participación mayoritaria o es un operador o empleado de una institución de asistencia médica en la que el declarante es un paciente o residente;  
o
  6. Es menor de 18 años de edad.
- C. Que, si el declarante es residente de un sanatorio, hogar de reposo, centro de cuidados, casa de huéspedes o una institución relacionada, uno de los testigos, \_\_\_\_\_, es al momento en que se ejecute la directriz anticipada de asistencia médica, un defensor del paciente o defensor designado por el Departamento de Salud y Servicios Sociales o el Guardián Público.

Testigo

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Testigo

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Usted no necesita que este formulario sea notariado, pero el ser autenticado por un notario puede mejorar su efectividad en otros estados.

**(Autenticación Notarial Opcional)**

Juramentado y suscrito por mí este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

Mi término expira el: \_\_\_\_\_

(Notario)

**NOTA:** Para que su directriz anticipada de asistencia médica sea efectiva, usted debe firmar la página titulada Disposiciones Administrativas y sus testigos deben firmar la Declaración de Testigos.