



**Advance Directives and Durable
Power of Attorney
for Health Care**
**Instrucciones anticipadas
y poder duradero
sobre atención médica**

*This form lets you have a say about how you want
to be treated if you get very sick.*

*En este formulario usted puede manifestar cuál tratamiento desea
recibir si está muy enfermo.*



Adapted with approval from the Creative Commons Attribution-Non Commercial-Share Alike License
by Henry Ford Health System. Revised March 2014

(Adaptado con la aprobación de la licencia de atribución no comercial para compartir en especie de Creative Commons
del Sistema de Salud Henry Ford. Versión de marzo de 2014)

This form has five parts. It lets you:
Este formulario contiene cinco partes:



Part 1: Choose a Patient Advocate.

Parte 1: Seleccione un defensor del paciente.

A Patient Advocate is a person who can make medical decisions for you if you are too sick or unable to make them yourself.

Esta es la persona que puede tomar decisiones médicas en nombre de usted en caso de que se encuentre muy enfermo o no pueda tomarlas por cuenta propia.

Part 2: Make your own health care choices.

Parte 2: Indique sus preferencias de atención médica.

This form lets you choose the kind of health care you want.

En este formulario puede seleccionar el tipo de atención médica que desea.

This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are too sick to tell them yourself.

De esta manera, los encargados de su atención no tendrán que adivinar cuáles son sus deseos en caso de que esté muy enfermo para comunicarlos.



Part 3: Sign the form.

Parte 3: Firme el formulario.

You must sign the form before it can be used.

Debe firmar el formulario antes de poder utilizarlo.

Part 4: Ask your Patient Advocate to sign.

Parte 4: Pídale a su defensor del paciente que firme el formulario.

Your Patient Advocate must sign on page 11 to agree to be your Patient Advocate.

Su defensor del paciente debe firmar la página 11 para aceptar esta función.



Part 5: Have your Patient Advocate make mental health choices for you. (This is optional.)

Parte 5: Pídale a su defensor del paciente que decida en nombre de usted sobre los asuntos de salud mental. (Opcional).

You must sign this page only if you want this option.

Debe firmar esta página solamente si desea esta opción.

Fill out only the parts you want. Always sign the form in Part 3.
2 witnesses need to sign on page 10.

Llene solo las partes que desee. Firme siempre la Parte 3 del formulario.
Es necesario que dos (2) testigos firmen en la página 10.

WRITE YOUR NAME HERE: _____

ESCRIBA SU NOMBRE AQUÍ

DATE OF BIRTH: (Month/Day/Year) _____ / _____ / _____

FECHA DE NACIMIENTO: (Día/Mes/Año)

Go to the next page... / Continúe en la siguiente página...

If you only want a Patient Advocate named go to Part 1 on page 3.

Si solo desea designar un defensor del paciente, vaya a la Parte 1 de la página 3.

If you only want to make your own health care choices go to Part 2 on page 6.

Si solo desea manifestar sus preferencias de atención médica, vaya a la Parte 2 de la página 6.

If you want both then fill out Part 1 and Part 2.

Si desea realizar las dos acciones, llene la Parte 1 y la Parte 2.

Always sign the form in Part 3 on page 9. Two witnesses need to sign on page 10.

Firme siempre el formulario en la Parte 3 de la página 9. Es necesario que dos testigos firmen en la página 10.

What do I do with the form after I fill it out and everyone has signed?

¿Qué debo hacer con el formulario después de llenarlo y de que todos hayan firmado?

Share the form with those who care for you:

Comparta el formulario con los encargados de brindarle atención:

- your Patient Advocate / el defensor del paciente
- doctors / médicos
- nurses / enfermeros
- social workers / trabajadores sociales
- family & friends / familiares y amigos

Keep a copy for yourself in a safe place.

Conserve una copia del formulario en un lugar seguro.

What if I change my mind?

¿Qué sucede si cambio de opinión?

- You can change your mind at any time.
Puede cambiar de opinión en cualquier momento.
- Any spoken wish about a medical treatment must be honored by a Patient Advocate, even if it is different than what you put in your form.
El defensor del paciente debe conceder cualquier deseo de tratamiento médico que usted manifieste de forma verbal, incluso si es diferente a lo que escribió en el formulario.
- It is best to fill out and sign a new form.
Lo mejor es llenar y firmar un nuevo formulario.
- Tell those who care for you about your changes.
Informe los cambios a las personas encargadas de su atención médica.
- Give the new form to your Patient Advocate and your doctors.
Entregue el nuevo formulario al defensor del paciente y a los médicos.

What if I have questions about the form?

¿A quién debo acudir si tengo preguntas sobre el formulario?

- Bring it to your doctors, nurses, social workers, Patient Advocate, family or friends to answer your questions.
Puede presentarlas a médicos, enfermeros, trabajadores sociales, el defensor del paciente, familiares o amigos para que las respondan.

What if I want to make health care choices that are not on this form?

¿Qué sucede si deseo indicar preferencias de atención médica que no aparecen en este formulario?

- Write your choices on a piece of paper.
Escriba sus preferencias en una hoja de papel.
- Keep the paper with this form.
Adjúntela a este formulario.
- Share your choices with those who care for you.
Comunique sus preferencias a las personas que le brindan atención.

The person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.
La persona que puede tomar decisiones médicas en nombre de usted en caso de que se encuentre muy enfermo para tomarlas por cuenta propia.

Whom should I choose to be my Patient Advocate?

¿A quién debo escoger como defensor del paciente?

A family member or friend who:

Un amigo o familiar que:

- is at least 18 years old / tenga como mínimo 18 años de edad
- knows you well / lo conozca bien a usted
- can be there for you when you need them / pueda estar con usted cuando lo necesite
- you trust to do what is best for you / sea una persona en la que usted confía que hará lo mejor por usted
- can clearly tell your doctors about the decisions you made on this form / pueda informar con claridad a los médicos las decisiones que usted ha manifestado en este formulario

What will happen if I do not choose a Patient Advocate?

¿Qué sucede si no selecciono a un defensor del paciente?

If you are too sick to make your own decisions, your doctors will ask your closest family members to make decisions for you.

Si usted está demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones, los médicos les pedirán a sus familiares más cercanos que tomen las decisiones en nombre de usted.

If your family members cannot make a decision, then a judge may appoint someone to make decisions for you.

Si sus familiares no pueden tomar una decisión, un juez puede designar a una persona para que decida en nombre de usted.

What kind of decisions can my Patient Advocate make?

¿Qué tipo de decisiones puede tomar el defensor del paciente?

Agree to, say no to, change, stop or choose:

Aceptar, rechazar, cambiar, suspender o seleccionar:

- doctors, nurses, social workers / médicos, enfermeros o trabajadores sociales
- hospitals or clinics / hospitales o clínicas
- medications, tests, or treatments / medicamentos, exámenes o tratamientos
- what happens to your body and organs after you die / qué se hará con su cadáver y sus órganos después de que fallezca

Your Patient Advocate may also:

El defensor del paciente también puede:

- make other decisions like whether or not to take you to a nursing home
tomar otras decisiones; por ejemplo, si usted debe ser trasladado a un hogar de reposo o no
- look at your medical records to help make these decisions
ver sus expedientes médicos como ayuda para tomar estas decisiones

Your Patient Advocate will need to follow the health care choices you make in Part 2.

El defensor del paciente deberá cumplir las preferencias de atención médica que usted indicó en la Parte 2.

Part 1: Choose your Patient Advocate

Parte 1: Seleccione un defensor del paciente

Other decisions your Patient Advocate can make:
Otras decisiones que puede tomar el defensor del paciente:

Life support treatments – medical care to try to help you live longer

Tratamientos de soporte vital – es decir, atención médica para prolongarle la vida

- **CPR or cardiopulmonary resuscitation / RCP o reanimación cardiopulmonar**

cardio = heart / cardio = corazón

pulmonary = lungs / pulmonar = pulmones

resuscitation = to bring back / reanimación = traer de vuelta a la vida

This may involve:

La RCP puede implicar:

- pressing hard on your chest to keep your blood pumping
opresión fuerte del tórax para que la sangre siga bombeando
- electrical shocks to jump start your heart
choques eléctricos para reactivar el ritmo cardíaco
- medicines in your veins
medicamentos intravenosos

- **Breathing machine or ventilator / Respirador o ventilación artificial**

The machine pumps air into your lungs and breathes for you.

You are not able to talk when you are on the machine.

La máquina le bombea aire a los pulmones y respira por usted.

Usted no puede hablar mientras está conectado a la máquina.

- **Dialysis / Diálisis**

A machine that cleans your blood if your kidneys stop working.

Máquina que limpia la sangre cuando los riñones dejan de funcionar.

- **Feeding Tube / Sonda de alimentación**

A tube used to feed you if you cannot swallow. The tube is placed down your throat into your stomach.

It can also be placed by surgery.

Tubo que se utiliza para alimentarlo cuando no puede tragar alimentos. El tubo se le introduce por la garganta hasta el estómago. También se puede colocar mediante una cirugía.

- **Blood transfusions / Transfusiones de sangre**

To put blood in your veins / Introducir sangre en las venas.

- **Surgery / Cirugías**

- **Medicines / Medicamentos**

End-of-life care – if you might die soon, your Patient Advocate can:

Cuidados terminales – si existe la probabilidad de que usted fallezca pronto, su defensor del paciente puede:

- call in a spiritual leader / llamar a un líder espiritual
- decide if you die at home or in the hospital / decidir si usted debe morir en su hogar o en el hospital

Show your Patient Advocate this form.

Tell him/her what kind of medical care you want.

Muéstrele este formulario al defensor del paciente.

Comuníquese qué tipo de atención médica desea.

Part 1: Choose your Patient Advocate

Parte 1: Seleccione un defensor del paciente

Your Patient Advocate El defensor del paciente

- I want this person to make my medical decisions and be my Patient Advocate.

Quiero que esta persona tome las decisiones sobre mi atención médica y que sea mi defensor.

First name / Primer nombre

Last name / Apellido

Street address / Dirección de domicilio

City / Ciudad

State / Estado

Zip code / Código postal

Home phone number / Teléfono de domicilio

Work phone number / Teléfono del trabajo

Cell phone number / Celular

- If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions and be my Patient Advocate.

Si la primera persona no puede encargarse de ello, deseo que esta persona tome las decisiones sobre mi atención médica y que sea mi defensor.

First name / Primer nombre

Last name / Apellido

Street address / Dirección de domicilio

City / Ciudad

State / Estado

Zip code / Código postal

Home phone number / Teléfono de domicilio

Work phone number / Teléfono del trabajo

Cell phone number / Celular

- Select your health care choices on this form. How do you want your Patient Advocate to follow these choices? Put an X next to the one sentence you most agree with.

Seleccione en este formulario sus preferencias de atención médica. ¿Cómo desea que el defensor del paciente cumpla estas preferencias? Escriba una X junto a la afirmación con la que esté más de acuerdo. Seleccione solo una opción.

I want my Patient Advocate to work with my doctors and to use her/his best judgment. It is OK for my Patient Advocate to follow my health care choices on this form as a general guide.

Quiero que el defensor del paciente colabore con los médicos y aplique su mejor criterio. Acepto que el defensor del paciente cumpla con mis preferencias de atención médica de este formulario como guía general.

I want my Patient Advocate to follow my health care choices on this form EXACTLY. I never want my Patient Advocate to change my choices, even if the doctors think this is not good for me.

Quiero que el defensor del paciente cumpla con mis preferencias de atención médica de este formulario AL PIE DE LA LETRA. No quiero que el defensor del paciente modifique mis preferencias, incluso si los médicos consideran que no es lo mejor para mí.

To make your own health care choices go to Part 2 on the next page.

To sign this form go to Part 3 on page 9. Your Patient Advocate must sign on page 11.

Vaya a la Parte 2 de la página siguiente para indicar sus preferencias de atención médica.

Para firmar este formulario, vaya a la Parte 3 de la página 9. El defensor del paciente debe firmar en la página 11.

PART 2 PARTE 2

Make your own health care choices Indique sus preferencias de atención médica

Write down your choices so those who care for you will not have to guess.
Escriba sus preferencias para que las personas encargadas de su atención no tengan que adivinar.

- **Think about what makes your life worth living.**

Piense en por qué vale la pena vivir.

My life is only worth living if I can:

Solo vale la pena vivir si puedo:

Put an X in the circle next to all the sentences you most agree with.

Escriba una X en el círculo junto a todas las afirmaciones con las que esté de acuerdo.

- talk to family or friends / hablar con familiares o amigos
- wake up from a coma / despertar de un coma
- feed, bathe, or take care of myself / alimentarme, bañarme o cuidarme
- be free from pain / dejar de sufrir dolor
- live without being hooked up to machines / vivir sin estar conectado a máquinas
- I am not sure / no estoy seguro.

or / o

My life is always worth living no matter how sick I am.

Siempre vale la pena vivir sin importar cuán enfermo esté.

- **If I am dying, it is important for me to be:**

Si estoy agonizando, es importante que esté:

- at home / en casa
- in the hospital / en el hospital
- I am not sure / no estoy seguro.

- **Is religion or spirituality important to you?**

¿Son la religión o la espiritualidad importantes para usted?

- No / No
- Yes / Sí

If you have one, what is your religion?

¿Cuál es su religión, en caso de que profese una?

- Buddhism / Budismo
 - Christianity (Catholic, Protestant, Orthodox) / Cristianismo (iglesia Católica, Protestante u Ortodoxa)
 - Hinduism / Hinduismo
 - Islam / Islamismo
 - Judaism / Judaísmo
 - Sikhism / Sijismo
 - Other (please include the English name) / Otra (escriba el nombre en inglés):
-

If you are sick, your doctors and nurses will always try to keep you comfortable and free from pain.
Si está enfermo, los médicos y enfermeros siempre procurarán de usted esté cómodo y que no sienta dolor.

Part 2: Make your own health care choices

Parte 2: Indique sus preferencias de atención médica

Life support treatments are used to try to keep you alive. These can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, blood transfusions, or medicine.

Los tratamientos de soporte vital sirven para tratar de mantenerlo en vida. Puede tratarse de procedimientos de RCP, un respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis, transfusiones de sangre o medicamentos.

Put an X next to the **ONE** choice you most agree with.

Please read this whole page before you make your choice.

Escriba una X junto a la opción con la que esté más de acuerdo. Seleccione solo **UNA**.

Lea toda esta página antes de tomar una decisión

• If I am so sick that I may die soon:

Si estoy tan enfermo hasta el punto de agonizar:

Try all life support treatments that my doctors think might help.
If the treatments **do not work** and there is little hope of getting better, **I want to stay on life support machines.**

Intentar todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos consideren de ayuda.

Si los tratamientos **no funcionan** y no hay mucha esperanza de mejorar, **quiero** estar conectado a máquinas de soporte vital.

or / o

Try all life support treatments that my doctors think might help.
If the treatments **do not work** and there is little hope of getting better, **I do not want to stay on life support machines.**

Intentar todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos consideren de ayuda.

Si los tratamientos **no funcionan** y no hay mucha esperanza de mejorar, **no quiero** estar conectado a máquinas de soporte vital.

or / o

Try all life support treatments that my doctors think might help
but not these treatments.

Intentar todos los tratamientos de soporte vital que los médicos consideren de ayuda pero no estos tratamientos.

Mark what you do not want:

Marque los tratamientos que no desea:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> CPR / RCP | <input type="radio"/> Feeding tube / Sonda de alimentación |
| <input type="radio"/> Dialysis / Diálisis | <input type="radio"/> Blood transfusion / Transfusión de sangre |
| <input type="radio"/> Breathing machine / Respirador artificial | <input type="radio"/> Medicine / Medicamentos |

or / o

I do not want any life support treatments / No quiero ningún tratamiento de soporte vital.

or / o

I want my **Patient Advocate** to decide for me / Quiero que el **defensor del paciente** decida en mi nombre.

or / o

I am not sure / No estoy seguro.

[Go to the next page...](#) / Continúe en la siguiente página...

Part 2: Make your own health care choices

Parte 2: Indique sus preferencias de atención médica

Your Patient Advocate may decide to stop treatments and allow you to die.
El defensor del paciente puede decidir suspender los tratamientos para permitir que usted fallezca.

Your Patient Advocate may make this decision ONLY if they think it is what you would have wanted.
El defensor del paciente puede tomar esta decisión SOLO si considera que este hubiera sido su deseo.

Your Patient Advocate may never need to make this decision. But if they do, Michigan law will only let them stop treatment and let you die if your doctors know this is OK ahead of time.
Es posible que el defensor del paciente no necesite tomar esta decisión nunca. Sin embargo, si la debe tomar, las leyes de Michigan solo le permitirán suspender el tratamiento y dejar que usted fallezca si los médicos saben con anterioridad que es lo correcto.

Please put an X in the ONE box you most agree with.

Escriba una X en la casilla de la afirmación con la que esté más de acuerdo. Seleccione solo UNA opción.

- My Patient Advocate can decide to stop treatments and let me die.
El defensor del paciente puede decidir suspender los tratamientos para que me dejen fallecer.
- My Patient Advocate can NEVER decide to stop treatments and let me die.
El defensor del paciente NUNCA puede decidir suspender los tratamientos para que me dejen fallecer.

Your doctors may ask about organ donations after you die. Donating (giving) your organs can help save lives. Please tell us your wishes.

Sus médicos pueden pedirle que done sus órganos después de que fallezca. Donar (entregar) sus órganos puede ayudar a salvar vidas. Comuníquenos sus deseos.

Put an X next to the one choice you most agree with.

Escriba una X junto a la opción con la que esté más de acuerdo. Seleccione solo UNA.

- I want to donate my organs.
Quiero donar mis órganos.

Which organs do you want to donate?

¿Cuáles órganos desea donar?

- Any organ / Todos los órganos
- Only these organs / Solo estos órganos:
- Heart / Corazón Lungs / Pulmones Liver / Hígado Kidneys / Riñones Skin / Piel
- Eyes / Ojos Bone / Médula ósea Pancreas / Páncreas
- I want my Patient Advocate to decide. If you let your Patient Advocate decide, he/she can make that choice after you die.
Quiero que el defensor del paciente lo decida en mi nombre. Si permite que el defensor del paciente tomar la decisión, lo puede hacer después de que usted fallezca.
- I am not sure / No estoy seguro.

Go to Part 3 on the next page to sign this form... / Vaya a la Parte 3 de la siguiente página para firmar este formulario.

PART 3 PARTE 3

Sign the Form Firme el formulario

Before this form can be used, you must:

Antes de que se pueda utilizar este formulario, usted debe:

- **sign this form**
firmar el formulario
- **have two witnesses sign the form**
pedirles a dos testigos que firmen el formulario

Sign your name and write the date.

Escriba su nombre y la fecha.

Sign your name / Firma

Date / Fecha

Print your first name / Nombre en letra de imprenta

Print your last name / Apellido en letra de imprenta

Street address / Dirección de domicilio

City / Ciudad

State / Estado

Zip code / Código postal

Date of Birth: (Month/Day/Year)

_____ / _____ / _____
Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)

Your witnesses must:

Los testigos deben:

- **be at least 18 years of age**
Tener 18 años de edad como mínimo
- **see you sign this form**
verlo firmar este formulario

Your witnesses cannot:

Los testigos no pueden:

- **be your Patient Advocate**
servir como defensor del paciente
- **be your health care provider**
servir como su proveedor de atención médica
- **work for your health care provider**
trabajar para su proveedor de atención médica
- **work at the place where you live (if you live in a nursing home or group home)**
trabajar en su lugar de residencia (si vive en un hogar de reposo o un hogar social)
- **be related to you in any way**
tener relación alguna con usted
- **benefit financially (get any money or property) after you die**
recibir beneficios financieros (dinero o bienes) después de que usted fallezca
- **work for your insurance company**
trabajar en su aseguradora

Witnesses need to sign their names on the next page.

Los testigos deben firmar en la siguiente página.

Part 3: Sign the Form

Parte 3: Firme el formulario

Have your witnesses sign their names and write the date.
Pídales a los testigos que firmen y escriban la fecha.

By signing, I promise that _____ signed this form while I watched.
(name)

Mediante mi firma, certifico que vi a _____ firmar este formulario.
(nombre)

He/She was thinking clearly and was not forced to sign it.
Su mente estaba lúcida y no fue obligado a firmar.

Witness #1

Testigo #1

Sign your name / Firma

Date / Fecha

Print your first name / Nombre en letra de imprenta

Print your last name / Apellido en letra de imprenta

Street address / Dirección de domicilio

City / Ciudad

State / Estado

Zip code / Código postal

Witness #2

Testigo #2

Sign your name / Firma

Date / Fecha

Print your first name / Nombre en letra de imprenta

Print your last name / Apellido en letra de imprenta

Street address / Dirección de domicilio

City / Ciudad

State / Estado

Zip code / Código postal

Sign on page 11 if you are named a Patient Advocate.

Firme en la página 11 si usted es el defensor del paciente designado.

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and Patient Advocate. Talk with them about your choices.

Comparta este formulario con médicos, enfermeros, trabajadores sociales, amigos, familiares y el defensor del paciente. Hable con ellos sobre sus preferencias.

Your Patient Advocate must read and sign this form.
El defensor del paciente debe leer y firmar este formulario.

- You should always act with the patient’s best interests and not your own interests.
Siempre debe actuar en beneficio del paciente y no según sus propios intereses.
- You will only start making decisions for the patient after 2 doctors agree that the patient is too sick to make his or her own decisions.
Solo comenzará a tomar decisiones en nombre del paciente después de que dos médicos concuerden en que el paciente está demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones.
- You will not be able to make decisions that the patient would not usually be able to make.
No podrá tomar decisiones que el paciente por lo general no podría tomar.
- You don’t have the power to stop a pregnant patient’s treatment if it would cause her to die.
No tiene la potestad de suspender el tratamiento de una paciente embarazada si ello le causase la muerte.
- You can make a decision to stop treatments and allow the patient to die naturally IF he or she has made it clear that you can make that decision.
Puede tomar la decisión de suspender tratamientos y permitir que el paciente fallezca de forma natural SI el paciente ha dejado claro que usted puede tomar esta decisión.
- You cannot be paid for your role as a Patient Advocate but you can get paid back for the money you spend on the patient’s medical expenses.
No puede recibir remuneración por su función como defensor del paciente, pero puede recibir el reembolso del dinero que usted haya destinado a gastos médicos del paciente.
- The patient can remove you as Patient Advocate whenever he or she wants.
El paciente puede destituirlo como su defensor cuando lo desee.
- You can remove yourself as Patient Advocate whenever you want.
Usted puede renunciar a su función de defensor del paciente cuando lo desee.
- If the patient wants you to make mental health treatment decisions see Part 5.
Si el paciente desea que usted tome las decisiones sobre su tratamiento de salud mental, consulte la Parte 5.

By signing, you are saying that you understand what this document says and that you will be the Patient Advocate for _____ (name of patient) who signed on page 9 on _____ (date).

Al firmar, usted asevera que comprende el contenido de este documento y que será el defensor del paciente de _____ (nombre del paciente) quien firmó en la página 9 el día _____ (fecha).

Patient Advocate’s Signature / Firma del defensor del paciente

Date / Fecha

2nd Patient Advocate’s Signature / Firma del segundo defensor del paciente

Date / Fecha

(If a second Patient Advocate is named) (Si se designa un segundo defensor del paciente)

PART 5 PARTE 5

Mental Health Care Choice (OPTIONAL) Preferencias de atención de salud mental (OPCIONAL)

FILL THIS PART OUT ONLY IF YOU WANT TO GIVE YOUR PATIENT ADVOCATE THE POWER TO DECIDE IF YOU GET MENTAL HEALTH CARE.

LLENE ESTA PARTE SOLO SI DESEA OTORGARLE AL DEFENSOR DEL PACIENTE LA POTESTAD DE DECIDIR SI USTED DEBE RECIBIR ATENCIÓN DE SALUD MENTAL.

Before my Patient Advocate can make mental health decisions for me 2 things must happen. First, a doctor and a mental health provider have to examine me and talk with me. Then they must write down that I can't make my own decisions.

Antes de que mi defensor del paciente pueda tomar decisiones sobre mi salud mental, deben suceder dos eventos. Primero, un médico o proveedor de salud mental tiene que examinarme y hablar conmigo. Luego debe escribir que no puedo tomar mis propias decisiones.

I can cancel my Patient Advocate's power to make mental health decisions for me. But it won't take effect for 30 days. It takes this long only for mental health care, but not medical care.

Puedo cancelar el poder de mi defensor del paciente para tomar decisiones de salud mental en mi nombre. Sin embargo, esta cancelación no entrará en vigencia por 30 días. Este plazo solo se aplica a la atención de salud mental, pero no a la atención médica.

If my Patient Advocate agrees that I need to be in a mental health hospital, I still have the right to tell the hospital I want to leave. But I have to give the hospital 3 days' notice.

Si el defensor del paciente concuerda en que necesito estar en un hospital psiquiátrico, aún tengo derecho a informarle al hospital si deseo salir. Sin embargo, debo avisar al hospital con tres días de antelación.

This is a list of decisions your Patient Advocate can make about your mental health care. Put a (X) in all the boxes you agree with.

Esta es una lista de las decisiones que puede tomar el defensor del paciente sobre su atención de salud mental. Escriba una (X) en todas las casillas de las afirmaciones con las que esté de acuerdo.

My Patient Advocate can decide for me about:

El defensor del paciente puede decidir por mí lo siguiente:

- Getting mental health care at a clinic or someplace besides a hospital.
Si debo recibir atención de salud mental en una clínica o en un lugar que no sea un hospital.
- Staying in a hospital to get mental health care as a voluntary patient. But I can still tell the hospital I want to leave in three days.
Si debo permanecer en un hospital para recibir atención de salud mental como paciente voluntario. Sin embargo, aún puedo informar al hospital si deseo salir de la institución al cabo de tres días.
- Going to a hospital to get mental health care even if I don't want to go.
Si debo ir a un hospital para recibir atención de salud mental incluso en contra de mi voluntad.
- Getting medicines that may change how I feel, think or act.
Si debo tomar medicamentos que cambian mi forma de sentir, pensar o actuar.
- Electroconvulsive (electric shock) therapy
Si debo recibir terapias electroconvulsivas (choques eléctricos)

By signing this form, I agree to allow my Patient Advocate to make my mental health care decisions if two doctors say that I cannot make my own decisions.

Al firmar este formulario, acepto que mi defensor del paciente tome las decisiones sobre mi atención de salud mental si dos médicos concuerdan en que no puedo tomar mis propias decisiones.

(Sign your name here to give these powers to your Patient Advocate)
(Firme aquí para otorgar estas potestades a su defensor del paciente)

Date
Fecha

Date of Birth: (Month/Day/Year) _____ / _____ / _____
Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)

English	<p>English</p> <p>Henry Ford Health System complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.</p> <p>Let the health care team know if you need an interpreter. Henry Ford Health System provides language assistance services free of charge. For questions or additional information, email CommunicationAccess@hfhs.org</p>
Spanish	<p>Español</p> <p>Henry Ford Health System cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina con base en la raza, el color, el país de origen, la edad, la discapacidad o el sexo. Informe al equipo de atención médica si necesita un intérprete. Henry Ford Health System ofrece servicios de asistencia de idioma sin costo alguno. Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional, envíe un correo electrónico a CommunicationAccess@hfhs.org</p>
Arabic	<p>العربية</p> <p>يمثل نظام Henry Ford Health System لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية السارية ولا يُميّز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس.</p> <p>يُرجى إخبار فريق الرعاية الصحية إذا كنت تحتاج إلى مترجم فوري. يوفر نظام Henry Ford Health System خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. للاستفسارات أو المعلومات الإضافية، أرسل بريداً إلكترونياً إلى CommunicationAccess@hfhs.org</p>
Bengali	<p>বাংলা</p> <p>Henry Ford Health System ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীয় উত্পত্তি, বয়স, প্রতিবন্ধকতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। আপনার কোনো দোভাষীর প্রয়োজন থাকলে তা হেল্থ কেয়ার টিমকে জানান। Henry Ford Health System বিনামূল্যে দোভাষী সহায়তা প্রদান করে। প্রশ্ন ও অতিরিক্ত তথ্যের জন্য এখানে ইমেল করুন: CommunicationAccess@hfhs.org</p>

Make an appointment with your doctor if you have questions about your choices, or if you want to add choices.
(Haga una cita con su médico si tiene preguntas sobre sus preferencias o si desea agregar más opciones.)

Let the health care team know if you need an interpreter.
Henry Ford Health System provides interpreter services,
to all of our patients, free of charge.
(Informe al equipo de atención médica si necesita un intérprete.
El Sistema de Salud Henry Ford ofrece servicios de intérprete,
a todos nuestros pacientes, sin costo alguno.)

