Formas de atención médica para nuevos pacientes

¡Bienvenido a Axis Community Health! Nuestra misión es brindar servicios de atención médica de calidad, accesibles y compasivos que promuevan el bienestar de todos los miembros de la comunidad. Ofrecemos servicios de salud para satisfacer todas sus necesidades. Nuestro personal espera ser su socio para ayudarlo a mantenerse saludable. **Para ver nuestro Guía del paciente, escanee el código con su teléfono o solicite una copia en la recepción:**

Dentro encontrará los siguientes formularios:

- Reconocimiento de información de nuevos pacientes
- Recibo del aviso de prácticas de privacidad
- Consentimiento informado para tratamiento
- Consentimiento informado para la salud conductual
- Consentimiento informado para citas de telesalud
- Autorización para la divulgación y/o divulgación de información de salud conductual
- Directiva anticipada de atención médica



RECONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN DEL NUEVO PACIENTE

MR# : _____

PCP : _____

Use la cámara de su teléfono y apúntela al código de la derecha para ver la Guía del paciente, o solicite una copia en la recepción:

He leído y entiendo los términos de los siguientes documentos:

- Información sobre ubicaciones, programación de citas, servicios, recetas, referencias y otra
- información importante sobre cómo obtener atención médica en Axis
- Reconocimiento de recepción sobre aviso de Prácticas de Privacidad
- Póliza de ausencia
- Derechos y responsabilidades del paciente
- Aviso de Prácticas de Privacidad

Revise toda esta información importante sobre su atención.

Confirmo que he recibido toda la información anterior:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Staff Initials: _____

Fiile in chart (Financial section)

AXIS COMMUNITY HEALTH

RECIBO DE AVISO
SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, reconoco haber recibido el Aviso de prácticas de privacidad (NPP) de Axis Community Health. El NPP brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar la información médica que mantenemos sobre usted. Le animamos a leer el NPP completo. Si tiene alguna pregunta sobre nuestro NPP que nuestro personal de registro no pueda responder, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al (925) 201-6211, o envíe una carta por escrito a la Oficina de Cumplimiento, 5925 W.Las Positas Blvd., Suite 100, Pleasanton , California 94588.

_____
Nombre del paciente / cliente (letra de imprenta)

_____ _____
Firma del paciente / cliente Fecha Fecha

_____ _____
Firma del paciente/representante del cliente Fecha
(Requerido si el Paciente/Cliente es un menor de edad o un adulto que no puede firmar este formulario)

_____
Nombre del paciente/representante del cliente en letra de imprenta

_____
Representante del paciente/cliente: Indique la relación con el paciente

FOR OFFICE USE ONLY

If Axis is not able to obtain the patient's written acknowledgment, record the good-faith effort made to obtain acknowledgment and the reason written acknowledgment could not be obtained:

Effort to obtain acknowledgment:

In-person request
Request via mail
Request via email
Other: _____

Reason acknowledgment was not obtained:

Patient refused to sign
Patient unable to sign
Patient did not return acknowledgment via mail or email
Other: _____

Employee Signature: _____ Date: _____

Employee Print Name: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO

Yo, _____, autorizo a los médico afiliados, proveedores y personal de Axis Community Health para administrar tratamiento medico que se considera ahora o durante el curso del cuidado recomendable o necesario.

Reconozco que soy legalmente responsable de todos los cargos en relación con la atención médica y tratamiento proporcionado por Axis Community Health. Los tratamientos pueden incluir, pero no son limitados, a las visitas de proveedores, visitas de enfermería, pruebas de laboratorios, medicamentos, suministros, y equipos.

Yo también soy responsable de comprender mi cobertura y las restricciones de mi aseguranza y/o cuidad de salud y de inmediato notificar a Axis Community Health cada vez que hay un cambio en mi programa de seguros o proveedor de salud. Yo autorizo la liberacion de cualquier información médica o otra información necesario para procesar las reclamaciones.

Yo entiendo que tengo el derecho a someter quejas/agravios si siento que decisiones me afectan o son injustas. Yo tengo el derecho de apelar al Personal de Supervision, El Jefe de Operaciones.

Yo entiendo que tengo el derecho a someter quejas/agravios directamente a las agencias regulatorias aunque no haiga sometido una queja con Axis. Mi decision a someter una queja/ agravio no afectara mi cuidado. Toda la informacion de mi queja/agravio se mantendra confidencial.

Firma del paciente/representante _____

Nombre impreso _____ Fecha _____

Para obtener el Aviso de No Discriminación y Asistencia Lingüística, escanee el código QR.

axiscommunityhealth

LOS SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Bienvenido a los servicios de salud conductual de Axis, donde brindamos apoyo a adultos, adolescentes y niños a través de servicios de evaluación y asesoramiento con métodos basados en la evidencia y personal calificado. Nuestros asesores de salud mental son terapeutas licenciados, psicólogos o pasantes de salud mental con nivel de maestría que están aquí para brindarle herramientas y técnicas necesarias para tratar luchas actuales.

Axis dirige un programa de capacitación/pasantía. Todos los pasantes tienen un nivel de maestría, han recibido la capacitación adecuada para prestar servicios y son supervisados por profesionales con licencia . El programa de capacitación de Axis Community Health implica el uso confidencial de la información del cliente según sea necesario para los fines de la capacitación.

Al ingresar a cualquiera de nuestros servicios de salud conductual, se le realizará una evaluación de admisión. El fin de la evaluación es determinar el diagnóstico y la idoneidad de nuestros servicios. Si no podemos prestarle los servicios más apropiados, le recomendaremos una agencia que pueda satisfacer mejor sus necesidades.

Libertad de elección: le informaremos sobre nuestras recomendaciones de atención para que su decisión de participar sea con conocimiento y sea significativo para usted. Además de tener derecho a interrumpir la serie en cualquier momento, usted también tiene derecho a negarse a usar cualquiera de las recomendaciones, intervenciones o procedimientos de tratamiento. Su participación en nuestros servicios es voluntaria y no es un requisito para acceder a otros servicios comunitarios. Tiene derecho a acceder a otros servicios de salud conductual financiados por Medi-Cal o Drug Medi-Cal, y tiene derecho a solicitar un cambio de proveedor y/o de personal.

Las sesiones de admisión duran entre 45 y 90 minutos en promedio y pueden llevarse a cabo en el transcurso de un par de visitas. Nuestras sesiones individuales son de 30 a 60 minutos y ocurren con una frecuencia determinada por su consejero y ocurrirán durante un período de seis meses (a menos que su proveedor determine lo contrario).

Existen ventajas y desventajas para obtener servicios de salud del comportamiento. Por ejemplo, si bien estos servicios pueden ser útiles para aliviar los problemas actuales de salud mental o adicción, a veces es difícil ser abierto y honesto durante todo el proceso, y el proceso a veces puede parecer revelador. Nuestros servicios de salud del comportamiento se ofrecen durante los días de semana; sin embargo, si es fuera del horario de atención o durante el fin de semana y tiene una crisis, llame a la **línea de crisis del condado de Alameda al 800-309-2131.**

Quejas y derivaciones

Si cree que alguna decisión que lo afecta directamente es injusta, usted tiene derecho a recurrir al personal de supervisión, al director del programa, al director del centro y al jefe de salud conductual si es necesario. Le recomendamos comenzar por su terapeuta, asesor o director del programa.
Se mantendrá la confidencialidad de su queja y no afectará la atención que recive.

También tiene el derecho a presentar una queja ante las agencias reguladoras, incluso si no nos ha presentado ninguna queja a nosotros en Axis. Puede llamar a una agencia reguladora de asesoramiento de salud mental en el condado de Alameda para quejas y apelaciones llamando al 800-734-2504. Encontará información específica también en los carteles correspondientes en la sala de espera.

El Manual para miembros y la Lista de proveedores del condado de Alameda están disponibles para su consulta en la sala de espera; estos incluyen otros servicios que se ofrecen a los pacientes de Medi-Cal e información sobre cómo acceder a ellos.

Aviso sobre la escala móvil de tarifas

Si tiene dificultades para pagar sus servicios en Axis, ofrecemos descuentos de escala móvil para personas elegibles de bajos ingresos. Para obtener más información, acuda a nuestro Departamento de Servicios para Pacientes o a la recepción. No se le negará a nadie la atención médica o los servicios de salud conductual por el único motivo de no poder pagar.

Atención en equipo y registros médicos electrónicos

En Axis Community Health, su atención estará a cargo de un equipo multidisciplinario que incluye a su(s) proveedor(es) médico(s) y proveedor(es) atención de salud conductual. Otros miembros de su equipo de atención pueden incluir un nutricionista certificado, personal de enfermería certificado, profesionales de salud mental y pasantes, además de personal de apoyo. Como parte de su atención en equipo, es posible que los miembros de su equipo de atención compartan información sobre su caso para asegurarse de que reciba la mejor atención.

Su equipo de atención puede acceder a su información médica y puede ver o compartir esta información con otros miembros de su equipo de atención. Esto permite una coordinación total de su atención y nos ayuda mantender todas sus necesidades desde una perspectiva centrada en el paciente y en la persona en su totalidad. Una de las maneras en que su equipo de atención se comunica y hace un seguimiento de su tratamiento es a través de un sistema de registros médicos electrónicos. Como parte de este sistema, su equipo de atención puede acceder a información relacionada con la evolución de su tratamiento en Axis.

Confidencialidad

Lo que le diga a sus proveedores y al equipo de atención de Axis es confidencial y está protegido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la Ley de Confidencialidad de la Información Médica de California (CMIA). Sin embargo, hay algunas situaciones en las que sus proveedores pueden estar legalmente obligados a divulgar información. Estas se conocen como leyes de “informe obligatorio”. Primero, un proveedor está obligado a divulgar información confidencial cuando sea necesario para proteger la seguridad de una persona (por ejemplo, si hay motivos para creer que el paciente puede lastimarse a sí mismo o a otra persona). Segundo, si hay razón para creer que un niño (alguien menor de 18 años), una persona mayor (alguien mayor de 60 años), alguien discapacitado o alguien que vive en ciertas residencias, como un hogar de ancianos, está siendo abusado, descuidado , o explotado financieramente, el proveedor está legalmente obligado a revelar esta información a una agencia estatal. Axis también participa en OCHIN/EPIC Health Information Exchange (HIE), un sistema que permite a los profesionales de la salud y a los pacientes acceder de forma adecuada y compartir de forma segura la información médica de un paciente de forma electrónica. Para obtener más información, consulte el Aviso de prácticas de privacidad (NPP) de Axis.

Reconozco que he leído este documento y he tenido la oportunidad de obtener respuestas a mis preguntas. Doy mi consentimiento a Axis Community Health para que me brinde servicios de salud conductual.

Firma del Paciente/Representante: _____ Fecha: _____

Si está firmado por alguien que no sea el paciente:

Nombre impreso del representante: _____

Relación del representante con el paciente: _____

Para obtener el Aviso de No Discriminación y Asistencia Lingüística, escanee el código QR.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CITAS DE TELESALUD

1.Entiendo que mi proveedor estará en una ubicación diferente a la mía cuando nos conectemos para nuestra cita.

2.Seré informado si algún personal adicional, como un traductor, estará presente durante la cita de telesalud. Daré mi permiso verbal antes de la entrada del personal adicional.

3.El proveedor mantendrá un registro de la cita de telesalud en mi registro médico.

4.Entiendo que Axis Community Health está autorizado a proporcionar información médica de mi registro médico a un médico remitente, si corresponde, y a cualquier compañía de seguros o pagador externo para obtener el pago de la cuenta. Axis Community Health está autorizado a divulgar información de mi registro médico a cualquier otro centro o proveedor de cuidado médico al que pueda transferirse mi cuidado.

5.Doy mi consentimiento voluntario para los servicios de cuidado médico proporcionados por mi(s) médico(s) o una persona designada, que pueden incluir pruebas de diagnóstico, medicamentos y exámenes.

6.Entiendo que tengo la opción de rechazar el servicio de telesalud en cualquier momento sin afectar el derecho a cuidados o tratamientos futuros y sin riesgo de perder beneficios. No tengo que responder preguntas que no estoy dispuesto a que escuchen otras personas o que no me sienta cómodo respondiendo.

7.Entiendo que si no elijo participar en una sesión de telesalud, no se tomarán medidas en mi contra que causen un retraso en mi cuidado y que aún puedo solicitar consultas cara a cara. Entiendo que, como con cualquier tecnología, la telesalud tiene sus limitaciones. Por lo tanto, no hay garantía de que esta sesión de telesalud elimine la necesidad de ver a un proveedor en persona.

Firma del paciente / representante _____

Fecha _____

Para obtener el Aviso de No Discriminación y Asistencia Lingüística, escanee el código QR.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN Y / O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD CONDUCTUAL

INSTRUCCIONES: Por favor revise y llene este formulario cuidadosamente. Esta forma será procesada por Registros Médicos. Por favor envié por correo o personalmente entregué este formulario completo a la siguiente dirección: Axis Community Health, Atención: Registros Médicos, 4361 Railroad Avenue, Pleasanton, CA 94566 o por fax al (925) 462-1650.

INFORMACION DEL PACIENTE		
Nombre:	Número de registro medico con Axis:	
Fecha de Nacimiento:	Número de Teléfono:	Fecha de solicitud:
Dirección:		
EL PHI (Información De Salud Protegida) PUEDE SER REVELADO POR:		
Persona (Nombre o Titulo):	Instalación o Nombre del Programa:	
Dirección:	Teléfono:	Numero de Fax:
EL PHI PUEDE SER REVELEADO A:		
Nombre de la instalación o del programa:	Nombre del recipiente Necesario si la relación con el paciente es 'otra'.*	Relación al Paciente
		□Proveedor de tratamiento
		□Pagador de terceros
		□Otro (Añada el nombre del recipiente*)
Dirección:		
Método De Revelación: □Correo: _____ □Correo Electrónico: _____ □Numero de Fax:_____ □ Teléfono:_____ □ Otro:_____		
¿Se compartirá la información de ambas maneras entre las dos partes mencionadas anteriormente? ☐ Marque si		

USO DEL PHI

Al firmar este formulario, yo autorizo el uso y divulgación de la información médica protegida que solicite y que se utilice para los siguiente:

□Coordinación de Cuidado

□Otro: _____

INFORMACION PERSONAL DE SALUD QUE SERA REVELADA

□Salud Mental o Programa de Drogas y Alcohol: Evaluación Inicial/Ingesta, Planes de Tratamiento, Diagnostico, Plan de Alta

□Evaluación Psiquiátrica, medicamentos psiquiátricos, ingesta psiquiátrica y formas de alta

□Resultado de los examines o pruebas Psicológicas

□Asistencia y participación del DUI, progreso y recomendaciones para el tratamiento

□Otro: _____

NOTA: Los registros de salud conductual suelen ser compartidos con otras agencias con el propósito de coordinar el cuidado, o para verificar la finalización del tratamiento. Los registros de salud mental requeridos para ser entregados directamente al paciente se someterán a un proceso de revisión interna. Los expedientes hospitalarios y médicos que se envían a Axis pueden incluir divulgación de información sobre salud mental, alcohol/drogas como parte de esta autorización.

Los registros de tratamiento para la salud mental, o los departamentos de alcohol y drogas están específicamente protegidos y no serán revelados a menos que usted firme a continuación.

□Registros de Alcohol/Drogas ►Firma: _____

□Registros de Salud Mental ► Firma: _____

Firma de aprobación del proveedor requerida: _____

Nombre de Proveedor: _____ Fecha: _____

Divulgaciones: Según la exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Información de Salud de 1996 (HIPPA), 42 CFR Parte 2 y la ley de California, esta práctica no puede usar ni divulgar su información de salud identificable individualmente, excepto lo dispuesto en nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, sin su autorización. La finalización de este formulario significa que está dando permiso para los usos y la divulgación descritos en este documento. Las excepciones se establecen en el Aviso de Practicas de Privacidad y Documentos de Consentimiento Informado.

También entiendo que la violación de la ley y los reglamentos federales por un programa de parte 2 es un delito y que las violaciones sospechadas pueden ser informadas a las autoridades correspondientes de conformidad con la sección 2.4, junto con la información de contacto. Para el condado de Alameda, Distrito Judicial del Norte en California, la informacion de contacto es: United States Attorney's Office Federal Courthouse, 1301 Clay Street, Oakland, CA 94613; Numero: 510-637-3724.

Derecho a Revocar: Entiendo que mi representante o yo podemos revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que mi revocación NO afectará las revelaciones que ocurrieron antes que Axis Community Health recibiera y procesara una notificación escrita de revocación. Entiendo que, si no revoco la autorización, esta autorización expirará en un año a partir de la fecha en que se firmó abajo. Nota: Si esta autorización es para un menor de edad, la fecha de caducidad no puede superar los 18 años de ese menor. Para revocar esta autorización, yo entiendo que tengo que enviar una solicitud por escrito a Axis Community Health, Attn: Clinic Operations Manager, 4361 Railroad Avenue Pleasanton, CA 94566 o por fax al (925) 462-1650.

List of Disclosures: Tiene derecho a obtener una lista de entidades que recibieron su información en los dos años anteriores bajo un consentimiento de designación general. Debe enviar esta solicitud por escrito a la dirección indicada anteriormente.

Consecuencia de Negarse a Firmar la Autorización: Esta autorización para divulgar información médica es voluntaria. El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios pudieran no estar condicionados a la firma de esta autorización, excepto en los siguientes casos: (1) para llevar a cabo el tratamiento relacionado con la investigación, (2) para obtener información en relación con la elegibilidad o inscripción en un plan de salud, (3) para determinar la obligación de la entidad para pagar una reclamación, o (4) para crear información de salud para proporcionarla a un tercero.

RECONOCIMIENTO

Autorizo la revelación de mi información personal de salud a las personas /entidades que se describen. Entiendo que esta autorización es voluntaria y confirmada por mis instrucciones. Entiendo que una vez que se da a conocer la información, puede ser divulgada y ya no está protegido por las normas de privacidad. Entiendo que, si se solicita una copia electrónica de la información, puede producirse en la forma solicitada si es fácilmente producible. Si se solicita la divulgación por correo electrónico u "otro" método, entiendo que otros pueden acceder a las direcciones de correo electrónico y "otros" métodos que puedan o no estar autorizados por mí para ver mi información de salud privada e indemnizo a Axis Community Health de dicha divulgación involuntaria. Además, entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este formulario de autorización. Por la presente doy permiso a Axis Community Health y/o la persona/instalación indicado en este formulario para divulgar, liberar y utilizar mi información personal de salud de la manera descrita en este documento.

Por: _____ _____ _____

Nombre Del Paciente (Escriba su nombre) Firma Del Paciente Fecha

Si usted no es el paciente, por favor también complete, firme y ponga fecha a continuación. Marque la casilla que describe su relación con el paciente. Adjunte comprobante de su relación con el paciente (por ejemplo, poder legal, tutor legal) si actualmente no tenemos esto registrado.

Por: _____ _____ _____

Nombre del Representante (Escriba su nombre) Firma del Representante Fecha

- ☐ Padres o tutor legal del paciente menor de edad (en la medida en que el menor no pudiera dar consentimiento para el cuidado).
- ☐ Guardián o conservador de un paciente incompetente.
- ☐ Beneficiario o representante personal del paciente fallecido.
- ☐ Cónyuge o persona financieramente responsable (donde la información únicamente es con el propósito de procesar la aplicación para la cobertura de salud del dependiente).

Authorization Tracking Information

For Axis Use Only:	
Date received:	Processed by:
Completion Date:	File Date:

Instrucciones para el formulario de la directiva anticipada para la atención de la salud

Tienederechoa dar instrucciones sobre la atención desu salud.

También tiene derecho a designar a otra persona para que tome decisiones de atención de su salud en su nombre

El formulario Directiva anticipada de atención de la salud le permite hacer una o ambas cosas. También le permite escribir sus deseos sobre la donación de órganos y la elección de su médico de atención primaria. Si utiliza el formulario puede completar o cambiar cualquier parte del mismo o todo el formulario. También puede utilizar un formulario diferente.

INSTRUCCIONES

Parte 1: Poder legal

LaParte1le permite:

- **Nombrar** a otra persona como su **agente** para que tome decisiones de atención de su salud en su nombre si usted no puede tomar sus propias decisiones. También puede hacer que su agente tome decisiones en su nombre inmediatamente, incluso si todavía puede tomar sus propias decisiones.
- **Nombrar también** a un **agente sustitutivo** para que actúe su nombre si el agente que eligió como su primera opción no está dispuesto, no es capaz o no se halla disponible razonablemente para tomar decisiones en su nombre.

Su **agente** no puede ser:

- Un operador ni un empleado de una institución comunitaria de atención ni de una institución residencial de atención en la que usted está recibiendo atención.
- El profesional de la salud que supervisa su atención (el médico maneja su atención).
- Un empleado de una institución de atención de la salud en la que usted esté recibiendo atención, a menos que su agente sea un pariente suyo o un compañero de trabajo.

Su **agente** puede tomar todas las decisiones de atención de la salud en su nombre, a menos que limite la autoridad de su agente. No está obligado a limitar la autoridad de su agente. Si quiere limitar la autoridad de su agente, el formulario incluye un espacio para hacerlo.

Si usted opta por no limitar la autoridad de su agente, su agente tendrá derecho a hacer lo siguiente:

- Prestar consentimiento a o rechazar toda atención, tratamiento, servicio o intervención para mantener, diagnosticar o de alguna otra manera afectar un trastorno físico o mental.
- Elegir o despedir profesionales e instituciones de atención de la salud (esto es, elegir un médico en su nombre).
- Estar de acuerdo o en desacuerdo con los análisis de diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas y los planes de medicamentos.
- Estar de acuerdo o en desacuerdo con proporcionar, retener o retirar la alimentación y los fluidos artificiales y todas otras formas de atención de la salud, incluyendo la resucitación cardiopulmonar (RCP).
- Realizar donaciones anatómicas después de su muerte (donar órganos y tejidos), autorizar una autopsia y tomar decisiones sobre lo que se hará con su cuerpo.

Parte 2: Instrucciones para la atención de la salud

Puede dar instrucciones específicas sobre cualquier aspecto de la atención de su salud, independientemente de si nombra o no a un agente.

El formulario contienen opciones diseñadas para ayudarle a escribir sus deseos sobre proporcionar, retener o retirar el tratamiento para mantenerlo vivo.

También puede añadir las elecciones que haya tomado o escribir deseos adicionales.

No necesita llenar la parte 2 de este formulario si desea permitir que su agente tome las decisiones sobre la atención de su salud que

considere que sean las mejores para usted sin añadir sus instrucciones específicas.

Parte 3: Donación de órganos

Puede escribir sus deseos sobre donar los órganos y tejidos de su cuerpo después de su muerte.

Parte 4: Médico de atención primaria

Puede elegir un médico para que tenga la responsabilidad primaria o principal de la atención de su salud.

Parte 5: Firma y testigos

Después de completar el formulario, **fírmelo y póngale la fecha** en la sección provista.

El formulario tiene que estar firmado **por dos testigos calificados** (vea la declaración de los testigos incluida en este formulario) **o** aceptado ante notario público. **Si dos testigos firman el formulario, no es obligación que lo firme un notario. Los testigos tienen que firmar el formulario en la misma fecha en que lo firme la persona que realice la Directiva anticipada.**

Si es un paciente en una institución de enfermería especializada vea la parte 6.

Parte 6: Requisito de testigo especial

Un defensor u "ombudsman" del paciente debe atestiguar el formulario ***si usted es paciente en una institución de enfermería especializada*** (una institución de atención de la salud que proporciona atención de enfermería especializada y atención de apoyo a pacientes). Vea la Parte 6 del formulario.

Tiene derecho a cambiar o revocar su Directiva anticipada de atención de la salud en cualquier momento.

Si tiene preguntas sobre completar la Directiva anticipada en el hospital, pida hablar con un capellán o un asistente social.

Le solicitamos que
llene este formulario en inglés,
para que las personas encargadas de atenderlo
puedan entender sus instrucciones.

Directiva anticipada de atención de la salud

Nombre: _____

Fecha: _____

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre la atención de su salud. También tiene derecho a designar a otra persona para que tome decisiones sobre la atención de su salud en su nombre. Este formulario también le permite escribir sus deseos sobre la donación de órganos y la designación de su médico de atención primaria. Si utiliza este formulario, puede completarlo o cambiar cualquier parte del mismo. También puede utilizar un formulario diferente, si lo desea.

Tiene derecho a cambiar o revocar esta Directiva anticipada de atención de la salud en cualquier momento.

Parte 1 – Poder legal para la atención de la salud

(1.1) DESIGNACIÓN DEL AGENTE: Designo a la siguiente persona como mi agente para que tome decisiones de atención de la salud en mi nombre:

Nombre de la personaqueeligecomoagente: _____

Relación: _____

Dirección: _____

_____

Teléfonos:Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

AGENTESUSTITUTIVO (Optativo): Si revoco la autoridad de mi agente o mi agente no está dispuesto,no es capaz o no se halla razonablemente disponible para tomar una decisión de atencióndela salud en mi nombre, designo como mi primer agente sustitutivo a:

Nombre de la personaqueeligecomoagentesustitutivo: _____

Relación: _____

Dirección: _____

_____

Teléfonos:Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

SEGUNDO AGENTE SUSTITUTIVO (Optativo): Si revoco la autoridad de mi primer agente y de mi primeragente sustitutivo, o si ninguno de los dos está dispuesto, es capaz o se halla razonablemente disponible para tomar una decisión de atención de la salud en mi nombre, designocomo mi segundo agente sustitutivo a:

Nombrede lapersonaqueeligecomosegundoagentesustitutivo: _____

Dirección: _____

_____

Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

(1.2) AUTORIDAD DEL AGENTE: Mi agente está autorizado a 1) tomar todas las decisiones de atención de la salud en mi nombre, incluyendo decisiones para proporcionar, retener o retirar la nutrición y la hidratación artificiales y todas las otras formas de atención de la salud para mantenerme vivo, 2) elegir una institución de atención de la salud o un médico específicos y 3) recibir o consentir que se divulgue información y datos médicos, excepto como lo indico a continuación: _____

_____

(Si es necesario, añada hojas.)

(1.3) CUÁNDO ENTRA EN VIGOR LA AUTORIDAD DE MI AGENTE: La autoridad del agente entra en vigor cuando mi médico primario determina que soy incapaz de tomar mis propias decisiones de atención de la salud, a menos que ponga mis iniciales en la próxima línea.

Si pongo mis iniciales en esta línea, deseo que mi agente tome decisiones inmediatamente sobre la atención de mi salud, incluso si todavía puedo tomarlas por mí mismo.

(1.4) OBLIGACIÓN DEL AGENTE: Mi agente tomará decisiones sobre la atención de mi salud en mi nombre de conformidad con este poder legal para la atención de la salud, con todas las instrucciones que doy en la Parte 2 de este formulario y con mis otros deseos en la medida en que los conozca mi agente. En los casos en que mis deseos se desconozcan, mi agente deberá tomar decisiones de atención de mi salud en mi nombre de conformidad con lo que mi agente determine que sea mi mejor interés. Al determinar mi mejor interés, mi agente deberá tener en cuenta mis valores personales en la medida en que mi agente los conozca.

(1.5) AUTORIDAD DEL AGENTE POSTERIOR A LA MUERTE: Mi agente está autorizado a realizar donaciones anatómicas, autorizar una autopsia o indicar lo que hará con mis restos, excepto como lo indico aquí o en la Parte 3 de este formulario: _____

_____

(Si es necesario, añada hojas.)

(1.6) NOMBRAMIENTO DE UN TUTOR ADMINISTRATIVO: Si la corte necesita nombrar un tutor administrativo de mi persona, nombro al agente designado en este formulario. Si el agente no está dispuesto, no es capaz, o no se halla razonablemente disponible para actuar como tutor administrativo, nombro a los agentes sustitutivos que nombré. _____ (ponga aquí sus iniciales)

Parte 2 – Instrucciones para la atención de la salud

Si llena esta parte del formulario, puede tachar todo lo que no desee.

(2.1) **DECISIONES PARA EL FINAL DE LA VIDA:** Indicoamis profesionales de la salud y a otras personas que participen en mi atención queproporcionen,retengan oretiren el tratamiento de conformidad con la opción que marqué a continuación:

☐ a) Opción de no prolongar
No deseo que se prolongue mi vida si los posibles riesgos y cargas del tratamiento serán mayores que los beneficios esperados o si pierdo el conocimiento y si con un grado realista de certeza médica no recuperaré el conocimiento, o si tengo un trastorno incurable e irreversible que resultará en mi muerte en un plazo relativamente breve.

O bien,

☐ b) Opción de prolongar
Deseo que mi vida se prolongue lo más posible dentro de los límites de las normas médicas de aceptación general.

(2.2) OTROS DESEOS: Si tiene instrucciones diferentes o más específicas aparte de las que marcó anteriormente, tales como: lo que usted considera como una calidad de vida razonable, los tratamientos que considera como una carga o inaceptables, escríbalos aquí.

_____

_____

_____

_____

_____

(Si es necesario, añada hojas.)

Parte 3 - Donación de órganos al morir (optativo)

(3.1) Al morir (marque la casilla que corresponda):

☐ Dono todos los órganos, tejidos o partes que sean necesarias
☐ Dono únicamente los siguientes órganos, tejidos o partes
☐ No deseo donar órganos, tejidos ni partes.

Mis donaciones para los siguientes fines (tache todos los siguientes que no desee):

Transplante Terapia Investigación Educación

Parte 4 - Médico de atención primaria (optativo)

(4.1) Designo al siguiente médico como mi médico de atención primaria:

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

Parte 5 – Firma

(5.1) EFECTO DE UNA COPIA: Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

(5.2) FIRMA: Firme su nombre: _____ Fecha: _____

(5.3) ENUNCIADO DE TESTIGO:

Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes de California (1) que conozco personalmente a la persona que firmó o aceptó esta directiva anticipada de atención de la salud o que la identidad de dicha persona me fue probada mediante prueba convincente, (2) que la persona firmó o aceptó esta directiva anticipada en mi presencia, (3) que la persona parece estar en su sano juicio y no estar bajo coacción, fraude o coerción indebida, (4) que no soy la persona nombrada como agente en esta directiva anticipada y (5) que no soy el profesional de la salud de la persona, ni un empleado del profesional de la salud de la persona, ni el operador de una institución comunitaria de atención, ni el empleado de un operador de una institución comunitaria de atención, ni el operador de una institución residencial de cuidado de ancianos, ni un empleado del operador de una institución residencial de cuidado de ancianos.

PRIMER TESTIGO

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

SEGUNDO TESTIGO

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

(5.4) DECLARACIÓN ADICIONAL DE LOS TESTIGOS: A menos uno de los testigos que anteceden también debe firmar la siguiente declaración:

Declaro además bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes de California que no tengo ningún parentesco directo, por matrimonio o por adopción con la persona que firma esta directiva anticipada y que, de mi mejor saber, no tengo derecho a ninguna parte de la herencia de la persona cuando muera de conformidad con un testamento ahora existente ni por mandato de ley.

Firma del testigo: _____

Firma del testigo: _____

Parte 6 - Requisito especial del testigo si usted se halla en una institución de enfermería especializada

(6.1) El defensor u "ombudsman" del paciente debe firmar la siguiente declaración:

DECLARACIÓN DEL DEFENSOR (OMBUDSMAN) DEL PACIENTE

Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes de California que soy defensor u "ombudsman" del paciente designado por el Departamento de la Vejez de California y que sirvo como testigo según lo requiere la sección 4675 del Código Testamentario:

Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____

Dirección: _____ Fecha: _____

Certificación del notario público (no se requiere si la firman dos testigos)

Estado de California, Condado de _____. Hoy, _____ de _____de _____, compareció personalmente ante mí, notario público abajo firmante en y autorizado por dicho Estado, _____, a quien conozco personalmente o que se me probó con pruebas satisfactorias que se trata de la persona cuyo nombre se halla firmado en el presente instrumento, que me indicó que lo aceptó.

En fe de lo cual, firmo y pongo mi sello oficial [Seal]

Firma _____