

# Una Directriz Avanzada Para Carolina del Norte (*An Advance Directive for North Carolina*)

## Un Formulario Práctico para todo Adulto (*A Practical Form for All Adults*)

### Introducción (*Introduction*)

Este formulario le permite expresar sus deseos para atención de salud en el futuro y guiar decisiones sobre esa atención. Éste no se refiere a decisiones de finanzas. Aunque legalmente no se requiere que usted tenga una Directriz Avanzada, completar este formulario, puede ayudarle a recibir la atención de salud que usted desea.

Si tiene 18 años de edad o más y puede hacer y comunicar decisiones de atención de salud, podrá usar este formulario.

Este formulario tiene tres partes. Usted puede completar sólo la Parte A, sólo la Parte B o ambas Partes A y B. Para que esta directriz avanzada tenga efecto legal, usted tiene que completar la Parte C de este formulario. Favor de mantener juntas las cinco páginas de este formulario e incluya todas las cinco páginas si comparte copias con sus seres queridos o proveedores de atención de salud.

Este formulario se atiene a las leyes de North Carolina [en NCGS desde § 32A-15 hasta 32A-27 y desde § 90-320 hasta 90-322].

*(This form allows you to express your wishes for future health care and to guide decisions about that care. It does not address financial decisions. Although there is no legal requirement for you to have an advance directive, completing this form may help you to receive the health care you desire. If you are 18 years old or older and are able to make and communicate health care decisions, you may use this form.*

*This form has three parts. You may complete Part A only, or Part B only, or both Parts A and B. To make this advance directive legally effective, you must complete Part C of this form. Please keep all five pages of this form together and include all five pages of the form in any copies you may share with your loved ones or health care providers.*

*This form complies with North Carolina law [in NCGS § 32A-15 through 32A-27 and § 90-320 through 90-322].)*

### Parte A: Poder Legal para Atención de Salud (*Health Care Power of Attorney*)

1. **¿Qué es un poder legal para atención de salud?** Un poder legal para atención de salud es un documento legal en el cual usted nombra otra persona, llamada un “agente de atención de salud”, para tomar decisiones de atención de salud por usted cuando usted no pueda hacer esas decisiones.  
*What is a health care power of attorney? (A health care power of attorney is a legal document in which you name another person, called a “health care agent,” to make health care decisions for you when you are not able to make those decisions for yourself.)*
2. **¿Quién puede ser agente de atención de salud?** Cualquier persona competente de al menos 18 años de edad y que no sea su proveedor de atención de salud pagado puede ser su agente de atención de salud.  
*(Who can be a health care agent? Any competent person who is at least 18 years old and who is not your paid health care provider may be your health care agent.)*
3. **¿Cómo debe escoger su agente de atención de salud?** Usted debe escoger su agente de atención de salud con mucho cuidado, porque esa persona tendrá autoridad amplia para tomar decisiones sobre su atención de salud. Un buen agente de atención de salud es alguien quien le conoce bien, está disponible para representarle cuando necesite y está dispuesto a honrar sus deseos. Es muy importante hablar con su agente de atención de salud sobre sus objetivos y deseos para su atención de salud en el futuro, para que él o ella sepa qué atención usted desea.

*(How should you choose your health care agent? You should choose your health care agent very carefully, because that person will have broad authority to make decisions about your health care. A good health care agent is someone who knows you well, is available to represent you when needed, and is willing to honor your wishes. It is very important to talk with your health care agent about your goals and wishes for your future health care, so that he or she will know what care you want.)*

4. **¿Qué decisiones puede hacer su agente de atención de salud?** A menos que usted limite el poder de su agente de atención de salud en la Sección 2 de la Parte A de este formulario, su agente de atención de salud puede hacer toda decisión de atención de salud por usted, incluyendo:

- iniciar o detener medidas de prolongar la vida
- decisiones sobre tratamientos de salud mental
- escoger sus doctores y facilidades de servicio
- revisar y compartir su información médica
- autopsias y disposición de su cuerpo después de fallecer

*(What decisions can your health care agent make? Unless you limit the power of your health care agent in Section 2 of Part A of this form, your health care agent can make all health care decisions for you, including:*

- starting or stopping life-prolonging measures
- decisions about mental health treatment
- choosing your doctors and facilities
- reviewing and sharing your medical information
- autopsies and disposition of your body after death)

5. **¿Puede su agente de atención de salud donar sus órganos y tejidos después de usted fallecer?** Sí, si usted opta darle este poder a su agente de atención de salud en el formulario. Para hacer esto, tiene que poner sus iniciales en la declaración de la Sección 3 de la Parte A.

*(Can your health care agent donate your organs and tissues after your death? Yes, if you choose to give your health care agent this power on the form. To do this, you must initial the statement in Section 3 of Part A.)*

6. **¿Cuándo será efectivo este poder legal para atención de salud?** Este documento será efectivo si su doctor determina que usted ha perdido la habilidad de hacer sus propias decisiones de atención de salud.

*(When will this health care power of attorney be effective? This document will become effective if your doctor determines that you have lost the ability to make your own health care decisions.)*

7. **¿Cómo puede revocar este poder legal para atención de salud?** Si está competente, usted puede revocar este poder legal para atención de salud de cualquier manera que quede claro su deseo de revocarlo. Por ejemplo, puede destruir este documento, escribir “nulo” sobre el documento, decirle a su doctor que está revocando el documento, o completar un nuevo poder legal de atención de salud.

*(How can you revoke this health care power of attorney? If you are competent, you may revoke this health care power of attorney in any way that makes clear your desire to revoke it. For example, you may destroy this document, write “void” across this document, tell your doctor that you are revoking the document, or complete a new health care power of attorney.)*

8. **¿Quién toma decisiones de atención de salud por mí si no nombro un agente de atención de salud y no puedo hacer mis propias decisiones?** Si usted no tiene un agente de atención de salud, la ley de NC requiere que los proveedores de atención de salud recurran a los siguientes individuos según el orden a continuación: encargado legal; un abogado asignado bajo un poder general (POA, por sus siglas en inglés) si ese POA incluye el derecho a hacer decisiones de atención de salud; un esposo o esposa; una mayoría entre sus padres e hijos adultos; una mayoría entre sus hermanos mayores de edad; o un individuo que tenga una relación establecida con usted, quien actúa en buena fe y que pueda comunicar sus deseos. Si no hay nadie, la ley permite que su doctor haga decisiones por usted siempre y cuando otro doctor esté de acuerdo con esas decisiones.

*(Who makes health care decisions for me if I don't name a health care agent and I am not able to make my own decisions? If you do not have a health care agent, NC law requires health care providers to look to the following individuals, in the order listed below: legal guardian; an attorney-in-fact under a general power of attorney (POA) if that POA includes the right to make health care decisions; a husband or wife; a majority of your parents and adult children; a majority of your adult brothers and sisters; or an individual who has an established relationship with you, who is acting in good faith and who can convey your wishes. If there is no one, the law allows your doctor to make decisions for you as long as another doctor agrees with those decisions.)*

## Parte B: Testamento en Vida (*Living Will*)

1. **¿Qué es un testamento en vida?** En Carolina del Norte, un testamento en vida le permite declarar sus deseos de no recibir medidas para prolongar la vida en cualquiera o todas las siguientes situaciones:
  - Usted tiene una condición incurable que resultará en su muerte en un periodo de corto tiempo.
  - Usted está inconsciente, y sus doctores están confiados de que no puede recobrar la conciencia.
  - Usted tiene demencia avanzada u otra pérdida sustancial e irreversible de función mental.

*(What is a living will? In North Carolina, a living will lets you state your desire not to receive life-prolonging measures in any or all of the following situations:*

  - *You have a condition that is incurable that will result in your death within a short period of time.*
  - *You are unconscious, and your doctors are confident that you cannot regain consciousness.*
  - *You have advanced dementia or other substantial and irreversible loss of mental function.)*
2. **¿Qué son medidas para prolongar la vida?** Las medidas para prolongar la vida son tratamientos médicos que sólo sirven para posponer la muerte, incluyendo máquinas para respirar, diálisis renal, antibióticos, alimentación por tubo (nutrición e hidratación artificial), y formas similares de tratamiento.
 

*(What are life-prolonging measures? Life-prolonging measures are medical treatments that would only serve to postpone death, including breathing machines, kidney dialysis, antibiotics, tube feeding (artificial nutrition and hydration), and similar forms of treatment.)*
3. **¿Se pueden suprimir o detener medidas para prolongar la vida sin un testamento en vida?** Sí, bajo ciertas circunstancias. Si puede expresar sus deseos, podrá rechazar medidas para prolongar la vida. Si no puede expresar sus deseos, entonces hay que obtener permiso de aquellos individuos que hacen decisiones por usted.
 

*(Can life-prolonging measures be withheld or stopped without a living will? Yes, in certain circumstances. If you are able to express your wishes, you may refuse life-prolonging measures. If you are not able to express your wishes, then permission must be obtained from those individuals who are making decisions on your behalf.)*
4. **¿Qué tal si usted desea recibir alimentación por tubo (nutrición e hidratación artificial)?** Usted puede expresar su deseo de recibir alimentación por tubo bajo toda circunstancia. Para hacer esto, tiene que poner sus iniciales en la declaración de la Sección 2 de la Parte B.
 

*(What if you want to receive tube feeding (artificial nutrition and hydration)? You may express your wish to receive tube feeding in all circumstances. To do this, you must initial the statement in Section 2 of Part B.)*
5. **¿Cómo puede revocar este testamento en vida?** Usted puede revocar este testamento en vida al declarar o escribir de manera clara que desea hacerlo. Por ejemplo, puede destruir el documento, escribir “anulado” sobre el documento, decirle a su doctor que revoca el documento, o completa un nuevo testamento en vida.
 

*(How can you revoke this living will? You may revoke this living will by clearly stating or writing in any clear manner that you wish to do so. For example, you may destroy the document, write “void” across the document, tell your doctor that you are revoking the document, or complete a new living will.)*

## **Parte C: Al Completar este Documento (*Completing this Document*)**

Para que esta directriz avanzada sea legalmente válida, tiene que completar todas las tres secciones de la Parte C. *(To make this advance directive legally effective, all three sections of Part C of the document must be completed.)*

1. Espere a tener dos testigos y un notario público presente, luego firme y feche el documento.  
*(Wait until two witnesses and a notary public are present, then sign and date the document.)*
2. Dos testigos tienen que firmar y fechar el documento en la Sección 2 de la Parte C. Estos testigos no pueden ser:
  - su pariente de sangre o político,
  - su heredero, o alguien designado en su testamento a recibir una porción de sus bienes,
  - alguien con un reclamo en contra suya o en contra de sus bienes, o
  - su doctor, otro proveedor de atención de salud o empleado de un hospital donde usted sea paciente, o un empleado del asilo de ancianos u hogar de adultos donde usted vive.*(Two witnesses must sign and date the document in Section 2 of Part C. These witnesses cannot be:*
  - *related to you by blood or marriage,*
  - *your heir, or a person named to receive a portion of your estate in your will,*
  - *someone who has a claim against you or against your estate, or*
  - *your doctor, other health care provider, or an employee of a hospital in which you are a patient, or an employee of the nursing home or adult care home where you live.)*
3. Un notario público tiene que atestiguar las firmas y notarizar el documento en la Sección 3 de la Parte C.  
*(A notary public must witness these signatures and notarize the document in Section 3 of Part C.)*

# Parte A: Poder Legal para Atención de Salud (Elección de un Agente de Atención de Salud)

## *(Part A: Health Care Power of Attorney (Choosing a Health Care Agent))*

Si no desea designar un agente de atención de salud, tache toda esta parte y ponga sus iniciales aquí \_\_\_\_.

*(If you do not wish to appoint a health care agent, strike through this entire part and initial here)*

Mi nombre es *(my name is)*: \_\_\_\_\_

Mi fecha de Nacimiento es *(my birth date is)*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1. La persona que elijo como mi agente de atención de salud es *(The person I choose as my health care agent is)* :

\_\_\_\_\_  
primer nombre *(first name)*

\_\_\_\_\_  
segundo nombre *(middle name)*

\_\_\_\_\_  
apellido *(last name)*

\_\_\_\_\_  
dirección: calle *(street address)*

\_\_\_\_\_  
ciudad *(city)*

\_\_\_\_\_  
estado *(state)*

\_\_\_\_\_  
código postal *(zip code)*

\_\_\_\_\_  
teléfono de casa *(home phone)*

\_\_\_\_\_  
teléfono de trabajo *(work phone)*

\_\_\_\_\_  
celular *(cell phone)*

\_\_\_\_\_  
correo electrónico *(e-mail address)*

Si esta persona no puede o no quiere servir como mi agente de atención de salud, mi siguiente opción es:  
*(If this person is unable or unwilling to serve as my health care agent, my next choice is)*

\_\_\_\_\_  
primer nombre *(first name)*

\_\_\_\_\_  
segundo nombre *(middle name)*

\_\_\_\_\_  
apellido *(last name)*

\_\_\_\_\_  
dirección: calle *(street address)*

\_\_\_\_\_  
ciudad *(city)*

\_\_\_\_\_  
estado *(state)*

\_\_\_\_\_  
código postal *(zip code)*

\_\_\_\_\_  
teléfono de casa *(home phone)*

\_\_\_\_\_  
teléfono de trabajo *(work phone)*

\_\_\_\_\_  
celular *(cell phone)*

\_\_\_\_\_  
correo electrónico *(e-mail address)*

### 2. Instrucciones Especiales *(Special Instructions)*:

NOTA: En esta sección, usted puede incluir **cualquier instrucción especial** que desea que siga su agente de atención de salud, o **cualquier limitación** que desea imponer en las decisiones de atención de salud que pueda hacer su agente, incluyendo decisiones sobre alimentación por tubo, otros tratamientos para prolongar la vida, tratamientos de atención mental, autopsia, disposición de su cuerpo después de fallecer y donación de órganos.

**Si no tiene instrucciones especiales para su agente de atención de salud, o ninguna limitación que desea imponer en la autoridad de su agente, favor trazar una línea sobre esta sección.**

*(NOTE: In this section, you may include **any special instructions** you want your health care agent to follow, or **any limitations** you want to put on the decisions your health care agent can make, including decisions about tube feeding, other life-prolonging treatments, mental health treatments, autopsy, disposition of your body after death, and organ donation.*

***If you do not have any special instructions for your health care agent, or any limitations you want to put your agent's authority, please draw a line through this section.)***

---

---

---

---

---

---

---

**3. Donación de Órganos (Organ Donation):**

\_\_\_\_ (iniciales) Mi agente de atención de salud puede donar mis órganos, tejidos o partes después de mi muerte. *(My health care agent may donate my organs, tissues, or parts after my death.)*

*(Nota: si no escribe sus iniciales, su agente de atención de salud no podrá donar sus órganos o partes.)*  
*(Please note: if you do not initial above, your health care agent will not be able to donate your organs or parts.)*

## Parte B: Testamento en Vida

### *(Part B: Living Will)*

Si no desea preparar un testamento en vida, tache toda esta sección y ponga sus iniciales aquí \_\_\_\_\_.  
*(If you do not wish to prepare a living will, strike through this entire part and initial here.)*

Mi nombre es (*my name is*): \_\_\_\_\_

Mi fecha de nacimiento es (*my birth date is*): \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_

**1. Si no puedo hacer o comunicar decisiones de atención de salud, deseo que no se prolongue mi vida con medidas para prolongar la vida en las siguientes situaciones** (puede poner sus iniciales en cualquiera o todas estas opciones) *(If I am unable to make or communicate health care decisions, I desire that my life not be prolonged by life-prolonging measures in the following situations (you may initial any or all of these choices))* :

\_\_\_\_\_ (iniciales) Tengo una condición que no tiene cura y que resultará en mi muerte en un período de tiempo relativamente corto. *(I have a condition that cannot be cured and that will result in my death within a relatively short period of time.)*

\_\_\_\_\_ (iniciales) Pierdo la conciencia y mis doctores determinan, con alto grado de certeza médica, que nunca recuperaré la conciencia. *(I become unconscious and my doctors determine that, to a high degree of medical certainty, I will never regain any consciousness.)*

\_\_\_\_\_ (iniciales) Sufro de demencia avanzada o cualquier otra condición que resulte en una pérdida sustancial en mi habilidad de pensar, y mis doctores determinan, con alto grado de certeza médica, que esto no va a mejorar. *(I suffer from advanced dementia or any other condition which results in the substantial loss of my ability to think, and my doctors determine that, to a high degree of medical certainty, this is not going to get better.)*

**2. \_\_\_\_\_ (iniciales) Aunque no deseo que se prolongue mi vida con otras medidas para prolongar la vida en las situaciones para las cuales puse mis iniciales en la sección 1 anterior, SÍ DESEO recibir alimentación por tubo en esas situaciones** (ponga sus iniciales aquí sólo si SÍ desea alimentación por tubo en esas situaciones). *(Even though I do not want my life prolonged by other life-prolonging measures in the situations I have initialed in section 1 above, IDO want to receive tube feeding in those situations (initial here only if you DO want tube feeding in those situations).*

**3. Deseo que me tengan lo más cómodo posible.** Quiero que mis proveedores de atención de salud me tengan lo más limpio, cómodo, y libre de dolor posible, aunque este cuidado pueda apresurar mi muerte. *(I wish to be made as comfortable as possible. I want my health care providers to keep me as clean, comfortable, and free of pain as possible, even though this care may hasten my death.)*

**4. Mis proveedores de atención de salud pueden contar con este testamento en vida para rechazar o discontinuar medidas para prolongar la vida en las situaciones anteriores donde puse mis iniciales.** *(My health care providers may rely on this living will to withhold or discontinue life-prolonging measures in the situations I have initialed above.)*

**5. Si he designado un agente de atención en la Parte A de esta directriz avanzada o un documento similar, y ese agente de atención de salud da instrucciones que difieren con los deseos expresados en este testamento en vida, entonces:** (NOTA: ponga sus iniciales en **SÓLO UNA** de las siguientes opciones):  
*(If I have appointed a health care agent in Part A of this advance directive or a similar document, and that health care in Part A of this advance directive or a similar document, and that health care agent gives instructions that differ from the desires expressed in this living will, then: (NOTE: initial ONLY ONE of the two choices below):*

\_\_\_\_\_ (iniciales) **Sígase este testamento en vida.** Mi agente de atención de salud no puede hacer decisiones que difieran con lo que yo he declarado en este testamento en vida.  
*(Follow this living will. My health care agent cannot make decisions that are different from what I have stated in this living will.)*

\_\_\_\_\_ (iniciales) **Sígase al agente de atención de salud.** Mi agente de atención de salud tiene la autoridad para hacer decisiones que difieran con lo que yo he indicado en este testamento en vida.  
*(Follow health care agent. My health care agent has the authority to make decisions that are different from what I have indicated in this living will.)*



# Part C: Completing this Document (wait until two witnesses and a notary public are present before you sign!)

## 1. Your Signature

I am mentally alert and competent, and I am fully informed about the contents of this document.

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

## 2. Signatures of Witnesses

I hereby state that the person named above, \_\_\_\_\_, being of sound mind, signed (or directed another to sign on the person's behalf) the foregoing document in my presence. I am not related to the person by blood or marriage, and I would not be entitled to any portion of the estate of the person under any existing will or codicil of the person or as an heir under the law, if the person died on this date without a will. I am not the person's attending physician. I am not a licensed health care provider or mental health treatment provider who is (1) an employee of the person's attending physician or mental health treatment provider, (2) an employee of the health facility in which the person is a patient, or (3) an employee of a nursing home or any adult care home where the person resides. I do not have any claim against the person or the estate of the person.

Date: \_\_\_\_\_ Signature of Witness: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature of Witness: \_\_\_\_\_

## 3. Notarization

\_\_\_\_\_ COUNTY, \_\_\_\_\_ STATE

Sworn to (or affirmed) and subscribed before me this day by

\_\_\_\_\_ (type/print name of signer)

\_\_\_\_\_ (type/print name of witness)

\_\_\_\_\_ (type/print name of witness)

Date: \_\_\_\_\_  
*(Official Seal)* \_\_\_\_\_  
*Signature of Notary Public*

\_\_\_\_\_, Notary Public  
*Printed or typed name*

My commission expires: \_\_\_\_\_