

The Advance Care Planning Process

El Proceso de Planificación de Atención Anticipada

As an adult with the ability to *make your own medical decisions*, you can accept, refuse, or stop medical treatment. If you lose the ability to make your own medical decisions (for instance, because of an accident or sudden illness), someone else will have to make those decisions for you. You can choose the person you want to take reasonable steps to follow your preferences and instructions for care. This person is called your “Patient Advocate.”

Como adulto con la capacidad de *tomar sus propias decisiones médicas*, usted puede aceptar, rechazar o suspender el tratamiento médico. Si pierde la capacidad de tomar sus propias decisiones médicas (por ejemplo, debido a un accidente o enfermedad repentina), alguien más deberá tomar esas decisiones por usted. Puede elegir a la persona que desea que tome las medidas razonables para cumplir sus preferencias e instrucciones de atención. Esta persona se conoce como su “Representante del Paciente”.

You should thoughtfully identify your personal values, beliefs, wishes, and treatment goals regarding serious illness or end of life care. Your Patient Advocate needs to understand your treatment goals and values, and be willing to act on your behalf, if and when necessary.

In Michigan, two physicians – or your attending physician and a licensed psychologist – have to examine you and declare that you lack medical decision-making ability (also called decision-making capacity) before a Patient Advocate may act on your behalf.

Debería identificar cuidadosamente sus valores, creencias, deseos personales, y sus metas de tratamiento personales con respecto a su enfermedad grave o atención médica para el final de su vida. Su Representante del Paciente necesita entender sus metas de tratamiento y valores, así como estar dispuesto a actuar en su nombre, si es necesario y cuando lo sea.

En Michigan, dos médicos (o su médico tratante y un psicólogo con licencia del estado) deberán examinarlo y declarar que carece de capacidades de toma de decisiones antes de que un Representante del Paciente pueda actuar en su nombre.

**It is also important for you and your Patient Advocate to know that by Michigan law:
También es importante para usted y su Representante del Paciente conocer que, de acuerdo con la ley de Michigan:**

- Only one Patient Advocate may speak for you at any given time, in the order you listed in your Advance Directive document.
Solo un Representante del Paciente puede hablar por usted en cualquier momento, en el orden que usted indicó en su documento de instrucciones anticipadas.
- Your Patient Advocate(s) must sign the form entitled “Accepting the Role of Patient Advocate” (or a similar form) before they have authority to speak on your behalf.
Su(s) Representante(s) del Paciente debe(n) firmar el formulario llamado «Aceptación de la Designación como Representante del Paciente» [“Accepting the Role of Patient Advocate”] (o un formulario similar) antes de tener la autoridad para actuar en su nombre.

- Your Patient Advocate may make a decision to refuse or stop life-sustaining treatment only if you have clearly expressed ahead of time in your advance directive that your Advocate is permitted to do so.
Su Representante del Paciente puede tomar la decisión de rechazar o suspender un tratamiento de soporte vital solo si usted expresó claramente con anticipación en sus instrucciones anticipadas que dicha persona tiene su autorización para hacerlo.

NOTE: You may change your mind about your Patient Advocate designation at any time and communicate it in any manner. A written, signed document is recommended, but not required.

NOTA: Puede cambiar de parecer sobre su designación del Representante del Paciente en cualquier momento y comunicarla de cualquier manera. Se recomienda elaborar un documento escrito y firmado, aunque esto no es un requisito.

PLEASE NOTE: Your Patient Advocate(s)

TENGA EN CUENTA QUE: Su(s) Representante(s) del Paciente

- May be a spouse or relative, but it is not required. For some people, a friend, partner, clergy member or co-worker might be the right choice.
- Puede ser su cónyuge o un familiar, pero no es un requisito que así sea. Para algunas personas, un amigo, su pareja, un miembro del clero o un compañero de trabajo tal vez sea la mejor opción.
- Must be at least 18 years of age.
- Debe tener al menos 18 años de edad.
- Should be someone with whom you feel comfortable discussing your preferences, values, wishes and goals for future medical decision-making.
- Debe ser alguien con quien usted sienta la confianza de conversar sobre sus preferencias, valores, deseos y metas para sus futuras decisiones médicas.
- Needs to be willing to follow those preferences even if that is difficult or stressful, and even if they disagree with your treatment choices. The decisions you would want made may be different from the ones they would make for their own medical care.
- Debe estar dispuesto a cumplir esas preferencias incluso si eso es difícil o estresante, e incluso si no está de acuerdo con sus elecciones de tratamiento. Las decisiones que usted querría que se tomaran pueden ser diferentes de las que esta persona tomaría para su propia atención médica.
- Must be willing to accept the significant responsibility that comes with this role.
- Debe estar dispuesto a aceptar la responsabilidad importante que conlleva esta designación.
- Your Patient Advocate may resign their role at any time and in any manner.
- Su Representante del Paciente puede renunciar a su función en cualquier momento y de cualquier manera.

In summary, a good Patient Advocate must be able to serve as your voice and honor your wishes.

En resumen, un buen Representante del Paciente debe ser capaz de actuar como su voz y respetar sus deseos.

Instructing Your Patient Advocate(s)

Instrucciones para su(s) Representante(s) del Paciente

In order to serve you well, and to be able to follow the medical decisions you would want made, your Patient Advocate needs to know a great deal about you. The discussions between you and the person you choose to be your Patient Advocate will be unique, just as your preferences, values, wishes, goals, medical history and personal experiences are unique.

Su Representante del Paciente necesita conocer mucho sobre usted, para que pueda servir a sus intereses y tomar las decisiones que usted querría tomar. Las conversaciones entre usted y la persona que elija como su Representante del Paciente serán únicas, tal como lo son sus preferencias, valores, deseos, metas, historia clínica y experiencias personales.

It is important for you to educate and inform your Patient Advocate(s) about your preferences, values, wishes, and goals. Your advance directive can include general instructions, specific instructions, or a combination of both.

Es importante que enseñe e informe a su Representante del Paciente acerca de sus preferencias, valores, deseos y metas. Sus instrucciones anticipadas pueden incluir instrucciones generales, específicas o una combinación de ambas.

It is also important for your Patient Advocate(s) to know any particular concerns you have about medical treatment, especially any treatment you would refuse or want stopped. It is important to understand that under Michigan law, *your Patient Advocate can only make a decision to refuse or stop life-sustaining treatment if you have clearly given him or her specific permission in your Advance Directive to make that decision (see: Specific Instructions to My Patient Advocate).*

También es importante que su Representante del Paciente conozca cualquier inquietud particular que usted pudiera tener en relación con su tratamiento médico, en especial con cualquier tratamiento que usted rechazaría o querría suspender. Es importante comprender que, conforme a la ley de Michigan, *su Representante del Paciente únicamente puede tomar la decisión de rechazar o suspender un tratamiento de soporte vital si usted claramente le dio permiso para tomar esa decisión en sus instrucciones anticipadas (ver: Instrucciones específicas para mi Representante del Paciente).*

Among the topics you might want to discuss with your Patient Advocate(s) are:

Entre los temas que tal vez desearía analizar con su(s) Representante(s) del Paciente se incluyen:

- Experiences you have had in the past with family or loved ones who were ill;
- Las experiencias que haya tenido en el pasado con su familia o seres queridos que han estado enfermos;
- Spiritual and religious beliefs, especially those that concern illness and dying, and quantity versus quality of life;
- Sus creencias espirituales y religiosas, en especial con respecto a las enfermedades y la muerte; y la cantidad frente a la calidad de vida;
- Fears or concerns you have about illness, disability or death;

- Sus miedos o preocupaciones que tenga acerca de su enfermedad, discapacidad o muerte;
- What gives your life meaning or sustains you when you face serious challenges.
- Lo que le da significado a su vida o lo que le impulsa a salir adelante cuando enfrenta desafíos importantes.

If your Patient Advocate does not know what you would want in a given circumstance, it is his or her duty to decide, in consultation with your medical team, what is in your best interest.

Si su Representante del Paciente no sabe lo que usted querría en una determinada circunstancia, será su obligación decidir, en consulta con su equipo médico, qué será lo mejor para usted.

Your Patient Advocate will have your permission to: Su Representante del Paciente tendrá permiso de usted para:

- Make choices for you about your *medical care or services*, such as testing, medications, surgery, and hospitalization. If treatment has been started, he or she can keep it going or have it stopped depending upon your specific instructions;
- Tomar decisiones por usted con respecto a su *atención o servicios médicos*, como las pruebas médicas, los medicamentos, la cirugía y la hospitalización. Si el tratamiento ya ha comenzado, él o ella puede tomar la decisión de continuar o suspenderlo, dependiendo de sus instrucciones específicas;
- Interpret any instructions you have given in your Advance Directive (or in other discussions) according to his or her understanding of your wishes and values;
- Interpretar cualquier instrucción que le haya dado en sus instrucciones anticipadas (o en otras comunicaciones), de acuerdo con su entendimiento de los deseos y valores de usted;
- Review and release your medical records, mental health records, and personal files as needed for your medical care;
- Revisar y divulgar sus registros médicos, registros de salud mental y archivos personales, según sea necesario para su atención médica;
- Arrange for your medical care/treatment in whatever setting is most appropriate in Michigan or any other state, as they think is appropriate or necessary to follow the instructions and directives you have given for your care.
- Hacer los arreglos para su atención médica/tratamiento en el entorno que sea más adecuado en Michigan o en cualquier otro estado, según lo considere adecuado o necesario a fin de cumplir con las instrucciones y deseos que usted le dio en relación con su atención médica.

What Now? ¿Qué sucederá ahora?

Now that you have completed your Advance Directive, you should also take the following steps:
Ahora que ha completado su documento de Instrucciones Anticipadas, debería tomar las siguientes medidas:

- Share and discuss your Advance Directive with those you named as your Patient Advocate(s), if you haven't already done so. Make sure they feel able to perform this important job for you in the future. Have your Patient Advocate(s) sign the Patient Advocate form **as soon as possible!**
- Comparta y hable de sus instrucciones anticipadas con las personas que haya nombrado como sus Representantes del Paciente, si ya no lo ha hecho. Asegúrese de que las personas se sientan capaces de cumplir con esta labor tan importante para usted en el futuro. ¡Pida a su(s) Representante(s) del Paciente que firme(n) el formulario de designación del Representante del Paciente, y que lo haga(n) **tan pronto como sea posible!**
- Talk to the rest of your family and/or close friends who might be involved if you have a serious illness or injury. Share your values and wishes to help them understand your wishes and give them guidance on your expectations for care. Make sure they know the names of your Patient Advocate(s).
- Hable con el resto de su familia y/o sus amigos cercanos, quienes podrían estar involucrados en las decisiones sobre su tratamiento si usted sufre una enfermedad o lesión grave. Comparta sus valores y deseos para ayudarlos a entender lo que quiere y bríndeles orientación sobre sus expectativas de atención. Asegúrese de que estas personas conozcan los nombres de sus Representantes del Paciente.
- Talk to your doctor and healthcare providers about your Advance Directive and any specific instructions you have indicated on it. Help them to understand your wishes and give them guidance on your expectations for care.
- Hable con su médico y proveedores de atención médica sobre sus instrucciones anticipadas y cualquier indicación específica que haya incluida en ellas. Ayúdelos a entender sus deseos y bríndeles orientación sobre sus expectativas de atención.
- Keep a copy of your Advance Directive where it can be easily found (do NOT place it in a safe deposit box or locked safe at home).
- Conserve una copia de sus instrucciones anticipadas en un lugar donde se puedan encontrar fácilmente (NO las coloque dentro de una caja fuerte privada).
- Take a copy of your Advance Directive with you to any doctor appointment, hospital or care setting and ask that it be placed in your medical record.
- Si acude a una consulta médica, un hospital o un centro de atención, lleve con usted una copia de sus instrucciones anticipadas y pida que se las incluya en sus registros médicos.
- Consider registering your Advance Directive with the Michigan Health Information Network (MiHIN) secure electronic storage and retrieval system.
- Considere registrar sus instrucciones anticipadas en el almacenamiento electrónico seguro y en el sistema de recuperación de la Red de Información de Salud de Michigan (*Michigan Health Information Network, MiHIN*).

Review your Advance Directive every time you have an annual physical exam or whenever one of the “Five D’s” occur:

Revisar sus Instrucciones Anticipadas cada vez que le realicen un examen médico anual o siempre que ocurra una de estas “Cinco D”:



Decade – when you start each new decade of your life.

Década – siempre que comience una nueva década de vida.

Death – whenever you experience the death of a loved one.

Defunción – siempre que ocurra la muerte de un ser querido.

Divorce – if you (or your Patient Advocate) experience a divorce or other major family change.

Divorcio – si usted (o su Representante del Paciente) experimentan un divorcio o algún otro cambio importante en sus familias.

Diagnosis – if you are diagnosed with a serious health condition.

Diagnóstico – cuando se le diagnostique una afección médica grave.

Decline – if you experience a significant decline or deterioration of an existing health condition, especially when you are unable to live on your own.

Debilitamiento – cuando sufre un debilitamiento o deterioro considerable como consecuencia de una afección médica existente, en especial si no es capaz de vivir solo.

Upon your request, a copy will also be sent to any other physician or healthcare facility providing care to you. *Photocopies of an Advance Directive may be treated as originals.*

Si así lo solicita, también se enviará una copia del documento a cualquier médico o centro que le proporcione atención médica. *Las fotocopias de las instrucciones anticipadas pueden tratarse como documentos originales.*

Burial/Cremation Preference

Preferencia de Entierro/Cremación

Burial/Cremation Preference

Preferencia de Entierro/Cremación

My burial or cremation preference is: *(initial only one)*

Con respecto al entierro o la cremación, yo prefiero: *(indicar con iniciales solo una opción)*

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Burial | <input type="checkbox"/> Cremation | <input type="checkbox"/> Green Burial (environmentally friendly) |
| <input type="checkbox"/> Entierro | <input type="checkbox"/> Cremación | <input type="checkbox"/> Entierro ecológico (no daña el medio ambiente) |
| <input type="checkbox"/> Burial or Cremation, at the discretion of my next-of-kin | | |
| <input type="checkbox"/> Entierro o Cremación, según la decisión de mi familiar más cercano | | |
| <input type="checkbox"/> I have appointed a Funeral Representative (requires a separate legal document) | | |
| <input type="checkbox"/> He nombrado a un Representante Funerario (se requiere de un documento legal separado) | | |

I choose not to complete this section.

Opto por no completar esta sección.

Who holds a copy of this Advance Directive? ¿Quién tiene una copia de estas Instrucciones Anticipadas?

Healthcare Providers:

Proveedores de atención médica:

Contact Name (Nombre del contacto): _____ Phone (Teléfono): _____

Address (Dirección): _____

Contact Name (Nombre del contacto): _____ Phone (Teléfono): _____

Address (Dirección): _____

Hospital System Medical Records Department:

Departamento de archivos clínicos del sistema hospitalario:

Name (Nombre): _____

Others (e.g.: family members, friends, clergy, attorney):

Otros (por ejemplo: familiares, amigos, clérigos, abogado):

Contact Name (Nombre del contacto): _____ Phone (Teléfono): _____

Address (Dirección): _____

Contact Name (Nombre del contacto): _____ Phone (Teléfono): _____

Address (Dirección): _____

Contact Name (Nombre del contacto): _____ Phone (Teléfono): _____

Address (Dirección): _____

Contact Name (Nombre del contacto): _____ Phone (Teléfono): _____

Address (Dirección): _____

Contact Name (Nombre del contacto): _____ Phone (Teléfono): _____

Address (Dirección): _____

_____ My Advance Directive is electronically stored and is securely accessible to hospitals statewide via Michigan Health Information Network www.mihin.org/advance-care-planning.

_____ Mis Instrucciones Anticipadas están almacenadas electrónicamente y son accesibles de manera segura para hospitales de todo el estado a través de la Red de Información de Salud de Michigan (*Michigan Health Information Network*) www.mihin.org/advance-care-planning.

_____ Other: _____

_____ Otro: _____