

# Overview: Advance Care Planning is a process

## Resumen: La planificación de Atención Anticipada es un proceso.

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 make those decisions – called your “Patient Advocate” – and give that person information about your preferences, values, beliefs, wishes and goals that will help him or her make the decisions you would want.

*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. Usted puede elegir a la persona que desea que tome estas decisiones, denominada “Representante del Paciente”, y puede entregarle toda la información acerca de sus preferencias, valores, creencias, deseos y metas que le ayudarán a tomar las decisiones que usted desearía.*

You should thoughtfully identify your personal values, beliefs, wishes, and treatment goals regarding end of life care. With those values and beliefs in mind, you should then choose your Patient Advocate. Your Patient Advocate needs to learn your treatment goals and values, and be willing to act on your behalf, if and when necessary.

*Debería identificar cuidadosamente sus valores, creencias, deseos personales, y sus metas de tratamiento personales con respecto a su atención médica para el final de su vida. Con estos valores y creencias en mente, estará en mejor posición para elegir a su Representante del Paciente. Su Representante del Paciente necesita conocer sus metas y valores de tratamiento y debería estar dispuesto a actuar en su nombre cuando sea necesario.*

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

*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:**

- While you may appoint a Patient Advocate and alternate Patient Advocate(s), only one person may act as your Patient Advocate at any given time.
- *Usted puede designar a un Representante del Paciente y a uno o más Representantes Alternos del Paciente, pero solo una persona puede actuar como su Representante del Paciente a la vez.*
- Your Patient Advocate(s) must sign the form entitled “Accepting the Role of Patient Advocate” (or a similar form) before acting on your behalf.
- *Su(s) Representante(s) del Paciente debe(n) firmar el formulario “Accepting the Role of Patient Advocate” [Aceptación de la designación como Representante del Paciente] (o un formulario similar) antes de actuar en su nombre.*
- Your Patient Advocate may make a decision to refuse or stop life-sustaining treatment only if you have clearly expressed that he or she is permitted to do so.
- *Su Representante del Paciente puede tomar la decisión de rechazar o suspender un tratamiento de soporte vital sólo si usted expresó claramente que dicha persona tiene su autorización para hacerlo.*

NOTE: This Advance Directive will replace any Advance Directive you have completed in the past. You may change your mind about your Patient Advocate designation at any time by communicating in any manner that this designation does not reflect your wishes. A written, signed document is recommended, but not required.

NOTA: Estas Instrucciones Anticipadas reemplazarán todas las otras Instrucciones Anticipadas que haya completado en el pasado. En cualquier momento, usted puede cambiar de mente acerca de la designación de su Representante del Paciente, y puede hacerlo comunicando de cualquier manera que esta designación ya no refleja sus deseos. Se recomienda elaborar un documento escrito y firmado, aunque esto no es un requisito.

PLEASE NOTE:

TENGA EN CUENTA QUE:

- Your Patient Advocate may be a spouse or relative, but it is not required. For some people, a friend, partner, clergy or co-worker might be the right choice.
- Su Representante del Paciente 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.
- Your Patient Advocate must be at least 18 years of age.
- Su Representante del Paciente debe tener al menos 18 años de edad.

- He or she should be someone with whom you feel comfortable discussing your preferences, values, wishes and goals for future medical decision-making.
- Esta persona debe ser alguien con quien usted sienta la confianza de conversar sobre sus preferencias, valores, deseos y metas para sus futuras decisiones médicas.
- He or she needs to be willing to follow those preferences even if that is difficult or stressful, and even if the decisions you would want made are different from the ones he or she would make for his or her own medical care.
- Esta persona debe estar dispuesta a respetar estas preferencias incluso si le resulta difícil o estresante, e incluso si las decisiones que usted desearía tomar son diferentes a las que él o ella tomaría para su propia atención médica.
- Your Patient Advocate must be willing to accept the significant responsibility that comes with this role.
- Su Representante del Paciente debe estar dispuesto a aceptar la responsabilidad importante que conlleva esta designación.

**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

## *Instrucciones para su Representante del Paciente*

It is important for you to educate and inform your Patient Advocate about your preferences, values, wishes, and goals. You can give 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. Puede darle instrucciones generales, específicas o una combinación de ambas.*

It is also important for your Patient Advocate 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 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 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 (ver: Instrucciones específicas para mi Representante del Paciente).*

In order to serve you well, and to be able to make 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.*

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

*Entre los temas que tal vez desearía analizar con su Representante 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;
- *Sus creencias espirituales y religiosas, en especial con respecto a las enfermedades y la muerte;*
- 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 this form (or in other discussions) according to his or her understanding of your wishes and values;
- *Interpretar cualquier instrucción que le haya dado en este formulario (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 and hospitalization in Michigan or any other state, as he or she thinks appropriate or necessary to follow the instructions and directives you have given for your care.
- *Hacer los arreglos para su atención médica, tratamiento y hospitalización 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:*

- Tell the person you named as your Patient Advocate, if you haven't already done so. Make sure he or she feels able to perform this important job for you in the future. Have your Patient Advocate sign the Patient Advocate form **as soon as possible!**
- *Informe a la persona que la designará como su Representante del Paciente, si aún no lo ha hecho. Asegúrese de que esa persona se sienta capaz de cumplir con esta labor tan importante para usted en el futuro. ¡Pida a su Representante del Paciente que firme el formulario de designación del Representante del Paciente, y que lo haga 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. Make sure they know your wishes and 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. Asegúrese de que estas personas conozcan sus deseos y el nombre de su Representante del Paciente, así como cualquier Representante Alterno del Paciente que haya designado.*
- Make sure your wishes are understood and will be followed by your doctor or other health care providers.
- *Asegúrese de que todos comprendan sus deseos y que su médico u otros proveedores de atención médica seguirán sus instrucciones.*
- Keep a copy of your Advance Directive where it can be easily found (do NOT place it in a safe deposit box!).
- Conserve una copia de sus Instrucciones Anticipadas en un lugar donde se puedan encontrar fácilmente (¡NO las coloque dentro de una caja fuerte privada!).
- If you go to a hospital or a nursing home, take a copy of your Advance Directive with you and ask that it be placed in your medical record.
- *Si acude a un hospital o centro de convalecencia, lleve con usted una copia de sus Instrucciones Anticipadas y pida que se incluya en su registro médico.*

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 relied upon as though they were originals.*

*Si así lo solicita, también se enviará una copia del documento a cualquier médico o centro que le proporcione atención médica. Es posible utilizar fotocopias de las Instrucciones Anticipadas como si fueran el original.*

# 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 registros médicos 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*): \_\_\_\_\_

*He autorizado que se archiven mis Instrucciones Anticipadas en el sistema de*  
*I have authorized my Advance Directive to be registered with*

*Great Lakes Health Connect*  \_\_\_\_\_