

Before completing this document, take time to read it carefully. **It also is very important that you discuss your views, your values, and this document with your Patient Advocate.** If you do not closely involve your Patient Advocate, and you do not make a clear plan together, your views and values may not be fully respected because they will not be understood.

*Antes de completar este documento, tómesese el tiempo para leerlo atentamente. **También es muy importante que hable acerca de sus puntos de vista, sus valores y este documento con su Representante del paciente.** Si no involucra íntimamente a su Representante del paciente y no elaboran un plan claro juntos, sus puntos de vista y sus valores podrían no respetarse totalmente, porque podrían no ser comprendidos.*

This document was developed to meet the legal requirements of Michigan. It is not designed to replace the counsel of your attorney.

Este documento se creó para satisfacer los requisitos legales de Michigan. No fue designado para sustituir el consejo de su abogado.

This is an Advance Directive for (print legibly):

Esta es una instrucción anticipada para (escribir en forma legible con letra de molde):

Name (Nombre): _____ Date of Birth (fecha de nac.): _____

Last 4 digits of SSN (Últimos 4 dígitos de su No. de Seguro Social): _____

Telephone (Teléfono) (Day) (Día): _____ (Evening) (Noche): _____ (Cell) (Celular): _____

Address (Dirección): _____

City/State/ZipCode (Ciudad/Estado/C.P.): _____

Where I would like to receive hospital care (whenever possible):

Hospital donde me gustaría recibir atención médica (siempre que fuera posible): _____

Advance Directive: My Patient Advocate

Instrucciones Anticipadas: Mi Representante del Paciente

If I am no longer able to make my own health care decisions, this document names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Patient Advocate. This person will make my health care decisions when I am determined, by either two physicians or a physician and licensed psychologist, to be incapable of making health care decisions. I understand that it is important to have ongoing discussions with my Patient Advocate about my health and health care choices. I hereby give my Patient Advocate permission to send a copy of this document to other doctors, hospitals and health care providers that provide my medical care.

En caso de que ya no fuera capaz de tomar mis propias decisiones sobre la atención médica, en este documento nombro a la persona que elijo para que tome esas decisiones en mi nombre. Esta persona será mi Representante del Paciente. Esta persona tomará mis decisiones sobre atención médica cuando dos médicos o un médico y un psicólogo decidan que ya no

soy capaz de tomar decisiones sobre mi atención médica. Entiendo que es importante tener conversaciones regularmente con mi Representante del Paciente acerca de mi salud y mis opciones médicas. Por este medio otorgo a mi Representante del Paciente el permiso para enviar una copia de este documento a otros médicos, hospitales y proveedores de atención médica que me brinden atención.

(NOTE: If your wishes change, you may revoke your Patient Advocate Designation at any time and in any manner sufficient to communicate an intent to revoke. It is recommended that you complete a new Advance Directive and give it to everyone who has a previous copy.)

(NOTA: Si sus deseos cambian, puede revocar su Designación del Representante del Paciente en cualquier momento y de cualquier forma que sea suficiente para comunicar la intención de revocación. Se recomienda que complete una Instrucción Anticipada nueva y la entregue a todos quienes tuvieran una copia anterior).

The person I choose as my Patient Advocate is

La persona que nombro como mi Representante del Paciente es:

Name (Nombre): _____ Relationship (if any) (Parentesco (si lo hubiera)): _____

Telephone (Teléfono) (Day) (Día): _____ (Evening) (Noche): _____ (Cell) (Celular): _____

Address (Dirección): _____

City/State/Zip Code (Ciudad/Estado/C.P.): _____

Advance Directive: My Patient Advocate

Instrucciones Anticipadas: Mi Representante del Paciente

First Alternate (Successor) Patient Advocate (strongly advised)

Primera alternativa (Sucesor) del Representante del Paciente (enérgicamente recomendado)

If Patient Advocate above is not capable or willing to make these choices for me, then I designate the following person to serve as my Patient Advocate.

Si el Representante del paciente antes mencionado no pudiera o no quisiera tomar estas decisiones por mí, entonces designo a la siguiente persona para que funja como mi Representante del paciente.

Name (Nombre): _____ Relationship (if any) (Parentesco (si lo hubiera)): _____

Telephone (Teléfono) (Day) (Día): _____ (Evening) (Noche): _____ (Cell) (Celular): _____

Address (Dirección): _____

City/State/Zip Code (Ciudad/Estado/C.P.): _____

Second Alternate (Successor) Patient Advocate (strongly advised)

Segunda alternativa (Sucesor) del Representante del Paciente (enérgicamente recomendado)

If the Patient Advocates named above are not capable or willing to make these choices for me, then I designate the following person to serve as my Patient Advocate.

Si el Representante del paciente antes mencionado no pudiera o no quisiera tomar estas decisiones por mí, entonces designo a la siguiente persona para que funja como mi Representante del paciente.

Name (Nombre): _____ Relationship (if any) (Parentesco (si lo hubiera)): _____

Telephone (Teléfono) (Day) (Día): _____ (Evening) (Noche): _____ (Cell) (Celular): _____

Address (Dirección): _____

City/State/Zip Code (Ciudad/Estado/C.P.): _____

Advance Directive Signature Page

Página de firmas de las Instrucciones Anticipadas

I have instructed my Patient Advocate(s) concerning my wishes and goals in the use of life-sustaining treatment - such as, but not limited to: ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), nutritional tube feedings, intravenous hydration, kidney dialysis, blood pressure or antibiotic medications—and hereby give my Patient Advocate(s) express permission to help me achieve my goals of care. This may include beginning, not starting, or stopping treatment(s). I understand that such decisions could or would allow my death. Medications and treatment intended to provide comfort or pain relief shall not be withheld or withdrawn.

Di instrucciones a mi(s) Representante(s) del Paciente acerca de mis deseos y metas con respecto al uso de tratamientos de soporte vital, que incluyen, pero no se limitan a los siguientes: ventilador (respirador), reanimación cardiopulmonar (RCP), alimentación por sonda, hidratación intravenosa, diálisis renal, medicamentos para la presión arterial o antibióticos. Por medio de este documento, de forma expresa doy permiso a mi(s) Representante(s) del Paciente para expresar permiso para ayudarme a alcanzar dichos objetivos. Esto podría incluir iniciar, no comenzar o detener el(los) tratamiento(s). Entiendo que esta decisión podría tener como consecuencia mi fallecimiento. No se retendrán ni retirarán los medicamentos y el tratamiento que tienen como objetivo brindarme comodidad o aliviar mi dolor.

I expressly authorize my Patient Advocate to make decisions to withhold or withdraw treatment which would allow me to die, and I acknowledge such decisions could or would allow my death.

Autorizo expresamente a mi Representante del Paciente para que tome decisiones para detener o retirar el tratamiento, lo cual me conduciría a la muerte, y reconozco que tales decisiones podrían causar o causarían mi fallecimiento.

This Advance Directive includes the following sections: Spiritual/Religious Preferences; End of Life Care; Anatomical Gift(s) - Organ/Tissue/Body Donation; Autopsy Preference; Burial/Cremation Preference; Mental Health Treatment. May also include: Treatment Preferences (Goals of Care); Statement of Treatment Preferences

Estas Instrucciones Anticipadas incluyen las siguientes secciones: Preferencias espirituales/religiosas; Atención médica de fin de vida; Donación(es) anatómica(s) - Donación de órganos/tejidos/partes del cuerpo; Preferencia de autopsia; Preferencia de entierro/cremación; Tratamiento de salud mental. También pueden incluir: Preferencias de tratamiento (Metas de la atención médica); Declaración de preferencias de tratamiento

Advance Directive Signature Page

Página de firmas de las Instrucciones Anticipadas

Signature of the Individual in the Presence of the Following Witnesses

Firma de la persona ante los siguientes testigos

I am providing these instructions of my own free will. I have not been required to give them in order to receive care or have care withheld or withdrawn. I am at least eighteen (18) years old and of sound mind. *Estoy dando estas instrucciones por voluntad propia. No me han exigido darlas como condición para recibir atención ni me han retenido ni retirado la atención. Tengo al menos 18 años de edad y gozo de plenas facultades mentales.*

Signature (*Firma*): _____ Date (*Fecha*): _____

Address (*Dirección*): _____

City/State/Zip Code (*Ciudad/Estado/C.P.*): _____

Signatures of Witnesses

Firmas de los testigos

I know this person to be the individual identified as the "Individual" signing this form. I believe him or her to be of sound mind and at least eighteen (18) years of age. I personally saw him or her sign this form, and I believe that he or she did so voluntarily and without duress, fraud, or undue influence. By signing this document as a witness, I certify that I am: *Sé que esta persona es la persona identificada como "Persona" firmante de este formulario. Creo que está en su sano juicio y que tiene al menos 18 (dieciocho) años de edad. Lo vi en persona firmar este formulario, y creo que lo hizo de manera voluntaria, libre de toda forma de coerción, fraude o influencia indebida. Al firmar este documento como testigo, certifico que:*

- At least 18 years of age.
- *Tengo al menos 18 años de edad.*
- Not the Patient Advocate or alternate Patient Advocate appointed by the person signing this document.
- *No soy el Representante del paciente ni el Representante del paciente suplente designado por la persona que firma este documento.*
- Not the patient's spouse, parent, child, grandchild, sibling or presumptive heir.
- *No soy el cónyuge, padre, madre, hijo, hija, nieto, nieta, hermano, hermana ni heredero supuesto del paciente.*
- Not listed to be a beneficiary of, or entitled to, any gift from the patient's estate.
- *No estoy incluido como beneficiario ni tengo derecho a ningún objeto proveniente del patrimonio del paciente.*
- Not directly financially responsible for the patient's health care.
- *No soy directamente responsable, financieramente, de la atención médica del paciente.*
- Not a health care provider directly serving the patient at this time.
- *No soy un proveedor de atención médica a cargo del paciente en este momento.*
- Not an employee of a health care or insurance provider directly serving the patient at this time.
- *No soy empleado de un proveedor de atención médica ni un proveedor de seguros a cargo del paciente en este momento.*

Witness Number 1:

Testigo número 1:

Signature (*Firma*): _____ Date (*Fecha*): _____

Print Name (*Nombre en imprenta*): _____

Address (*Dirección*): _____

City/State/Zip Code (*Ciudad/Estado/Código Postal*): _____

Witness Number 2:

Testigo número 2:

Signature (*Firma*): _____ Date (*Fecha*): _____

Print Name (*Nombre en imprenta*): _____

Address (*Dirección*): _____

City/State/Zip Code (*Ciudad/Estado/Código Postal*): _____

Accepting the Role of Patient Advocate

Aceptación del rol de Representante del Paciente

Acceptance

Aceptación

The person named above has asked you to serve as his or her Patient Advocate (or as an alternate Patient Advocate). Before agreeing to accept the Patient Advocate responsibility and signing this form, please:

La persona designada arriba le pide que actúe como su Representante del Paciente (o como su Representante Alterno del Paciente). Antes de aceptar la responsabilidad como Representante del Paciente y de firmar este formulario, por favor:

1. Carefully read the Introduction (1A), Overview and this completed Patient Advocate Designation Form, (including any optional Preferences listed on pages 6A-9A). Also, take note of any Treatment Preferences (Goals of Care, pages 1B-2B) and/or Statement of Treatment Preferences that may be attached. These documents will provide important information that you will use in discussing the person's preferences and in potentially acting as this person's Patient Advocate.

Lea con atención la Introducción (1A), las Generalidades y este Formulario de designación de Representante del paciente (incluidas todas las Preferencias opcionales incluidas en las páginas 6A-9A). Además, tenga en cuenta todas las Preferencias de tratamiento (Objetivos de atención, páginas 1B-2B) o la Declaración de Preferencias de tratamiento que podría estar adjunta. Estos documentos proporcionarán información importante que usted usará al comentar las preferencias de la persona y al actuar potencialmente como el Representante del Paciente de esta persona.

2. Discuss, in detail, the person's values and wishes, so that you can gain the knowledge you need to allow you to make the medical treatment decisions he or she would make, if able.
Hablen detalladamente sobre los valores y deseos de la persona para poder obtener el conocimiento necesario que le permita tomar las decisiones de tratamiento médico que la persona hubiera tomado de haber podido.
3. If you are at least 18 years of age, and are willing to accept the role of Patient Advocate, read, sign and date the following statement.
Si tiene al menos 18 años de edad y está dispuesto a aceptar el rol de Representante del paciente, lea, firme y feche la siguiente declaración.

I accept the person's selection of me as Patient Advocate. I understand and agree to take reasonable steps to follow the desires and instructions of the person as indicated within this "Advance Directive: My Patient Advocate" document or in other written or spoken instructions from the person. I also understand and agree that, according to Michigan law:

Acepto que esta persona me haya seleccionado como Representante del Paciente. Entiendo y acepto tomar las medidas necesarias para cumplir con los deseos e instrucciones de la persona conforme a lo expresado en este documento de "Instrucción Anticipada: mi Representante del Paciente" o en otras instrucciones escritas u orales de la persona. También comprendo y acepto que, de acuerdo con la ley de Michigan:

- a. This appointment shall not become effective unless the patient is unable to participate in medical or mental health treatment decisions, as applicable.
Esta designación únicamente entrará en vigor cuando el paciente no pueda participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento médico o de la salud mental, cuando sea pertinente.
- b. I will not exercise powers concerning the patient's care, custody, medical or mental health treatment that the patient – if the patient were able to participate in the decision – could not have exercised on his or her own behalf.
No ejerceré facultades con respecto al cuidado del paciente, su custodia ni su tratamiento médico o de la salud mental que el mismo paciente no habría podido ejercer por su propia voluntad si fuera el caso que pudiera participar en la toma de la decisión.
- c. I cannot make a medical treatment decision to withhold or withdraw treatment from a patient who is pregnant, if that would result in the patient's death, even if these were the patient's wishes.
No puedo tomar una decisión sobre tratamiento médico que implique suspender o retirar el tratamiento a una paciente embarazada si ello fuera a provocar la muerte de la paciente, incluso aunque estos fueran sus deseos.

Accepting the Role of Patient Advocate *(continued)*

Aceptación del rol de Representante del Paciente (continuación)

- d. I can make a decision to withhold or withdraw treatment which would allow the patient to die only if he or she has expressed clearly that I am permitted to make such a decision, and the patient understands that such a decision could or would allow his or her death.
Puedo tomar la decisión de suspender o retirar un tratamiento dando así lugar a la muerte del paciente solo si se hubiera expresado claramente que tengo la autorización para tomar esa decisión y el paciente entiende que dicha decisión podría provocar o dar lugar a su muerte.
- e. I may not receive payment for serving as Patient Advocate, but I can be reimbursed for actual and necessary expenses which I incur in fulfilling my responsibilities.
No puedo recibir una remuneración por oficiar de Representante del paciente, pero sí puedo obtener un reembolso por los gastos reales y necesarios en los que haya incurrido en el cumplimiento de mis responsabilidades.
- f. I am required to act in accordance with the standards of care applicable to fiduciaries when acting for the patient and shall act consistent with the patient's best interests. The known desires of the patient expressed or evidenced while the patient is able to participate in medical or mental health treatment decisions are presumed to be in the patient's best interests.
Estoy obligado a actuar de acuerdo con los estándares de atención aplicables a los fiduciarios que actúan en nombre del paciente, y me conduciré de manera que sirva a los intereses del paciente. Los intereses del paciente se consideran los deseos conocidos del paciente que se expresan o se demuestran mientras que el paciente puede participar en las decisiones sobre el tratamiento médico o de la salud mental.
- g. The patient may revoke his or her appointment of me as Patient Advocate at any time and in any manner sufficient to communicate an intent to revoke.
El paciente puede revocar mi designación como su Representante del Paciente en cualquier momento y de cualquier manera que sea suficiente para comunicar su intención de revocación.
- h. The patient may waive the right to revoke a designation as to the power to exercise mental health treatment decisions, and if such waiver is made, the patient's ability to revoke as to certain treatment will be delayed for 30 days after the patient communicates his or her intent to revoke.
El paciente podrá renunciar al derecho de revocar una designación respecto al poder de tomar decisiones sobre tratamientos de salud mental y, si lo hiciera, la capacidad del paciente para revocar determinados tratamientos se demorará 30 días a partir del momento en que el paciente comunique su intención de revocar.
- i. I may revoke my acceptance of my role as Patient Advocate at any time and in any manner sufficient to communicate an intent to revoke.
Puedo revocar mi aceptación del rol de Representante del paciente en cualquier momento y de cualquier forma que sea suficiente para comunicar la intención de revocación.
- j. A patient admitted to a health facility or agency has the rights enumerated in Section 20201 of the Michigan Public Health Code, (Exercise of Rights by Patient's Representative 1978 PA 368, MCL 333.20201
Un paciente admitido en un centro o agencia de salud tiene los derechos que se enumeran en la Sección 20201 del Código de Salud Pública de Michigan (Ejercicio de los derechos por parte del Representante del Paciente, 1978 PA 368, MCL 333.20201).

Accepting the Role of Patient Advocate *(continued)* *Aceptación del rol de Representante del Paciente (continuación)*

Patient Advocate Signature and Contact Information *Firma e información de contacto del Representante del paciente*

Person completing Advance Directive:

Persona que completa las Instrucciones Anticipadas (Advance Directive, en inglés):

Print Name (*Nombre en imprenta*): _____

Date of Birth (*Fecha de nacimiento*): _____

My Patient Advocate(s) will serve in the order listed below:

Mi o mis Representantes del paciente officiarán en el orden mencionado a continuación:

Patient Advocate *Representante del Paciente*

I, _____ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above.

(PRINT) (EN LETRA DE MOLDE)

Yo, he aceptado ser el Representante del paciente para la persona antemencionada.

Signature (*Firma*): _____ Date (*Fecha*): _____

Address (*Dirección*): _____

City/State/Zip (*Ciudad/Estado/C.P.*): _____

Phone (*Teléfono*) (Day) (*Día*): _____ (Evening) (*Noche*): _____ (Cell) (*Celular*): _____

First Alternate (Successor) Patient Advocate (Optional) *Primera alternativa (Sucesor) del Representante del Paciente (Opcional)*

I, _____ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above.

(PRINT) (EN LETRA DE MOLDE)

Yo, he aceptado ser el Representante del paciente para la persona antemencionada.

Signature (*Firma*): _____ Date (*Fecha*): _____

Address (*Dirección*): _____

City/State/Zip (*Ciudad/Estado/C.P.*): _____

Phone (*Teléfono*) (Day) (*Día*): _____ (Evening) (*Noche*): _____ (Cell) (*Celular*): _____

Accepting the Role of Patient Advocate *(continued)*

Aceptación del rol de Representante del Paciente *(continuación)*

Second Alternate (Successor) Patient Advocate (Optional)

Segunda alternativa (Sucesor) del Representante del Paciente (Opcional)

_____, _____ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above.

(PRINT) (EN LETRA DE MOLDE)

Yo, he aceptado ser el Representante del paciente para la persona antemencionada.

Signature (*Firma*): _____ Date (*Fecha*): _____

Address (*Dirección*): _____

City/State/Zip (*Ciudad/Estado/C.P.*): _____

Phone (*Teléfono*) (Day) (*Día*): _____ (Evening) (*Noche*): _____ (Cell) (*Celular*): _____

Making Changes

Cambios

If only the contact information for your advocate(s) changes, it may be revised on the original and on the photocopies without replacing the entire form.

Si solo cambiara la información de contacto de su o sus Representante(s), podrá modificarse en el original y en las fotocopias sin cambiar el formulario entero.

Photocopies of this form are acceptable as originals.

Las fotocopias de este formulario son tan aceptables como el original.

**PREFERENCES FOR SPIRITUAL/RELIGIOUS AND END OF LIFE CARE
PREFERENCIAS SOBRE CUIDADOS ESPIRITUALES/RELIGIOSOS Y DE FIN DE VIDA**

(THIS SECTION IS OPTIONAL, BUT RECOMMENDED)
(ESTA SECCIÓN ES OPCIONAL, PERO RECOMENDADA)

**SPIRITUAL/RELIGIOUS PREFERENCES
PREFERENCIAS ESPIRITUALES/RELIGIOSAS**

My religious beliefs prohibit me from having an examination by a doctor, licensed psychologist or other medical professional.

Mis creencias religiosas me prohíben someterme a un examen por parte de un médico, psicólogo con licencia del estado u otro profesional médico.

I am of the *Profeso la fe/creencia* _____ faith/belief. I am affiliated with the following faith/belief group/congregation: *Estoy afiliado al siguiente grupo o a la siguiente congregación de fe/creencia:* _____

Please attempt to notify my personal clergy or spiritual support person(s) at:
Favor de tratar de contactar a mi clérigo personal o persona(s) de apoyo espiritual en:

I want my health care providers to know these things about my religion or spirituality that may affect my physical, emotional or spiritual care: (e.g., spiritual/religious rituals or sacraments, etc.)

Deseo que mis proveedores de atención médica sepan estas cosas acerca de mi religión o espiritualidad que podrían afectar mis cuidados físicos, emocionales o espirituales: (por ej., rituales o sacramentos espirituales/religiosos, etc.)

***I choose not to complete this section.
___ Opto por no completar esta sección.***

PREFERENCES FOR SPIRITUAL/RELIGIOUS AND END OF LIFE CARE
PREFERENCIAS SOBRE CUIDADOS ESPIRITUALES/RELIGIOSOS Y DE FIN DE VIDA

AT THE END OF MY LIFE...
AL FINAL DE MI VIDA...

If possible, at the end of life, I would prefer to be cared for:
Si fuese posible, al final de mi vida, preferiría recibir atención:

in my home
en mi hogar

in a long-term care facility
en un centro médico de cuidados a largo plazo

in a hospital
en un hospital

as my Patient Advocate thinks best
como mi Representante del Paciente considere que sea mejor

I would like hospice services in any of the above settings or in a hospice residence
Me gustaría recibir servicios de atención para enfermos terminales en cualquiera de los lugares antes mencionados o en una residencia para el cuidado de pacientes en etapa terminal

In my last days or hours, if possible, I wish the following for my comfort:
(e.g., certain music, readings, visitors, lighting, foods, therapy animal, etc.)
En mis últimos días u horas, si fuese posible, deseo lo siguiente para mi comodidad:
(por ej., cierta música, lecturas, visitantes, iluminación, alimentos, animal terapéutico, etc.)

I choose not to complete this section.

Opto por no completar esta sección.

**PREFERENCES FOR ANATOMICAL GIFT(S)–
ORGAN/TISSUE/BODY DONATION, AUTOPSY, AND BURIAL/CREMATION
PREFERENCIAS SOBRE DONACIONES ANATÓMICAS - DONACIÓN DE
ÓRGANOS/TEJIDOS/PARTES DEL CUERPO, AUTOPSIA Y ENTIERRO/CREMACIÓN**

In this section, you may, if you wish, state your instructions for: organ/tissue donation, autopsy, anatomical gift, and burial or cremation.

En esta sección, si lo desea, usted puede indicar sus instrucciones con respecto a: la donación de órganos y tejidos, autopsia, donaciones anatómicas y entierro o cremación.

By Michigan law, your Patient Advocate and your family must honor your instructions pertaining to organ donation following your death.

Conforme a la ley de Michigan, su Representante del Paciente y su familia deben respetar sus instrucciones relativas a la donación de órganos después de su muerte.

The authority granted by me to my Patient Advocate in regard to organ/tissue donation shall, in compliance with Michigan law, remain in effect and be honored following my death.

La autoridad que otorgo a mi Representante del Paciente con respecto a la donación de órganos y tejidos permanecerá en vigor y deberá ser respetada después de mi muerte, en cumplimiento con la ley de Michigan.

I understand that whole-body anatomical gift donation generally requires pre-planning and pre-acceptance by the receiving institution. Burial or cremation preferences reflect my current values and wishes.

Entiendo que una donación anatómica de cuerpo completo por lo general requiere de planeación por adelantado y la aceptación previa de la institución receptora. Mis preferencias sobre entierro o cremación reflejan mis valores y deseos actuales.

Instructions:

Instrucciones:

- *Put your initials (or “X”) next to the choice you prefer for each situation below.*
- *Anote sus iniciales (o “X”) junto a la opción que prefiera en cada una de las siguientes situaciones.*

**PREFERENCES FOR ANATOMICAL GIFT(S)–
ORGAN/TISSUE/BODY DONATION, AUTOPSY, AND BURIAL/CREMATION
PREFERENCIAS SOBRE DONACIONES ANATÓMICAS - DONACIÓN DE
ÓRGANOS/TEJIDOS/PARTES DEL CUERPO, AUTOPSIA Y ENTIERRO/CREMACIÓN**

**ANATOMICAL GIFT(S) - DONATION OF MY ORGANS/TISSUE/BODY
DONACIONES ANATÓMICAS - DONACIÓN DE MIS
ÓRGANOS/TEJIDOS/PARTES DEL CUERPO**

I am registered on the Michigan Donor Registry and/or Michigan driver's license.

Estoy inscrito en el Registro de Donantes de Michigan y/o cuento con licencia de conducir de Michigan.

I am not registered but authorize my Patient Advocate to donate any parts of my body that may be helpful to others {e.g., ORGANS [heart, lungs, kidneys, liver, pancreas, intestines], or TISSUES [heart valves, bone, arteries & veins, corneas, ligaments and tendons, fascia (connective tissue), skin]}.

No estoy inscrito, pero autorizo a mi Representante del Paciente a que done cualquier parte de mi cuerpo que pudiera ser útil para otras personas {por ej., ÓRGANOS [corazón, pulmones, riñones, hígado, páncreas, intestinos] o TEJIDOS [válvulas cardíacas, hueso, arterias y venas, córneas, ligamentos y tendones, fascia (tejido conectivo), piel]}.

I am not registered but authorize my Patient Advocate to donate any parts of my body, **EXCEPT** (name the specific organs or tissues):

No estoy inscrito, pero autorizo a mi Representante del Paciente a que done cualquier parte de mi cuerpo, EXCEPTO (nombre los órganos o tejidos específicos):

I **do not want** to donate any organ or tissue.

*Yo **no deseo** donar niórganos ni tejidos.*

I **want** to donate my body to an institution of medical science for research or training purposes (*must be arranged in advance*).

Deseo donar mi cuerpo a una institución de ciencia médica para fines de investigación o capacitación (deben hacerse los arreglos en forma anticipada).

I choose not to complete this section.

Opto por no completar esta sección.

(continues on next page)

(continúa en la siguiente página)

**PREFERENCES FOR ANATOMICAL GIFT(S)–
ORGAN/TISSUE/BODY DONATION, AUTOPSY, AND BURIAL/CREMATION
PREFERENCIAS SOBRE DONACIONES ANATÓMICAS - DONACIÓN DE
ÓRGANOS/TEJIDOS/PARTES DEL CUERPO, AUTOPSIA Y ENTIERRO/CREMACIÓN**

Instructions:

Instrucciones:

- *Put your initials (or “X”) next to the choice you prefer for each situation below.*
- *Anote sus iniciales (o “X”) junto a la opción que prefiera en cada una de las siguientes situaciones.*
- *NOTE: A medical examiner may legally require an autopsy to determine cause of death. Other autopsies may be elected by next of kin (at family expense).*
- *NOTA: Un médico forense podría requerir legalmente una autopsia para determinar la causa de fallecimiento. Otras autopsias podrían ser elegidas por el familiar más cercano (por cuenta de la familia).*

**AUTOPSY PREFERENCE
PREFERENCIA DE AUTOPSIA**

_____ I **would** accept an autopsy if it can help my blood relatives understand the cause of my death or assist them with their future health care decisions. **Aceptaría** una autopsia si esto ayudara a mis familiares cercanos a entender la causa de mi muerte o les ayudara a tomar decisiones sobre su propia atención médica en el futuro.

_____ I **would** accept an autopsy if it can help the advancement of medicine or medical education.
Aceptaría una autopsia si esto contribuyera al avance de la medicina o la educación médica.

_____ If optional, I **do not want** an autopsy performed on me.
*En caso de ser opcional, **no deseo** que me realicen una autopsia.*

_____ **I choose not to complete this section.**
Opto por no completar esta sección.

**PREFERENCES FOR ANATOMICAL GIFT(S)–
ORGAN/TISSUE/BODY DONATION, AUTOPSY, AND BURIAL/CREMATION
PREFERENCIAS SOBRE DONACIONES ANATÓMICAS - DONACIÓN DE
ÓRGANOS/TEJIDOS/PARTES DEL CUERPO, AUTOPSIA Y 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 solo una opción)

_____ Burial _____ Cremation _____ Green Burial
_____ Entierro _____ Cremación _____ Entierro ecológico

_____ Burial or Cremation, at the discretion of my next-of-kin
_____ Entierro o cremación, según la decisión de mi familiar más cercano

_____ I have appointed a Funeral Representative (*requires a separate legal document*)
_____ 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.

PREFERENCES FOR MENTAL HEALTH EXAMINATION & TREATMENT PREFERENCIAS SOBRE EXAMEN Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL

(OPTIONAL)

(OPCIONAL)

A determination of my inability to make decisions or provide informed consent for mental health treatment will be made by

- Se tomará una determinación de mi incapacidad de tomar decisiones o proporcionar un consentimiento informado para tratamiento de salud mental por parte de*

_____.

(Physician/Psychiatrist)

(Médico/Psiquiatra)

I choose not to complete this section.

Opto por no completar esta sección.

(Continues on next page)

(continúa en la siguiente página)

PREFERENCES FOR MENTAL HEALTH EXAMINATION & TREATMENT PREFERENCIAS SOBRE EXAMEN Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL

I expressly authorize my Patient Advocate to make decisions concerning the following treatments if a physician and a mental health professional determine I cannot give informed consent for mental health care

Autorizo expresamente a mi Representante del Paciente a que tome decisiones relacionadas con los siguientes tratamientos en caso de que un médico y un profesional de salud mental determinen que no puedo dar un consentimiento informado para atención médica de salud mental

(initial one or more choices that match your wishes)
(escriba sus iniciales en una o más opciones que correspondan a sus deseos)

_____ outpatient therapy
terapia para pacientes ambulatorios

_____ voluntary admission to a hospital to receive inpatient mental health services. I have the right to give three days' notice of my intent to leave the hospital
admisión voluntaria a un hospital para recibir servicios de salud mental de paciente hospitalizado. Tengo derecho a dar un aviso con tres días de anticipación de mi intención de abandonar el hospital

_____ admission to a hospital to receive inpatient mental health services
admisión a un hospital para recibir servicios de salud mental de paciente hospitalizado

_____ psychotropic medication
medicamentos psicotrópicos

_____ electro-convulsive therapy (ECT)
terapia electro-convulsiva (ECT, por sus siglas en inglés)

_____ I give up my right to have a revocation effective immediately. If I revoke my designation, the revocation is effective 30 days from the date I communicate my intent to revoke. Even if I choose this option, I still have the right to give three days' notice of my intent to leave a hospital if I am a formal voluntary patient.
Renuncio a mi derecho de revocación, con efecto inmediato. Si revoco mi designación, la revocación entrará en vigencia 30 días a partir de la fecha en la que comuniqué mi intención de revocar. Incluso si elijo esta opción, todavía tengo derecho a dar un aviso con tres días de anticipación de mi intención de abandonar el hospital si soy un paciente voluntario formal.

I have specific wishes about mental health treatment, such as a preferred mental health professional, hospital or medication. My wishes are as follows:

Tengo deseos específicos acerca del tratamiento de salud mental, como un profesional de salud mental, un hospital o medicación preferidos. Mis deseos son los siguientes:

(Sign your name if you wish to give your Patient Advocate this authority)
(Escriba su nombre si desea dar esta autoridad a su Representante del Paciente)

Date
Fecha

_____ ***I choose not to complete this section.***
Opto por no completar esta sección.