MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

Advance Directive
Instrucciones Anticipadas

Durable Power of Attorney for Healthcare
Poder Notarial para Asuntos Médicos

(Patient Advocate Designation)
(Designación del Representante del Paciente)

Introduction
Introducción

This document provides a way for you to create a Durable Power of Attorney for Healthcare (Patient Advocate Designation) and other documentation that will meet the basic requirements for this state. This Advance Directive (AD) allows you to appoint a person (and alternates) who shall take reasonable steps to follow the desires and instructions indicated within this document, or in other written or spoken treatment preferences.
Este documento proporciona un medio para que elabore un poder notarial para asuntos médicos (que comprende la designación del Representante del Paciente) y otros documentos que cumplirán con los requisitos básicos para este estado. Estas Instrucciones Anticipadas (Advance Directive, AD) le permiten designar a una persona (y otras alternativas) que tomará las medidas razonables para cumplir los deseos y las indicaciones establecidas en este documento o en otras preferencias de tratamiento escritas o habladas.

The person you appoint is called your **Patient Advocate**. This document gives your consent to allow your Patient Advocate to make decisions *only when two physicians, or a physician and a licensed psychologist, have determined you are unable to make your own decisions*. Every resident age 18 and over should appoint a Patient Advocate, as accidents can happen to anyone, at any time.
La persona a quien usted designa se denomina su **Representante del Paciente (Patient Advocate).** Este documento le otorga a su Representante del Paciente su consentimiento para tomar decisiones *únicamente cuando dos médicos o un médico y un psicólogo con licencia del estado hayan determinado que usted es incapaz de tomar sus propias decisiones.* Todos los residentes a partir de los 18 años deben designar a un Representante del Paciente, ya que los accidentes pueden ocurrir a todos, en cualquier momento.

Note: This AD does not give your Patient Advocate permission to make your financial or other business decisions.
Nota: Estas AD no dan permiso a su Representante del Paciente para tomar decisiones financieras o de negocios en su representación.

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(s).**
If you do not closely involve your Patient Advocate(s), and you do not make a clear plan together, your views and values may not be fully followed because they will not be understood.

Antes de completar este documento, tómese el tiempo para leerlo atentamente. **También es muy importante que hable acerca de sus puntos de vista, sus valores y este documento con su(s) Representante(s) del Paciente.**

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

Si no involucra de cerca a su Representante del Paciente, y no elaboran un plan claramente definido juntos, existe la posibilidad de que su Representante del Paciente no comprenda sus puntos de vista y sus valores y, por lo tanto, no se los respete completamente.

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 nacimiento): _____

Last 4 digits of SSN (Últimos 4 dígitos del n.° de Seguro Social): _____

Telephone: Primary (Cell☐) (Teléfono: Primario [Celular☐]) _____

Secondary (Cell☐) (Secundario [Celular☐]) _____

Address (Dirección): _____

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

Where I would like to receive hospital care (whenever possible)
(Hospital donde me gustaría recibir atención médica (siempre que fuera possible): _____

_____

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

Advance Directive
Instrucciones Anticipadas
My Patient Advocate
Mi Representante del Paciente

When either two physicians or a physician and licensed psychologist determine I am unable to make health care decisions, this document names the person(s) I have chosen to be my Patient Advocate(s). They shall take reasonable steps to carry out my treatment preferences. I understand that it is important to regularly talk with my Patient Advocate(s) about my health and treatment preferences. I hereby give my Patient Advocate(s) permission to share a copy of this document with other doctors, hospitals and health care providers that provide my medical care.
Cuando dos médicos o un médico y un psicólogo con licencia del estado determinen que no puedo tomar decisiones de atención médica, este documento contendrá el(los) nombre(s) de la(s) persona(s) que elegí como mi(s) Representante(s) del Paciente. Estas personas tomarán las medidas razonables para que se cumplan mis preferencias de tratamiento. Entiendo que es importante hablar de manera regular con mis Representantes del Paciente sobre mis preferencias de salud y tratamiento. Por este medio otorgo a mi Representante del Paciente el permiso para compartir una copia de este documento a otros médicos, hospitales y proveedores de atención médica que me brinden atención.

☐ Based on my expressed religious beliefs, I would prohibit having an examination for determination to participate in medical decision-making by a doctor, licensed psychologist or another medical professional. Instead, I request the determination for incapacity be made in the following manner:
☐ Basándome en mis creencias religiosas expresadas, prohibiría que se me realizara un examen para determinar la participación en la toma de decisiones médicas por parte de un médico, un psicólogo con licencia del estado u otro profesional médico. En su lugar, solicito que se realice la determinación de incapacidad de la siguiente manera:

_____

_____

_____

☐ If I leave this section blank, I am leaving the evaluation decision to my Patient Advocate(s)
☐ Si dejo esta sección en blanco, estoy dejando la decisión de evaluación a mi(s) Representante(s) del Paciente

(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 (Relación): _____

Telephone: Primary (Cell☐) (Teléfono: Primario [Celular☐]) _____

Secondary (Cell☐) (Secundario [Celular☐]) _____

Address (Dirección): _____

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

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

First Alternate (Successor) Patient Advocate (strongly advised)

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

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 (Relación): _____

Telephone: Primary (Cell☐) (Teléfono: Primario [Celular☐]) _____

Secondary (Cell☐) (Secundario [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 (recomendado encarecidamente)

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 (Relación): _____

Telephone: Primary (Cell☐) (Teléfono: Primario [Celular☐]) _____

Secondary (Cell☐) (Secundario [Celular☐]) _____

Address (Dirección): _____

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

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

Advance Directive
Instrucciones Anticipadas
Signature Page
Página de Firmas

I give my Patient Advocate express permission 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 conducir o conducirían a mi fallecimiento.**

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 (IV) 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.

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 (IV), 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 mis objetivos de atención. Esto podría incluir iniciar, no comenzar o detener el(los) tratamiento(s). Entiendo que esta decisión podría tener como consecuencia mi fallecimiento.

Medications and treatment intended to provide comfort or pain relief shall not be withheld or withdrawn.
No se retendrán ni retirarán los medicamentos y el tratamiento que tienen como objetivo brindarme comodidad o aliviar mi dolor.

_____ I ***agree*** with this statement
_____ ***Estoy de acuerdo*** con esta declaración
_____ I ***do not agree*** with this statement
_____ ***No estoy de acuerdo*** con esta declaración

This Advance Directive includes the following sections: Spiritual/Religious Preferences; End of Life Care; Anatomical Gift(s) - Organ/Tissue/Body Donation; Autopsy Preference; Mental Health Treatment, & Treatment Preferences (Goals of Care).
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; Tratamiento de salud mental y Preferencias de tratamiento (metas de la atención).

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.): _____

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

Signatures of Witnesses
Firma 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: ☐ I meet the witness requirements stated above
Testigo número 1: ☐ Cumplo con los requisitos para testigos indicados anteriormente

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

Print Name (Nombre en imprenta): _____

Address (Dirección): _____

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

Witness Number 2: ☐ I meet the witness requirements stated above
Testigo número 2: ☐ Cumplo con los requisitos para testigos indicados anteriormente

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

Print Name (Nombre en imprenta): _____

Address (Dirección): _____

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

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

Accepting the Role of Patient Advocate
Aceptación de la Designación como 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)**, "The Advance Care Planning Process" (separate document), 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)**, "El Proceso de Planificación de Atención Anticipada" (documento separado), y este **Formulario de designación de Representante del Paciente completado** (incluidas todas las **Preferencias** opcionales indicadas en las páginas 6A-9A). Además, tenga en cuenta todas las **Preferencias de Tratamiento** (Objetivos de atención, páginas 1B-2B) y/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:

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

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.

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 percibir 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.
Yo puedo revocar la aceptación de mi papel como Representante del Paciente en cualquier momento y de cualquier manera que sea suficiente para comunicar mi 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).

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

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 (Michigan Public Health Code), [Ejercicio de los derechos por parte del Representante del Paciente (Exercise of Rights by Patient's Representative), 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

I, _____, am assigning the Patient Advocate(s) listed below:
Yo, _____, designo al(a los) Representante(s) del Paciente que se indica(n) a continuación:

Print your name above and your Date of Birth here: _____
Escriba arriba su nombre en letra imprenta y su Fecha de Nacimiento aquí: _____

My Patient Advocate(s) will serve in the order listed below:
Mi o mis Representantes del Paciente oficiarán 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)
Yo, _____ he aceptado ser el Representante del Paciente para la persona antemencionada. (EN LETRA DE MOLDE)

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

Address (Dirección): _____

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

Telephone: Primary (Cell☐) (Teléfono: Primario [Celular☐]) _____

Secondary (Cell☐) (Secundario [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)
Yo, _____ he aceptado ser el Representante del Paciente para la persona antemencionada. (EN LETRA DE MOLDE)

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

Address (Dirección): _____

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

Telephone: Primary (Cell☐) (Teléfono: Primario [Celular☐]) _____

Secondary (Cell☐) (Secundario [Celular☐]): _____

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

Second Alternate (Successor) Patient Advocate (Optional)
Segunda Alternativa (Sucesor) del Representante del Paciente (Opcional)

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

Yo, _____ he aceptado ser el Representante del Paciente para la persona antemencionada. (EN LETRA DE MOLDE)

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

Address (Dirección): _____

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

Telephone: Primary (Cell ☐) (Teléfono: Primario [Celular ☐]) _____

Secondary (Cell ☐) (Secundario [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(s) 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.

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

Preferences for Spiritual/Religious & 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 se recomienda)

Spiritual/Religious Preferences
Preferencias Espirituales/Religiosas

I am of the _____faith/belief.
Profeso la fe/creencia _____.

I am affiliated with the following faith/belief group/congregation:
Estoy afiliado al siguiente grupo/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.**

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

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: *(either check or rank order all that apply)*
Si fuese posible, al final de mi vida, preferiría recibir atención: *(marque o indique el orden de importancia de todo lo que corresponda)*

___ 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.: pain medication, certain music, readings, visitors, lighting, foods, therapy animal, etc.)*
En mis últimos días u horas, si fuese posible, deseo lo siguiente para mi comodidad: *(p. ej.: medicamentos para el dolor, cierta música, lecturas, visitantes, iluminación, alimentos, mascota de terapia, etc.)*

_____

_____

_____

____ I choose not to complete this section.

____ Opto por no completar esta sección.

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

Preferences for Anatomical Gift(s)
Preferencias sobre Donaciones Anatómicas

Organ/Tissue/Body Donation & Autopsy
Donación de Órganos/Tejidos/Partes del Cuerpo & Autopsia

(This section is optional, but recommended)
(Esta sección es opcional, pero se recomienda)

In this section, you may, if you wish, state your instructions for: organ/tissue donation, autopsy, and anatomical gift.
En esta sección, si lo desea, usted puede indicar sus instrucciones con respecto a: la donación de órganos y tejidos, autopsia, y donaciones anatómicas.

The authority granted by me to my Patient Advocate regarding organ/tissue donation shall, in compliance with Michigan law, remain in effect and be honored following my death. I understand that whole-body anatomical gift donation generally requires pre-planning and pre-acceptance by the receiving institution.

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. Entiendo que una donación anatómica de cuerpo completo por lo general requiere de planeación por adelantado y la aceptación previa de la institución receptora.

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.*

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

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 *(Michigan Donor Registry)* y/o cuento con licencia de conducir de Michigan.

By Michigan law, your Patient Advocate and your family must honor your organ donation instructions.
Conforme a la ley de Michigan, su Representante del Paciente y su familia deben respetar sus instrucciones relativas a la donación de órganos.

_____

Choose one option:
Elija una opción:

____ 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 valve, bone, arteries & veins, corneas, ligaments & 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 cardiacas, 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 órganos o tejidos.

_____

____ I have arranged, or plan to arrange, donating my body to an institution of medical science for research or training purposes *(must be arranged in advance).*

____ He coordinado, o planeo coordinar, la donación de 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 next page)

(continúa en la siguiente página)

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

Preferences for Anatomical Gift(s)
Preferencias sobre Donaciones Anatómicas

Organ/Tissue/Body Donation & Autopsy
Donación de Órganos/Tejidos/Partes del Cuerpo & Autopsia

(This section is optional, but recommended)
(Esta sección es opcional, pero se recomienda)

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 (possibly 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 (posiblemente 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.**

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

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.**

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

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

*____ involuntary admission to a hospital to receive inpatient mental health services
*____ admisión involuntaria a un hospital para recibir servicios de salud mental de paciente hospitalizado

*____ psychotropic medication
*____ medicamentos psicotrópicos

*____ electro-convulsive therapy (ECT)
*____ terapia electro-convulsiva (electro-convulsive therapy, ECT)

*____ 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 comunique 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.

***Choices with an asterisk require your express permission to your Patient Advocate(s) prior to treatment/action.**
***Las opciones con un asterisco requieren su autorización expresa a su(s) Representante(s) del Paciente antes del realizar el tratamiento/la acción.**

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) *Date*
(Escriba su nombre si desea dar esta autoridad a su Representante del Paciente) *Fecha*

____ I choose not to complete this section.

____ Opto por no completar esta sección.

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

Treatment Preferences (Goals of Care)
Preferencias de Tratamiento (Metas de la Atención)

(This section is optional, but recommended)
(Esta sección es opcional, pero se recomienda)

Print Name (Nombre en imprenta): _____ Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____

Specific Instructions to my Patient Advocate
Instrucciones Específicas a mi Representante del Paciente

When I am not able to decide or speak for myself, the following are my specific preferences and values concerning my health care:
Cuando no pueda decidir ni hablar por mí mismo(a), las siguientes son mis preferencias y valores específicos respecto a mi atención médica:

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.*

Treatments to Prolong my Life
Tratamientos para Prolongar mi Vida

If I reach a point where there is reasonable medical certainty that I will not recover my ability to know who I am, where I am, and I am unable to meaningfully interact with others:

Si llego a un punto en el que exista certeza médica razonable de que no recuperaré mi capacidad para saber quién soy y dónde estoy, y no puedo interaccionar con los demás de forma significativa:

____ I want all possible efforts to prolong life made on my behalf, even if it means I may remain on life-sustaining equipment, such as a breathing machine or kidney dialysis, for the rest of my life.

____ Deseo que se hagan todos los esfuerzos posibles para prolongar mi vida, incluso si eso significa que permaneceré conectado a equipo de soporte vital por el resto de mi vida, como respirador artificial o diálisis renal.

OR
O

____ I want my health care providers to try treatments to prolong my life for a period of time. If these treatments are not helping me get better, are not going to improve my current condition, or if they are causing me pain and suffering, then I want to stop these treatments.

____ Deseo que mis proveedores de atención médica intenten tratamientos para prolongar mi vida por un período de tiempo. Si estos tratamientos no me ayudan a mejorar, no van a mejorar mi afección actual o me causan dolor y sufrimiento, deseo interrumpir estos tratamientos.

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

OR
O

____ I do not want to start treatments to prolong my life; if treatments have begun, please stop.

____ No deseo comenzar tratamientos que prolonguen mi vida; si se han comenzado los tratamientos, por favor interrúmpalos.

Medications and treatment intended to provide comfort or pain relief shall not be withheld or withdrawn.
No se retendrán ni retirarán los medicamentos y el tratamiento que tienen como objetivo brindarme comodidad o aliviar mi dolor.

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

____ Refer to my additional documents regarding my treatment preferences.
____ Remitir a mis documentos adicionales con respecto a mis preferencias de tratamiento.

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)
Reanimación Cardiopulmonar (RCP)

(General Feelings/Preferences)
(Sensaciones/Preferencias Generales)

This is NOT a "Do Not Resuscitate" (DNR) Medical Order.
Esta NO es una Orden Médica de "no reanimar" *("Do Not Resuscitate", DNR).*

A DNR medical order is a separate legal document.
Una orden médica de DNR es un documento legal separado.

CPR is an attempt to restart your heart and breathing. It could include pressing hard on your chest to try to restart your heart and placing a tube into your windpipe to connect to the breathing machine. Electric shock to your heart and medications to support your heart may be included.
La RCP es un intento de reanimar el corazón y la respiración. Esto podría incluir presionar con fuerza el pecho para intentar reanimar el corazón y colocar un tubo en la tráquea para conectarlo a una máquina de respiración. Es posible que se incluya descargas eléctricas y medicamentos para apoyar el corazón.

Instructions:
Instrucciones:

- *Initial of place an "X" next to your choice.*
- *Indique con una "X" su elección.*

If my heart and breathing stops:
Si mi corazón deja de latir y dejo de respirar:

____ I **want** the healthcare team to try CPR in all cases.
____ **Deseo** que el equipo de atención médica intente realizar RCP en todos los casos.

OR
O

____ I **want** CPR unless my health care providers determine that I have any of the following:
____ **Quiero RCP**, salvo que mis proveedores de atención médica determinen que tengo algo de lo siguiente:

- An injury or illness that cannot be cured and I am dying.
  Alguna lesión o enfermedad incurable y estoy muriendo.
- No reasonable chance of surviving the CPR attempt.
  Ninguna probabilidad razonable de sobrevivir el intento de RCP.
- Little chance of surviving long term, and it would be hard and painful for me to recover from CPR.
  Pocas probabilidades de sobrevivir a largo plazo, y será difícil y doloroso recuperarme de una RCP.

OR
O

____ I ***do not want*** CPR but instead want to allow natural death.
____ ***No quiero*** RCP, sino que deseo que se permita una muerte natural.

____ **I choose not to complete this section.**

____ **Opto por no completar esta sección.**

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020

MAKING CHOICES MICHIGAN
A strategic business unit of MiHIN

Additional Specific Instructions
Instrucciones Específicas Adicionales

I want my Patient Advocate to follow these specific instructions, which may limit the authority previously described in General Instructions to My Patient Advocate.
Deseo que mi Representante del Paciente siga estas instrucciones específicas, que podrían limitar la autoridad anteriormente descrita en las Instrucciones Generales a mi Representante del Paciente.

_____

_____

____ **I choose not to complete this section.**

____ **Opto por no completar esta sección.**

Signature
Firma

If you are satisfied with your choice of Patient Advocate and with the Treatment Preferences guidance you have provided in this section, you need to sign and date the statement below.
Si está satisfecho con el Representante del Paciente elegido y las pautas de Preferencia de Tratamiento que dispuso en esta sección, debe firmar y fechar la declaración que aparece a continuación.

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. These are my preferences and goals expressed and affirmed on the date below:
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. Estas son mis preferencias y objetivos expresados y afirmados en la fecha incluida a continuación:

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

Contents © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. All Rights Reserved.
Reproduction permitted with attribution. Revised 10/23/2020

Contenido © 2020 MiHIN/Making Choices Michigan. Todos los derechos reservados.
Reproducción permitida con atribución. Revisado 23/oct./2020