

Notice to Person Making this Document:

You have the right to make decisions about your health care. No health care may be given to you over your objection, and necessary health care may not be stopped or withheld if you object.

In some cases your health care providers may not have had the opportunity to establish a long-term relationship with you and are often unfamiliar with your beliefs and values and the details of your family relationships. This poses a problem if you become physically or mentally unable to make decisions about your health care.

In order to avoid this problem, you may sign this legal document to specify the person whom you want to make health care decisions for you if you are unable to make those decisions personally. That person is known as your health care agent. You should take some time to discuss your thoughts and beliefs about medical treatment with the person or persons whom you have specified.

You may state in this document any types of health care that you do or do not desire, and you may limit the authority of your health care agent. If your health care agent is unaware of your desires with respect to a particular health care decision, he or she is required to determine what would be in your best interests in making the decision.

This is an important legal document. It gives your agent broad powers to make health care decisions for you. It revokes any prior power of attorney for health care that you may have made. If you wish to change your power of attorney for health care, you may revoke this document at any time by destroying it, by directing another person to destroy it in your presence, by signing a written and dated statement or by stating that it is revoked in the presence of two witnesses. If you revoke, you should notify your agent, your health care providers and any other person to whom you have given

Aviso a la persona que llena este documento:

Usted tiene el derecho de tomar decisiones sobre su atención médica. No se le puede brindar ningún tipo de atención médica en contra de su voluntad ni se puede detener o retener la atención médica necesaria en caso tenga alguna objeción.

En algunos casos es posible que sus proveedores de atención médica no hayan tenido la oportunidad de establecer una relación a largo tiempo con usted y muchas veces no están familiarizados con sus creencias y valores y los detalles sobre sus relaciones familiares. Esto constituye un problema si usted se vuelve física o mentalmente incapaz para tomar decisiones sobre su atención médica.

Con el fin de evitar este problema, usted puede firmar este documento legal para designar a la persona que desee que tome decisiones relacionadas con la atención médica por usted en caso se encuentre incapacitado (a) para tomar dichas decisiones personalmente. A esa persona se le conoce como su agente de atención médica. Es recomendable que se tome un tiempo para analizar sus pensamientos y creencias acerca de su tratamiento médico con la persona o las personas que ha especificado.

Usted puede declarar en el presente documento cualquier tipo de atención médica que desee o no desee recibir, así como limitar la autoridad de su agente de atención médica. Si su agente de atención médica desconoce su voluntad con respecto a una decisión de atención médica en particular, será necesario que él o ella determine en favor de los intereses de usted al tomar la decisión.

Este es un documento legal importante. Le proporciona a su agente amplios poderes para tomar decisiones de atención médica por usted. Revoca cualquier otro poder anterior que pueda haber hecho para su atención médica. Si desea cambiar su poder para la atención médica, puede revocar este documento en cualquier momento destruyéndolo, solicitándole a otra persona que lo destruya en su presencia, firmando una declaración por escrito con fecha o declarando su revocación en la presencia de dos testigos. Si revoca este documento, deberá notificar a su agente, proveedores de

a copy. If your agent is your spouse and your marriage is annulled or you are divorced or your domestic partnership is terminated after signing this document, the document is invalid.

You may also use this document to make or refuse to make an anatomical gift upon your death. If you use this document to make or refuse to make an anatomical gift, this document revokes any prior document of gift you may have made. You may revoke or change any anatomical gift that you make by this document by crossing out the anatomical gifts provision in this document.

Do not sign this document unless you clearly understand it.

Part I – Appointing a Health Care Agent

If I am no longer able to make health care decisions for myself, this document names the person I choose as my agent to make these choices for me. This person will make my health care decisions if I am determined to be incapable to make health care decisions as defined by state law.

For the purpose of this document, 'incapacity' exists if two physicians or a physician and a psychologist have personally examined me and signed a statement that specifically expresses their opinion that I am unable to receive and evaluate information effectively or to communicate decisions. A copy of that statement must be attached to this document. If I am unable, due to my incapacity, to make health care decisions, my health care agent is instructed to make health care decisions for me, but my health care agent should try to discuss with me any specific proposed health care if I am able to communicate in any manner, including by blinking my eyes.

servicios médicos y a cualquier otra persona a quienes les haya otorgado una copia. Si su agente es su cónyuge y su matrimonio se anula o se divorcian o se termina su unión de hecho después de haber firmado este documento, el documento queda inválido.

También puede emplear este documento para aceptar o rechazar una donación anatómica luego de su muerte. Si ´ utiliza este documento para aceptar o rechazar una donación anatómica, este documento revoca cualquier documento previo que usted haya hecho con respecto a donaciones. Puede revocar o cambiar cualquier donación anatómica que haga en este documento al marcar la disposición acerca de donaciones anatómicas en este documento.

No firme este documento a menos que lo haya comprendido con claridad.

Parte I. Designación de un agente de atención médica

Si ya no tengo la capacidad para tomar decisiones por mí mismo sobre mi atención médica, este documento nombra a la persona que elijo como mi agente para que tome estas decisiones por mí. Esta persona tomará decisiones sobre mi atención médica en caso se determine que no estoy en la capacidad para tomar decisiones sobre mi atención médica según lo establecido por las leyes estatales.

Para los fines del presente documento, existe 'incapacidad' cuando dos médicos o un médico y un psicólogo me han examinado personalmente y han firmado una declaración que expresa de manera específica su opinión sobre mi incapacidad para recibir y evaluar información de manera efectiva o para comunicar mis decisiones. Una copia de dicha declaración deberá adjuntarse al presente documento. Si no puedo, debido a mi incapacidad, tomar decisiones sobre mi atención médica, mi agente de atención médica está instruido para tomar las decisiones de atención médica por mí; sin embargo, mi agente deberá intentar analizar conmigo cualquier atención médica específica propuesta en caso yo pueda comunicarme de alguna manera, incluso mediante el parpadeo de ojos.

Note: When selecting someone to be your health care agent, choose someone who knows you well, whom you trust, who is willing to respect your views and values, agrees to carry out your wishes, and is able to make difficult decisions in stressful situations. Take time to discuss this document and your views with the person you pick to be your health care agent and give him or her a copy of this document. Your health care agent must be at least 18 years of age and should not be your health care provider, an employee of that health care provider, an employee of a health care facility in which you are a patient or resident, or a spouse of any of those providers or employees, unless the health care provider, employee or spouse of the provider or employee, is your relative.

Nota: Cuando elija a una persona para que sea su agente de atención médica, elija a la persona que mejor lo conozca, en quien confíe, quien esté dispuesta a respetar sus puntos de vista y valores, quien acepte cumplir su voluntad y sea capaz de tomar decisiones difíciles en situaciones de estrés. Tómese el tiempo para analizar este documento y sus puntos de vista con la persona que elija para que sea su agente de atención médica y entréguele una copia del presente documento. Su agente de atención médica debe tener como mínimo 18 años de edad y no debe ser su proveedor de atención médica, un empleado de dicho proveedor, un empleado de un centro de atención médica en donde usted sea paciente o residente o el cónyuge de alguno de dichos proveedores o empleados, a menos que el proveedor de atención médica, el empleado o el cónyuge del proveedor o del empleado sea su pariente.

The person I name as my health care agent is/La persona que he nombrado como mi agente de atención médica es:

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____

Address/Dirección: _____

Phone/Teléfono: Home/Casa: () _____ Cell/Móvil: () _____ Work/Trabajo () _____

If the health care agent listed above is ever unable or unwilling to do so, then I name as my health care agent/Si el agente de atención médica mencionado anteriormente no puede o no desea serlo, entonces nombro como mi agente de atención médica a:

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____

Address/Dirección: _____

Phone/Teléfono: Home/Casa: () _____ Cell/Móvil: () _____ Work/Trabajo () _____

If neither of the health care agents listed above is ever unable or unwilling to do so, then I name as my health care agent/Si ninguno de los agentes de atención médica mencionados anteriormente no puede ni desea serlo alguna vez, entonces nombro como mi agente de atención médica a:

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____

Address/Dirección: _____

Phone/Teléfono: Home/Casa: () _____ Cell/Móvil: () _____ Work/Trabajo () _____

Part II – General Authority of the Health Care Agent

Subject to any limitations in this document, if I ever have incapacity, my health care agent has the authority to request and review all information, oral and written, regarding my physical and mental health. This includes signing consent forms to release any medical information to other parties. I will discuss my desires with my health care agent and believe he or she is willing to carry them out.

Note: Please check yes or no in the boxes below. If you do not mark a box in a section and make no clear choice, Wisconsin law states that your choice is considered to be “No”.

Parte II. Autoridad general del agente de atención médica

Sujeto a cualquier limitación en el presente documento, si alguna vez presento incapacidad, mi agente de atención médica tiene la autoridad para solicitar y revisar toda la información, oral y escrita, relacionada a mi salud física y mental. Esto incluye firmar los formularios de consentimiento para revelar cualquier información médica a otros interesados. Analizaré mis deseos con mi agente de atención médica y creo que él o ella estará dispuesto (a) a llevarlos a cabo.

Nota: Marque sí o no en las casillas a continuación. Si no marca una casilla en una sección ni hace una elección clara, las leyes de Wisconsin señalan que su elección será considerada como “No”.

to him or her. Most of what I state here is general in nature, since I cannot anticipate all possible circumstances of a future illness. If I have not given specific instructions, then my health care agent must make decisions consistent with my wishes and beliefs, in accordance with the principles set forth below:

1. *Ordinary or proportionate* means shall be used to preserve my life. Proportionate means are those that offer a reasonable hope of benefit, are reasonably expected to prolong my life, do not entail an excessive burden or impose excessive expense on my family or community, and do not cause significant physical discomfort.
2. Medical treatments that are *extraordinary or disproportionate* means of preserving my life may be withdrawn or avoided. Disproportionate means of preserving my life may be withdrawn or avoided. Disproportionate means are those that do not offer a reasonable hope of benefit, are not reasonably expected to prolong my life, entail an excessive burden or impose excessive expense on my family or the community, or cause significant physical discomfort.
3. A. In principle, there is an obligation to provide me food and water, including medically assisted nutrition and hydrations if I cannot take food orally. This obligation extends to chronic and presumably irreversible conditions (e.g., the "persistent vegetative state") where I am reasonably expected to live indefinitely, if given such care.
B. Medically assisted nutrition and hydration become optional when they cannot reasonably be expected to prolong my life, do not offer a reasonable hope of benefit, when they would be excessively burdensome or impose excessive expense on my family or my community, or would cause significant physical discomfort.
4. I should not be deprived of consciousness without a compelling reason.

presente documento o de acuerdo con cualquier voluntad que le haya hecho saber. La mayor parte de lo que declaro aquí es de naturaleza general, ya que no puedo prever todas las posibles circunstancias de una enfermedad futura. Si no he dado instrucciones específicas, mi agente de atención médica deberá tomar decisiones de conformidad con mis deseos y creencias, de acuerdo con los principios que expongo a continuación:

1. *Medios ordinarios o proporcionales* serán utilizados para preservar mi vida. Los medios proporcionales son aquellos que ofrecen una esperanza de beneficio razonable, se espera de manera razonable que prolonguen mi vida, no suponen una carga excesiva ni imponen gastos excesivos a mi familia o comunidad y no causan molestias físicas significativas.
2. Los tratamientos médicos que son *extraordinarios o desmesurados* para preservar mi vida deben evitarse o rechazarse. Los medios desmesurados para preservar mi vida deben evitarse o rechazarse. Los medios desmesurados son aquellos que no ofrecen una esperanza de beneficio razonable, no se espera de manera razonable que prolonguen mi vida, suponen una carga excesiva o imponen gastos excesivos a mi familia o comunidad o causan molestias físicas significativas.
3. A. En principio, existe la obligación de proporcionarme comida y agua incluyendo la nutrición e hidratación médica asistida si no puedo ingerir alimentos de forma oral. Esta obligación se extiende a condiciones crónicas y presuntamente irreversibles (por ejemplo: el "estado vegetativo persistente") donde se espera de manera razonable que viva indefinidamente si se me administra dichos cuidados.
B. La nutrición e hidratación médica asistida se tornan opcionales cuando no se puede esperar de manera razonable que prolonguen mi vida, cuando no ofrecen una esperanza de beneficio razonable, cuando sean una carga excesiva o impongan gastos excesivos a mi familia o a mi comunidad o causarían molestias físicas significativas.
4. No se me privará del estado consciente sin una razón convincente.

5. I oppose suicide and euthanasia. Treatment or support must not be provided or withheld for the purpose of causing my death.
6. I desire the use of medication or procedures necessary for my comfort. Medicines capable of alleviating or suppressing pain may be given to me, even if this therapy may indirectly shorten my life. However, I do not wish to receive such treatment when given for the intent of hastening my death.
7. If my death is imminent, I desire that those treatments which maintain a burdensome prolongation of my life be withdrawn or avoided, unless those responsible for my care judge that there are special and significant reasons why I should continue to receive such treatment.

I also desire that the following be adhered to regarding my health care decisions: _____

Please check your choice, if any, in the boxes below.

- For Catholics:* I desire that efforts be made so that I receive the Sacraments of Reconciliation, Anointing of the Sick and Eucharist as Viaticum.
- I desire that my spiritual/pastoral leader is contacted.
- If my life is at an end and there is no reasonable hope for recovery, the medical interventions are non-beneficial, the burdens outweigh the benefits, and are prolonging my dying process, I would like all life-support systems removed. I wish to to be kept comfortable and pain free.

Donation of My Organs or Tissue (Optional): please check your choice in the box:

- I intend to donate **only** the listed organs and/or tissues _____.

5. Me opongo al suicidio o eutanasia. No se me dará o denegará tratamiento o soporte con el propósito de causar mi muerte.
6. Deseo el uso de medicamentos o procedimientos necesarios para mi comodidad. Se me puede administrar medicamentos capaces de aliviar o suprimir el dolor, incluso si esta terapia puede de manera indirecta acortar mi vida. Sin embargo, no deseo recibir dicho tratamiento cuando sea administrado con la intención de acelerar mi muerte.
7. Si mi muerte es inminente, deseo que todos aquellos tratamientos que mantengan una prolongación agobiante de mi vida sean retirados o evitados, a menos que las personas responsables de mi cuidado determinen que existen razones específicas y especiales para continuar recibiendo dicho tratamiento.

También es mi voluntad que se agregue lo siguiente en relación a las decisiones sobre mi atención médica:

Marque su elección, si la hubiera, en las casillas a continuación.

Para católicos: Deseo que se hagan esfuerzos para que pueda recibir los Sacramentos de la Reconciliación, la Unción de los Enfermos y la Eucaristía como Viático.

Deseo que se comuniquen con mi líder espiritual/pastoral.

Si mi vida está en su término y no existe ninguna esperanza razonable de recuperación, las intervenciones médicas no han sido beneficiosas, la carga supera los beneficios y se está prolongando mi proceso de muerte, deseo que se retiren todos los soportes de apoyo vital. Es mi voluntad mantenerme cómodo(a) y sin dolor.

Donación de mis órganos o tejidos (Opcional): Seleccione su elección en la casilla:

Tengo la intención de donar **solo** los órganos y/o tejidos mencionados.

- I intend to donate any organs or tissue.
- I do not intend to donate any organ or tissue.
- I intend to donate my body to medical science.
Note: Donating your body to medical science needs to be arranged ahead of time.

Tengo la intención de donar cualquier órgano o tejido.

No tengo la intención de donar ningún órgano ni tejido.

Tengo la intención de donar mi cuerpo para la ciencia médica.
Nota: La donación de su cuerpo a la ciencia médica necesita ser tramitado con anticipación.

Part IV – Making the Document Legal

This document created pursuant to Chapter 155 of the Wisconsin Statutes must be signed and dated in the presence of two witnesses with both witnesses signing at the same time. I am thinking clearly and agree with everything that is written in this document and have made this document willingly.

 Signature

 Date

Statement of Witnesses:

I know the person creating this document and believe him/her to be of sound mind and at least 18 years of age. I personally witnessed him/her sign this document and believe he/she did so voluntarily. By signing this document as a witness, I certify that I am:

- At least 18 years of age.
- Not a health care agent appointed by the person creating this document.
- Not related to this person by blood, marriage, or adoption.
- Not directly financially responsible for this person's health care.
- Not a health care provider directly serving the person at this time.
- Not an employee (other than social worker or chaplain) of a health care provider directly serving this person at this time.
- Not aware that I am entitled to or have a claim against this person's estate.

Parte IV. Legalización del documento

El presente documento creado de conformidad con el Capítulo 155 de los Estatutos de Wisconsin debe ser firmado con fecha en presencia de dos testigos con sus respectivas firmas al mismo tiempo. Hago pleno uso de mis facultades mentales y estoy de acuerdo con todo lo que se encuentra escrito en el presente documento y lo he preparado con total disposición.

 Firma

 Fecha

Declaración de los testigos:

Conozco a la persona que crea este documento y creo que se encuentra en su sano juicio y tiene al menos 18 años de edad. Personalmente lo presencié firmando el presente documento y creo que lo ha hecho de manera voluntaria. Al firmar el presente documento como testigo, certifico que yo:

- Tengo por lo menos 18 años de edad.
- No soy un agente de atención médica designado por la persona que crea el presente documento.
- No estoy relacionada con esta persona por sangre, matrimonio o adopción.
- No soy económicamente responsable de manera directa por la atención médica de esta persona.
- No soy un proveedor de atención médica que atiende directamente a esta persona en la actualidad.
- No soy un empleado (aparte de un trabajador social o capellán) de un proveedor de atención médica que atiende directamente a esta persona en la actualidad.
- No tengo conocimiento de que tengo derecho a o tengo un reclamo contra el patrimonio de esta persona.

Witness #1:

Date: _____

Signature: _____

Print Name: _____

Address: _____

Witness #2:

Date: _____

Signature: _____

Print Name: _____

Address: _____

Testigo N°. 1:

Fecha:

Firma:

Nombre en letra de imprenta:

Dirección:

Testigo N°. 2:

Fecha:

Firma:

Nombre en letra de imprenta:

Dirección:

Statement of Health Care Agent and Alternate Health Care Agent

I understand that _____ has designated me to be his or her health care agent or alternate health care agent if he or she is ever found to have incapacity and unable to make health care decisions. The person creating this document has discussed his or her desires regarding health care decisions with me.

Agent's Signature/Date _____

Alternate's Signature/Date _____

Alternate's Signature/Date _____

This document includes information from the State of Wisconsin form as well as the addendum by the five Catholic Bishops' of Wisconsin (3/5/14).

Declaración del agente de atención médica y del agente de atención médica alternativo

Comprendo que me ha designado como su agente de atención médica o su agente de atención médica alternativo en caso se encuentre incapacitado(a) y no pueda tomar decisiones sobre su atención médica. La persona que crea este documento ha analizado conmigo sus voluntades relacionadas a la decisión de su atención médica.

Firma del agente/Fecha

Firma del agente alternativo/Fecha

Firma del agente alternativo/Fecha

Este documento incluye información del formulario del Estado de Wisconsin, así como la adenda de los cinco obispos católicos de Wisconsin (3/5/14)