

**DIRECTRICES ANTICIPADAS DE VA PODER LEGAL PARA LA DESIGNACIÓN DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE SALUD Y TESTAMENTO EN VIDA****(VA ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE AND LIVING WILL)****INSTRUCCIONES**

Este formulario de directrices anticipadas es un documento oficial en el que usted puede indicar sus preferencias acerca de su cuidado médico. Si algún día a usted se encuentra incapaz de tomar decisiones sobre su propia salud, este formulario puede servir como guía para aquellas personas que tomarán las decisiones por usted.

Usted puede utilizar este formulario para:

- Designar personas específicas que tomen decisiones sobre su cuidado de salud por usted.
- Describir las preferencias sobre como usted desea ser tratado(a).
- Describir sus preferencias sobre su cuidado médico, cuidado de salud mental, cuidado a largo plazo, u otros tipos de cuidado de salud.

Puede completar algunas, ninguna o todas las secciones de este formulario. Si necesita más espacio para cualquier parte del formulario, puede adjuntar páginas adicionales. Asegúrese de poner sus iniciales y fecha en cada página que adjunte. También debe poner sus iniciales en las secciones que complete y firmar el formulario. Si no puede poner sus iniciales o firmar el formulario debido a un impedimento físico, puede colocar una "X", huella digital o sello en el formulario en lugar de sus iniciales y firma. Si un impedimento físico le impide hacer alguna de estas cosas, puede pedirle a otra persona que esté con usted que firme, coloque una "X", una huella digital o un sello en el formulario.

Cuando complete este formulario, es importante que también hable con un miembro de su equipo de atención médica, su familia y otros seres queridos para explicarle a qué se refería cuando completó el formulario. Un miembro de su equipo de atención médica puede ayudarlo con este formulario y puede responder cualquier pregunta que tenga.

**INSTRUCTIONS**

*This advance directive form is an official document where you can write down your preferences for your health care. If someday you can't make health care decisions for yourself anymore, this advance directive can help guide the people who will make decisions for you.*

*You can use this form to:*

- *Name specific people to make health care decisions for you.*
- *Describe your preferences for how you want to be treated.*
- *Describe your preferences for medical care, mental health care, long-term care, or other types of health care.*

*You may complete some, none, or all sections of this form. If you need more space for any part of the form, you may attach extra pages. Be sure to initial and date every page that you attach. You also must initial the sections you complete and sign the form. If you are unable to initial or sign the form because of a physical impairment, you can place an "X", thumbprint, or stamp on the form instead of your initials and signature. If a physical impairment prevents you from doing any of these things, you can ask someone else who is with you to sign, place an "X", thumbprint, or stamp on the form.*

*When you complete this form, it's important that you also talk to a member of your health care team, family, and other loved ones to explain what you meant when you filled out the form. A member of your health care team can help you with this form and can answer any questions that you have.*

**PARTE I: INFORMACIÓN PERSONAL****(PART I: PERSONAL INFORMATION)**

NOMBRE (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre)  
(NAME (Last, First, Middle):

FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/yyyy):  
(DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy):

DIRECCIÓN FÍSICA (STREET ADDRESS):

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL (CITY, STATE, ZIP):

TELÉFONO RESIDENCIAL CON CÓDIGO DE ÁREA  
(HOME PHONE WITH AREA CODE):

TELÉFONO DEL TRABAJO CON CÓDIGO DE ÁREA  
(WORK PHONE WITH AREA CODE):

TELÉFONO CELULAR CON CÓDIGO DE ÁREA  
(MOBILE PHONE WITH AREA CODE):

NOMBRE (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre)  
(NAME (Last, First, Middle)):

FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/yyyy):  
(DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy)):

## DECLARACIÓN DE CARGA PÚBLICA DE DECLARACIÓN DE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD

(Public Burden Statement and Privacy Act Statement)

### Declaración de carga pública

Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder, a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido actual de la OMB. El número de control de la OMB para este proyecto es 2900-0556, y vence 04/30/2027. La carga de informar públicamente para esta recopilación de información se estima en un promedio de 30 minutos por declarante, por año, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Envíe comentarios sobre esta estimación de carga y cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga, al Oficial de Despeje de Informes de VA en [VACOPaperworkReduAct@va.gov](mailto:VACOPaperworkReduAct@va.gov). Remítase al control de la OMB N.º 2900-0556 en cualquier correspondencia. No envíe su Formulario de VA 10-0137 completo a esta dirección de correo electrónico.

### Declaración de la Ley de Confidencialidad

La información solicitada en este formulario se pide bajo la autoridad de 38 C.F.R. §17.32. Se recopila para documentar sus preferencias en cuanto a su atención médica en caso de que ya no pueda hablar por usted mismo. La información que usted da puede divulgarse fuera del VA según lo permita la ley. Las posibles revelaciones incluyen aquellas que se describen en los “usos de rutina” identificados en el sistema de registros de VA 24VA10P2, Registros médicos de pacientes-VA, publicados en el Registro Federal de conformidad con la Ley de Confidencialidad de 1974. Esto también está disponible en la Compilación de publicaciones de la Ley de Confidencialidad. Puede optar por completar este formulario o no, pero sin esta información, es posible que los proveedores de atención médica de VA no comprendan claramente sus preferencias. Si no completa este formulario, no habrá ningún efecto en los beneficios a los que tiene derecho a recibir.

### Public Burden Statement

An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. The OMB control number for this project is 2900-0556, and it expires 04/30/2027. Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 30 minutes per respondent, per year, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Send comments regarding this burden estimate and any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing the burden, to VA Reports Clearance Officer at [VACOPaperworkReduAct@va.gov](mailto:VACOPaperworkReduAct@va.gov). Please refer to OMB Control No. 2900-0556 in any correspondence. Do not send your completed VA Form 10-0137 to this email address.

### Privacy Act Statement

The information requested on this form is solicited under the authority of 38 C.F.R. §17.32. It is being collected to document your preferences for your health care in the event that you cannot speak for yourself anymore. The information you provide may be disclosed outside the VA as permitted by law. Possible disclosures include those that are described in the “routine uses” identified in the VA system of records 24VA10P2, Patient Medical Records-VA, published in the Federal Register in accordance with the Privacy Act of 1974. This is also available in the Compilation of Privacy Act Issuances. You may choose to fill out this form or not, but without this information, VA health care providers may not clearly understand your preferences. If you do not fill out this form, there will be no effect on any benefits you are entitled to receive.

## PARTE II: PODER LEGAL PARA LA DESIGNACIÓN DE UN AGENTE PARA EL CUIDADO DE SALUD

(PART II: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE)

Esta sección del formulario de directrices anticipadas se conoce como un poder legal de designación de un agente para el cuidado de salud. Esta sección del formulario permite que usted designe una persona específica que tome decisiones sobre el cuidado de su salud en caso de que usted no pueda tomar decisiones por usted mismo. Esta persona se llamará su Agente de Cuidado de Salud.

Su Agente de Cuidado de Salud deberá ser alguien:

- De su confianza.
- Que lo conoce bien a usted.
- Que esté familiarizado con sus valores y creencias.

This section of the advance directive form is called a Durable Power of Attorney for Health Care. It lets you appoint a specific person to make health care decisions for you in case you can't make decisions for yourself anymore. This person will be called your Health Care Agent.

Your Health Care Agent should be someone:

- You trust.
- Who knows you well.
- Who is familiar with your values and beliefs.

|  |  |
|--|--|
| NOMBRE <i>(Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre)</i><br>(NAME <i>(Last, First, Middle)</i> ):  | FECHA DE NACIMIENTO <i>(mm/dd/yyyy)</i> :<br>(DATE OF BIRTH <i>(mm/dd/yyyy)</i> ): |
| <p>Si usted está demasiado enfermo para tomar decisiones por usted mismo, su Agente de Cuidado de Salud tendrá la autoridad para tomar todas las decisiones sobre su cuidado de salud por usted. Estas incluyen la decisión de admitirle y darle de alta de cualquier hospital y otra institución de servicios de cuidado de salud. Su Agente de Cuidado de Salud puede también decidir si se inicia o detiene cualquier tipo de tratamiento clínico, y puede tener acceso a su información médica, expedientes médicos, incluyendo información referente a pruebas de VIH, SIDA, anemia falciforme, abuso de sustancias controladas o relacionadas a problemas de alcoholismo.</p> <p><b>NOTA:</b> Si usted desea dar autorización general a VA para que se comparta con otros sus expedientes médicos o su información médica puede completar el formulario de VA #10-5345 (Solicitud y Autorización para Relevó de Información de Salud o Expedientes Médicos). Usted puede obtener el formulario de VA #10-5345 a través de su proveedor de cuidado o a través de su computadora desde la siguiente dirección:<br/> <a href="http://www4.va.gov/vaforms/medical/pdf/vha-10-5345-fill.pdf">http://www4.va.gov/vaforms/medical/pdf/vha-10-5345-fill.pdf</a>.</p> |  |
| <p><i>If you get too sick to make decisions for yourself, your Health Care Agent will have the authority to make all health care decisions for you. This includes decisions to admit and discharge you from any hospital or other health care institution. Your Health Care Agent can also decide to start or stop any type of health care treatment. He or she can access your personal health information, and medical records, including information about whether you have been tested for HIV or treated for AIDS, sickle cell anemia, substance abuse or alcoholism.</i></p>   |  |
| <p><b>NOTE:</b> <i>If you wish to give general permission for VA to share your medical records or health information with others, you can complete VA Form 10-5345 (Request for and Authorization to Release Medical Records or Health Information). You can get VA Form 10-5345 from your VA health care provider or you can get it using a computer from this website <a href="http://www4.va.gov/vaforms/medical/pdf/vha-10-5345-fill.pdf">http://www4.va.gov/vaforms/medical/pdf/vha-10-5345-fill.pdf</a>.</i></p>   |  |

|  |   |  |          |
|--|---|--|----------|
| NOMBRE <i>(Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre)</i><br><i>(NAME (Last, First, Middle)):</i>   |   | FECHA DE NACIMIENTO <i>(mm/dd/yyyy):</i><br><i>(DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy)):</i> |          |
| <b>A - AGENTE PARA EL CUIDADO DE SALUD</b><br><b><i>(HEALTH CARE AGENT)</i></b>  |   |  |          |
| Escriba sus iniciales en el cuadro al lado de su opción, escoja solo una.<br><i>(Place your initials in the box next to your choice. Choose only one)</i>  |   |  |          |
| INICIALES<br><i>(Initials)</i>   | En este momento no deseo designar a nadie como Agente para el Cuidado de Salud. <i>(Omita esta sección y vaya a la Parte III, Testamento)</i><br><i>(I don't wish to appoint a Health Care Agent right now. (Skip this section and go to Part III, Living Will.))</i>   |  |          |
| INICIALES<br><i>(Initials)</i>   | Yo designo a la persona nombrada abajo para tomar decisiones acerca de mi cuidado médico si yo ya no puedo decidir por mi mismo(a) de Vida.<br><i>(I appoint the person named below to make decisions about my health care if I can't decide for myself anymore.)</i>   |  |          |
| NOMBRE <i>(Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre)</i><br><i>(NAME (Last, First, Middle)):</i>   |   | PARENTESCO <i>(RELATIONSHIP TO ME):</i>  |          |
|  |   | Español:   | English: |
| DIRECCIÓN FÍSICA <i>(STREET ADDRESS):</i>  |   | CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL <i>(CITY, STATE, ZIP):</i>                         |          |
|  |   |  |          |
| TELÉFONO RESIDENCIAL CON CÓDIGO DE ÁREA<br><i>(HOME PHONE WITH AREA CODE):</i>   | TELÉFONO DEL TRABAJO CON CÓDIGO DE ÁREA<br><i>(WORK PHONE WITH AREA CODE):</i>  | TELÉFONO CELULAR CON CÓDIGO DE ÁREA<br><i>(MOBILE PHONE WITH AREA CODE):</i>     |          |
|  |   |  |          |
| <b>B - AGENTE ALTERNO DE CUIDADO DE SALUD</b><br><b><i>(ALTERNATE HEALTH CARE AGENT)</i></b>   |   |  |          |
| Complet a esta sección si usted desea designar a una segunda persona para que tome decisiones por usted en caso de que la persona que designó inicialmente no esté disponible.<br><i>(Fill out this section if you want to appoint a second person to make health care decisions for you, in case the first person isn't available.)</i> |   |  |          |
| INICIALES<br><i>(Initials)</i>   | Si la persona arriba mencionada no puede o no quiere tomar decisiones por mí, designo a la persona abajo indicada para que actúe como mi Agente de Cuidado de Salud.<br><i>(If the person named above can't or doesn't want to make decisions for me, I appoint the person named below to act as my Health Care Agent.)</i> |  |          |
| NOMBRE <i>(Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre)</i><br><i>(NAME (Last, First, Middle)):</i>   |   | PARENTESCO <i>(RELATIONSHIP TO ME):</i>  |          |
|  |   | Español:   | English: |
| DIRECCIÓN FÍSICA <i>(STREET ADDRESS):</i>  |   | CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL <i>(CITY, STATE, ZIP):</i>                         |          |
|  |   |  |          |
| TELÉFONO RESIDENCIAL CON CÓDIGO DE ÁREA<br><i>(HOME PHONE WITH AREA CODE):</i>   | TELÉFONO DEL TRABAJO CON CÓDIGO DE ÁREA<br><i>(WORK PHONE WITH AREA CODE):</i>  | TELÉFONO CELULAR CON CÓDIGO DE ÁREA<br><i>(MOBILE PHONE WITH AREA CODE):</i>     |          |
|  |   |  |          |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| NOMBRE ( <i>Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre</i> )<br>( <i>NAME (Last, First, Middle)</i> ):   |   | FECHA DE NACIMIENTO ( <i>mm/dd/yyyy</i> ):<br>( <i>DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy)</i> ):                                    |   |
| <b>PARTE III: TESTAMENTO EN VIDA</b><br>( <i>PART III: LIVING WILL</i> )   |   |   |   |
| Esta sección del formulario de directrices anticipadas se conoce como Testamento En Vida. Esta sección del formulario le permite escribir cómo quiere que sea tratado en caso de que usted ya no pueda decidir por usted mismo. Su propósito es ayudar a otros a decidir acerca de su cuidado de salud.  |   |   |   |
| <i>This section of the advance directive form is called a Living Will. This section of it lets you write down how you want to be treated in case you aren't able to decide for yourself anymore. Its purpose is to help others decide about your care.</i>   |   |   |   |
| <b>A - PREFERENCIAS ESPECÍFICAS SOBRE TRATAMIENTOS PARA SOSTENER LA VIDA</b><br>( <i>SPECIFIC PREFERENCES ABOUT LIFE-SUSTAINING TREATMENTS</i> )   |   |   |   |
| En esta sección, usted puede indicar sus preferencias para tratamientos para sostener la vida en ciertas situaciones. Algunos ejemplos de tratamientos para sostener la vida son:  |   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• RCP (<i>resucitación cardio-pulmonar</i>).</li> <li>• una máquina de respiración (<i>ventilación mecánica</i>).</li> <li>• diálisis de riñón.</li> <li>• tubos para la alimentación (<i>nutrición artificial e hidratación</i>).</li> </ul>   |   |   |   |
| Medite sobre cada situación descrita en la izquierda y pregúntese a si mismo, "En esa situación, ¿desearía tener tratamientos para sostener la vida?" Escriba sus iniciales en el cuadro que describa mejor su preferencia de tratamiento. <b>Usted puede completar algunas, todas, o ninguna de esta sección. Escoja solo un cuadro para cada afirmación.</b> |   |   |   |
| <i>In this section, you can indicate your preferences for life-sustaining treatments in certain situations. Some examples of life-sustaining treatments are:</i>   |   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>CPR (cardiopulmonary resuscitation).</i></li> <li>• <i>a breathing machine (mechanical ventilation).</i></li> <li>• <i>kidney dialysis.</i></li> <li>• <i>a feeding tube (artificial nutrition and hydration).</i></li> </ul>  |   |   |   |
| <i>Think about each situation described on the left and ask yourself, "In that situation, would I want to have life- sustaining treatments?" Place your initials in the box that best describes your treatment preference. You may complete some, all, or none of this section. Choose only one box for each statement.</i>                                    |   |   |   |
|  | <b>SI. (Yes.)</b><br>Deseo tratamientos para sostener la vida.<br>( <i>I would want life-sustaining treatments.</i> ) | No estoy seguro.<br>Depender á de las circunstancias.<br>( <i>I'm not sure. It would depend on the circumstances.</i> ) | <b>NO. (No.)</b><br>No deseo tratamientos para sostener la vida.<br>( <i>I would not want life-sustaining treatments.</i> ) |
| Si estoy inconsciente, o en estado de coma, o en un estado vegetativo con poca o ninguna posibilidad de recuperación.<br><br>( <i>If I am unconscious, in a coma, or in a vegetative state and there is little or no chance of recovery.</i> )   | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| NOMBRE ( <i>Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre</i> )<br>( <i>NAME (Last, First, Middle)</i> ):  |   | FECHA DE NACIMIENTO ( <i>mm/dd/yyyy</i> ):<br>( <i>DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy)</i> ):                                  |   |
|   | <b>SI. (Yes.)</b><br>Deseo tratamientos para sostener la vida.<br>( <i>I would want life-sustaining treatments.</i> ) | No estoy seguro. Dependier á de las circunstancias.<br>( <i>I'm not sure. It would depend on the circumstances.</i> ) | <b>NO. (No.)</b><br>No deseo tratamientos para sostener la vida.<br>( <i>I would not want life-sustaining treatments.</i> ) |
| Si tengo daño cerebral severo y permanente que me imposibilita reconocer a mi familia o amigos (por ejemplo, demencia severa).<br>( <i>If I have permanent, severe brain damage that makes me unable to recognize my family or friends (for example, severe dementia).</i> )                          | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  |
| Si yo tengo una condición permanente en la que otras personas tienen que ayudarme con mis necesidades diarias (por ejemplo, comer, bañarme, ir al baño).<br>( <i>If I have a permanent condition where other people must help me with my daily needs (for example, eating, bathing, toileting).</i> ) | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  |
| Si tengo que guardar cama y necesito un respirador artificial (ventilación mecánica) para el resto de mi vida.<br>( <i>If I need to use a breathing machine and be in bed for the rest of my life.</i> )  | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  |
| Si tengo dolor u otros síntomas severos que no se pueden aliviar.<br>( <i>If I have pain or other severe symptoms that cause suffering and can't be relieved.</i> )   | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  |
| Si yo tengo una condición que me hará morir muy pronto, incluso con tratamientos para sostener la vida.<br>( <i>If I have a condition that will make me die very soon, even with life-sustaining treatments.</i> )  | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  |
| Otro ( <i>Other</i> ):<br>En Español<br><br><br>In English:   | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  | INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  |

NOMBRE (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre)  
(NAME (Last, First, Middle)):

FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/yyyy):  
(DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy)):

**B - PREFERENCIAS SOBRE SALUD MENTAL**

(MENTAL HEALTH PREFERENCES)

Esta sección es opcional. Usted puede omitir esta sección si no tiene un problema serio de salud mental o si no quiere escribir sus preferencias para el cuidado de la salud mental. Si usted tiene una condición de salud mental seria, usted puede preferir escribir los medicamentos que le han funcionado en el pasado y que usted referiría nuevamente o puede preferir escribir las instalaciones de salud mental u hospitales que usted prefiere y aquellas que a usted no le gustan. Si usted necesita más espacio, puede adjuntar páginas adicionales y usar este espacio para referirse a las páginas adjuntadas. Asegúrese de escribir sus iniciales y la fecha en cada página que adjunte.

En Español :

*This section is optional. You may skip this section if you do not have a serious mental health problem or if you do not want to write down your preferences for mental health care. If you have a serious mental health condition, you might want to write down medications that have worked for you in the past and that you would want again, or you might want to write down the mental health facilities or hospitals that you like and those that you don't like. If you need more space, you may attach extra pages and use this space to refer to attached pages. Be sure to initial and date every page that you attach.*

In English:

NOMBRE (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre)  
(NAME (Last, First, Middle)):

FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/yyyy):  
(DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy)):

### C - PREFERENCIAS ADICIONALES

#### (ADDITIONAL PREFERENCES)

Esta sección es opcional. En este espacio, usted puede escribir otras preferencias importantes para su cuidado médico que no estén descritas en ninguna otra parte de este documento. Por ejemplo, las preferencias de cuidado pueden basarse en lo social, cultural o en la fe, o preferencias en cuanto a tratamientos tales como tubos de alimentación, transfusiones de sangre o medicamentos para el dolor. Si usted necesita más espacio, puede adjuntar páginas adicionales y usar este espacio para referirse a las páginas adjuntadas. Asegúrese de escribir sus iniciales y la fecha en cada página que adjunte.

En Español :

*This section is optional. In this space, you can write other important preferences for your health care that aren't described somewhere else in this document. For example, these might be social, cultural, or faith-based preferences for care, or preferences about treatments such as feeding tubes, blood transfusions, or pain medications. If you need more space, you may attach extra pages and use this space to refer to attached pages. Be sure to initial and date every page that you attach.*

In English:



|   |   |  |
|---|---|--|
| NOMBRE ( <i>Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre</i> )<br>( <i>NAME (Last, First, Middle)</i> ):  |   | FECHA DE NACIMIENTO ( <i>mm/dd/yyyy</i> ):<br>( <i>DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy)</i> ): |
| <b>D - QUÉ TAN ESTRICAMENTE QUIERE QUE SE SIGAN SUS PREFERENCIAS</b><br>( <i>HOW STRICTLY YOU WANT YOUR PREFERENCES FOLLOWED</i> )  |   |  |
| Escriba sus iniciales en el cuadro al lado de la afirmación que refleje qué tan estricto quiere usted que otros sigan sus preferencias, escoja s ó lo una.<br>( <i>Place your initials in the box next to the statement that reflects how strictly you want others to follow your preferences. Choose only one.</i> )   |   |  |
| INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  | Deseo que mis preferencias antes expresadas en este Testamento en Vida sirvan como una guía general. Entiendo que en algunas situaciones, la persona que está tomando las decisiones por mi puede decidir algo diferente a las preferencias que yo señalé, si considera que es lo mejor para mí.<br>( <i>I want my preferences, as expressed in this Living Will, to serve as a general guide. I understand that in some situations, the person making decisions for me may decide something different from the preferences I express above, if they think it's in my best interests.</i> ) |  |
| INICIALES<br>( <i>Initials</i> )  | Deseo que mis preferencias antes expresadas en este Testamento en Vida sean seguidas estrictamente, incluso si la persona que toma las decisiones por mí piensa que no es lo mejor para mí.<br>( <i>I want my preferences, as expressed in this Living Will, to be followed strictly, even if the person making decisions for me thinks that this isn't in my best interests.</i> )   |  |
| <b>PARTE IV: FIRMAS</b><br>( <i>SIGNATURES</i> )  |   |  |
| <b>A - SU FIRMA</b><br>( <i>YOUR SIGNATURE</i> )  |   |  |
| Al firmar abajo, certifico que este formulario describe mis preferencias con exactitud.<br>( <i>By my signature below, I certify that this form accurately describes my preferences.</i> )  |   |  |
| FIRMA ( <i>Firmar en tinta</i> ) (SIGNATURE ( <i>Sign in ink</i> )):  |   | FECHA ( <i>mm/dd/yyyy</i> ) (DATE):  |
| <b>B - FIRMAS DE TESTIGOS</b><br>( <i>WITNESSES' SIGNATURES</i> )   |   |  |
| Dos personas deben atestiguar su firma. Los testigos de la firma del paciente de una directriz médica anticipada, solo están afirmando por medio de su firma que han visto al paciente o a su representante firmar dicho documento, la Directiz Médica Anticipada del VA (VA Advance Directive). Ningún testigo, según su leal saber y entender, debe haber sido designado como beneficiario en el testamento del paciente, ni ser su representante legal en decisiones que tengan que ver con su salud, ni tampoco debe ser financieramente responsable por el cuidado del paciente. Un testigo tampoco puede ser la persona designada como la tercera parte firmante de la Directiz Médica Anticipada del VA (VA Advance Directive) a pedido del paciente y en su presencia.<br>( <i>Two people must witness your signature. Witnesses to the patient's signing of an advance directive are attesting by their signatures only to the fact that they saw the patient or designated third party sign the VA Advance Directive form. Neither witness may, to the witness' knowledge, be named as a beneficiary in the patient's estate, appointed as health care agent in the advance directive, or financially responsible for the patient's care. Nor may a witness be the designated third party who has signed the VA Advance Directive form at the direction of the patient and in the patient's presence.</i> ) |   |  |
| <b>TESTIGO #1</b><br>( <i>WITNESS #1</i> )  |   |  |
| Yo he presenciado en persona la firma de esta Directiz Médica Anticipada. No soy una tercera parte firmante de esta Directiz Médica Anticipada del VA (VA Advance Directive) a pedido del paciente y en su presencia. No he sido designado por el paciente en esta Directiz Médica Anticipada como su representante legal en decisiones que tienen que ver con su salud. Tampoco soy financieramente responsable por el cuidado del paciente que está realizando esta Directriz Médica Anticipada. No soy, a mi leal saber y entender, beneficiario en el estado del paciente.<br>( <i>I personally witnessed the signing of this advance directive. I am not the designated third party who signed this VA Advance Directive form at the direction of the patient and in the patient's presence. I am not appointed as Health Care Agent in this advance directive. I am not financially responsible for the care of the patient making this advance directive. To the best of my knowledge, I am not named as a beneficiary in the patient's estate.</i> )  |   |  |
| FIRMA ( <i>Firmar en tinta</i> ) (SIGNATURE ( <i>Sign in ink</i> )):  |   | FECHA ( <i>mm/dd/yyyy</i> ) (DATE):  |
| NOMBRE ( <i>en letra de molde o mecanografiado</i> ) (NAME ( <i>Printed or Typed</i> )):  |   |  |
| DIRECCIÓN FÍSICA (STREET ADDRESS):  |   |  |
| CIUDAD O PUEBLO, ESTADO CON CÓDIGO POSTAL (CITY, STATE, ZIP):   |   |  |

|   |  |
|---|--|
| NOMBRE <i>(Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre)</i><br>(NAME <i>(Last, First, Middle)</i> ): | FECHA DE NACIMIENTO <i>(mm/dd/yyyy)</i> :<br>(DATE OF BIRTH <i>(mm/dd/yyyy)</i> ): |
|---|--|

**TESTIGO #2**  
(WITNESS #1)

Yo he presenciado en persona la firma de esta Directriz Médica Anticipada. No soy una tercera parte firmante de esta Directriz Médica Anticipada del VA (VA Advance Directive) a pedido del paciente y en su presencia. No he sido designado por el paciente en esta Directriz Médica Anticipada como su representante legal en decisiones que tienen que ver con su salud. Tampoco soy financieramente responsable por el cuidado del paciente que está realizando esta Directriz Médica Anticipada. No soy, a mi leal saber y entender, beneficiario en el estado del paciente.

*I personally witnessed the signing of this advance directive. I am not the designated third party who signed this VA Advance Directive form at the direction of the patient and in the patient's presence. I am not appointed as Health Care Agent in this advance directive. I am not financially responsible for the care of the patient making this advance directive. To the best of my knowledge, I am not named as a beneficiary in the patient's estate.*

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| FIRMA <i>(Firmar en tinta)</i> (SIGNATURE <i>(Sign in ink)</i> ): | FECHA <i>(mm/dd/yyyy)</i> (DATE): |
|---|-----------------------------------|

NOMBRE *(en letra de molde o mecanografiado)* (NAME *(Printed or Typed)*):

DIRECCIÓN FÍSICA (STREET ADDRESS):

CIUDAD O PUEBLO, ESTADO CON CÓDIGO POSTAL (CITY, STATE, ZIP):

**PARTE V: FIRMA Y SELLO NOTARIAL (Opcional)**  
(SIGNATURE AND SEAL OF NOTARY PUBLIC (Optional))

En Español:

Este formulario de Directrices Anticipadas de VA no tiene que ser notariado para que sea válido en las facilidades de VA. No obstante, puede que usted necesite que éste documento quede notariado para que el mismo sea reconocido fuera del sistema de salud de VA. Se ha incluido espacio abajo, para la firma y sello de un notario público.

En este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, en el año de \_\_\_\_\_, personalmente compareció ante mí \_\_\_\_\_, conocido por mí como la persona que diligenció este documento y lo reconoció como un acto libre.

EN FE DE LO CUAL, Yo firmo la presente y afijo mi sello oficial en el condado \_\_\_\_\_, del estado de \_\_\_\_\_, en la fecha escrita arriba.

Notario público: \_\_\_\_\_ La comisión vence *(mm/dd/yyyy)*: \_\_\_\_\_

[SELLO]

In English:

This VA Advance Directive form is valid in VA facilities without being notarized. However, you may need to have it notarized to be legally binding outside the VA health care setting. Space for a Notary's signature and seal is included below.

On this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, in the year of \_\_\_\_\_, personally appeared before me \_\_\_\_\_, known by me to be the person who completed this document and acknowledged it as their free act and deed.

IN WITNESS WHEREOF, I have set my hand and affixed my official seal in the County of \_\_\_\_\_, State of \_\_\_\_\_, on the date written above.

Notary Public: \_\_\_\_\_ Commission Expires *(mm/dd/yyyy)*: \_\_\_\_\_

[SEAL]