

# How to Complete This Power of Attorney for Health Care Document *Cómo completar este poder judicial para atención médica*

## Overview

### *Panorama general*

The attached power of attorney for health care document is a legal document, developed to meet the legal requirements for Wisconsin. This document provides a way for a person to create a power of attorney for health care document that will meet the basic requirements for Wisconsin. **The agent is not required to sign the document.**

*El poder judicial para atención médica que se adjunta es un documento legal desarrollado con el fin de cumplir los requisitos legales de Wisconsin. Este documento proporciona a las personas una manera de preparar un poder judicial para atención médica que cumpla con los requisitos básicos de Wisconsin. No se requiere que el agente firme el documento.*

This power of attorney for health care document allows you to appoint another person or persons to make your health care decisions if you become unable to make these decisions for yourself. The person (or persons) you appoint is your Health Care Agent. This document gives your Health Care Agent authority to make your decisions only when you have been determined incapable by your physician(s) to make your health care decisions. It does not give your Health Care Agent any authority to make your financial or other business decisions.

*Este poder judicial para atención médica le permite nombrar a otra persona o personas para que tomen las decisiones sobre su atención médica en caso de que usted que incapacitado para tomar por sí mismo estas decisiones. La persona (o personas) que usted nombre es(son) su Agente(s) de Atención Médica. Este documento otorga a su Agente de Atención Médica la autoridad para tomar sus decisiones sólo cuando su médico o médicos determinen que usted está incapacitado para tomar decisiones sobre su atención médica. No otorga a su Agente de Atención Médica ninguna autoridad para tomar sus decisiones financieras ni ninguna otra decisión comercial.*

PLEASE NOTE: Before completing this power of attorney for health care document, take time to read it carefully. There may be medical terms or phrases used that are not clear to you. You might want to complete the document with your health care provider or a trained advance care planning facilitator, who can offer help and explain anything you do not understand. If you need help completing the document, please talk with your health care provider or call Aurora Health Care at 1-888-863-5502 to be referred to a trained facilitator.

*POR FAVOR NOTE: Antes de completar este poder judicial para atención médica, dedique tiempo para leerlo detenidamente. Es posible que contenga términos o frases que pueden no ser claros para usted. Se recomienda que complete el documento junto con su proveedor de atención médica o con un facilitador capacitado en la planificación de la atención avanzada, quien puede ofrecerle ayuda y explicarle todo aquello que no entienda. Si necesita ayuda para*

*completar el documento, por favor hable con su proveedor de atención médica o llame a Aurora Health Care al teléfono 1-888-863-5502 para recibir una referencia a un facilitador capacitado.*

If you complete this document on your own, it is still very important that you discuss your views, values, and this document with your Health Care Agent! If you do not closely involve your Health Care Agent and you do not make a clear plan together, your views and values may not be fully respected because they will not be understood.

*Aunque complete este documento usted solo, es muy importante que hable con su Agente de Atención Médica sobre sus puntos de vista, valores y sobre este documento. Si no involucra a su Agente de Atención Médica y no preparan juntos un plan claro, es posible que no se respeten completamente sus puntos de vista y sus valores debido a que no se entienden.*

If you want to document your views about future health care, but do not want to or cannot use this power of attorney for health care document, (for instance, if you have no one you can designate as your agent) ask your health care organization or attorney for advice about alternatives.

*Si desea documentar sus puntos de vista sobre su atención médica futura, pero no quiere o no desea usar este poder judicial para atención médica (por ejemplo, si no tiene a alguien a quien designar como su agente) pida consejo a su organización de atención médica o a su abogado acerca de las alternativas.*

## **How to Complete This Document**

### ***Cómo completar este documento***

This power of attorney for health care document is divided into four parts:  
*Este poder judicial para atención médica está dividido en cuatro partes:*

- Part I — Appointing a Health Care Agent  
*Parte I — Nombramiento de un Agente de Atención Médica*
- Part II — Authority of the Health Care Agent  
*Parte II — Autoridad del Agente de Atención Médica*
- Part III — Statement of Desires, Special Provisions, or Limitations  
*Parte III — Declaración de los deseos, disposiciones especiales o limitaciones*
- Part IV — Making the Document Legal  
*Parte IV — Preparación del documento legal*

**Steps to Follow:**  
***Pasos a seguir:***

In each of the four parts of the attached document you will find instructions. Read and follow these instructions carefully. The basic things you must do are:

*En cada una de las cuatro partes del documento adjunto encontrará instrucciones. Lea y observe minuciosamente estas instrucciones. Las cosas básicas que debe hacer son:*

- provide the information on page 1;**  
*proporcionar la información que se pide en la página 1;*
- appoint at least one Health Care Agent on page 5;**  
*nombrar al menos un Agente de Atención Médica en la página 5;*
- indicate choices for Part II on pages 6-9;**  
*indicar las opciones de la Parte II en la páginas 6-9;*
- indicate choices and any written instructions you want in Part III on pages 10-14;**  
*indicar las opciones y cualquier instrucción escrita que desee en la Parte III de las páginas 10 a 14;*
- sign and date the document in front of your witnesses (two non-related adult persons; see other witness restrictions) on page 15; and**  
*firmar y fechar el documento delante de sus testigos (dos personas adultas que no estén relacionadas con usted; vea las limitaciones referentes a testigos) en la página 15; y*
- have your witnesses sign the document on page 16 right after witnessing your signature. Note: All three signatures must show the same date!**  
*pedir a sus testigos que firmen el documento en la página 16 inmediatamente después de dar fe de su firma. Nota: ¡Las tres firmas deben tener la misma fecha!*

If you wish to donate your body for medical science after death, you should contact the closest medical school in your state to make arrangements.

*Si desea donar su cuerpo para la ciencia médica después de su fallecimiento, debe comunicarse con la escuela de medicina de su estado más cercana a usted para realizar los trámites necesarios.*

## **After Completing This Document** ***Después de completar este documento***

After you complete the document, make copies to be given out as follows:

- one copy for yourself;
- one copy for each Health Care Agent appointed in the document;
- one copy for your record at your physician's office;
- one copy for your record at the hospital where you would go in an emergency;
- extra copies to share with others if you wish (loved ones, your minister/clergy/ rabbi, and your attorney).

*Después de completar el documento, haga copias que debe distribuir de la siguiente manera:*

- *una copia para usted;*
- *una copia para cada uno de los Agentes de Atención Médica nombrados en el documento;*
- *una copia para los expedientes del consultorio de su médico.*
- *una copia para sus expedientes en el hospital al que acudiría en caso de emergencia.*
- *copias adicionales que tiene que compartir con otras personas si lo desea (seres queridos, su ministro/clérigo/rabino, y su abogado).*

Be sure to discuss your document with your health care provider and your Health Care Agent.

*Asegúrese de hablar sobre este documento con su proveedor de atención médica y con su Agente de Atención Médica.*

A photo or fax copy is as legally valid as an original.

*Una fotocopia o una copia de fax es tan legalmente válida como el original.*

## Glossary of Terms

### Glosario de términos

Here are some explanations of terms that may be helpful as you complete your Power of Attorney for Health Care Document.

*A continuación se encuentran algunas explicaciones de términos que pueden ser útiles cuando complete su poder judicial para atención médica.*

**Antibiotics** – Drugs used to fight infections, such as pneumonia.

*Antibióticos* – Medicamentos usados para combatir infecciones, como neumonía.

**Autopsy** – examination of the body after death to determine the cause of death and changes in the body from disease.

*Autopsia* – Examen del cuerpo después del fallecimiento para determinar la causa del fallecimiento y los cambios en el cuerpo debidos a una enfermedad.

**Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)** – A procedure performed to restart circulation when a person’s heart has stopped beating. It involves repeated pushing on the chest (chest compressions), and pushing air into the lungs through the mouth (artificial breathing). It may also include giving drugs and electrical shocks to restore the heartbeat.

*Resucitación cardiopulmonar (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR)* – Un procedimiento realizado para restablecer la circulación cuando el corazón de una persona ha dejado de latir. Involucra empujar repetidamente el pecho (compresiones de pecho), y empujar aire hacia los pulmones a través de la boca (respiración artificial). También puede incluir la administración de medicamentos y descargas eléctricas para restaurar los latidos cardiacos.

**Dialysis** – A machine used to cleanse the blood when the kidneys cannot function on their own. Dialysis can prolong life, but cannot restore kidney function.

*Diálisis* – Una máquina que se usa para limpiar la sangre cuando los riñones no pueden funcionar por sí mismos. La diálisis puede prolongar la vida, pero no puede restaurar la función renal.

**Feeding Tube or Artificial Nutrition** – Food and liquids provided through a special tube. The tube may be threaded through the nose into the stomach. For longer periods of feeding, a surgical procedure may be performed to place the feeding tube through the abdomen into the stomach.

*Sonda de alimentación o nutrición artificial* – Alimento y líquidos proporcionados a través de un tubo especial. El tubo se puede insertar a través de la nariz hasta el estómago. Para periodos más prolongados de alimentación, se puede realizar un procedimiento quirúrgico para colocar la sonda de alimentación a través del abdomen hasta el estómago.

**Intravenous (IV) Hydration** – A tube placed in a vein (hand, arm, or other location) that is used to give a person fluids.

*Hidratación intravenosa (IV)* – Un tubo que se coloca en una vena (de la mano, brazo u otro lugar) que se usa para administrar fluidos a las personas.

**Life Prolonging Treatment** – Any medical procedure, device or medication used to keep a person alive.

*Tratamiento para prolongar la vida* – Cualquier procedimiento médico, dispositivo o medicamento usado para mantener a una persona con vida.

**Organ/Tissue Donation** – stating that organs or tissues of the body can be used after one's death, to replace the diseased or failed organs of another person.

*Donación de órganos y tejidos* – Declarar que los órganos o los tejidos del cuerpo se pueden usar después del fallecimiento de la persona, para reemplazar los órganos enfermos o en mal funcionamiento de otra persona.

**Pain and Symptom Control** – Medical treatment and nursing care that can be given to keep a person comfortable.

*Control del dolor y de los síntomas* – Tratamiento médico y atención de enfermería que se pueden dar a una persona para mantenerla cómoda.

**Ventilator or Respirator** – A breathing machine for persons who are unable to breathe on their own. A tube is inserted through the person's mouth or nose (intubation) into the lungs. For longer periods of time a surgical procedure places the tube through the neck into the windpipe.

*Ventilador o respirador* – una máquina de respiración para las personas que no pueden respirar por sí mismas. Se inserta un tubo a través de la boca o de la nariz de una persona (intubación) hasta los pulmones. Para periodos de tiempo más prolongados el tubo se coloca a través del cuello y hasta la tráquea mediante un procedimiento quirúrgico.

**If you are mailing a copy of your document to a hospital  
in which you have NOT been a patient,  
please include this page and fill in your name  
and Social Security number.**

*Si va a enviar por correo una copia del documento a un  
hospital en el que NO ha sido paciente, por favor incluya esta  
página y anote su nombre y número de Seguro Social.*

**First & Last Name (Nombre y apellido):** \_\_\_\_\_

**Social Security**

*Número de Seguro Social*

			-			-				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

---

**This is necessary to create a valid medical record at the hospital.**  
*Esto es necesario para crear un expediente médico válido  
en el hospital.*

**You do NOT need this page unless you are sending a copy of your document  
to a hospital in which you have not been a patient.**

**NO necesita esta página a menos que vaya a enviar una copia del documento a  
un hospital en el que nunca ha sido paciente.**

**Power of Attorney for Health Care for:**  
***Poder judicial para atención médica de:***

**Last Name (*Apellido*):** \_\_\_\_\_

**Maiden Name (if applicable):** \_\_\_\_\_  
**(*Nombre de soltera (si es aplicable)*)**

**First Name (*Nombre*):** \_\_\_\_\_

**Date of Birth (*Fecha de nacimiento*):** \_\_\_\_\_

**Sex (*Sexo*):**  **Male (*Masculino*)**  **Female (*Femenino*)**

**Address (*Domicilio*):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Telephone (*Teléfono N.º*):** \_\_\_\_\_

**Copies of this document have been given to:**  
**(*Se han proporcionado copias de este documento a:*)**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

## **Power of Attorney for Health Care Document** **Poder judicial para la atención médica**

### ***Notice to the Person Making this Document:***

### ***Aviso para la persona que prepara este documento:***

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 without your permission.

*Usted tiene el derecho de tomar sus decisiones sobre su atención médica. No se le proporcionará atención médica si usted lo objeta, y la atención médica necesaria no se podrá suspender ni retener sin su permiso.*

Because your health care providers in some cases may not have had the opportunity to establish a long-term relationship with you, they 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.

*Debido a que en algunos casos sus proveedores de atención médica pueden no tener la oportunidad de establecer una relación a largo plazo con usted, frecuentemente no están familiarizados con sus creencias y valores ni con los detalles de sus relaciones familiares. Esto representa un problema en caso de que se vuelva física o mentalmente incapaz de tomar decisiones sobre su atención médica.*

In order to avoid this problem, you may sign this legal document to specify a person who you would want to make health care decisions for you if you become 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 as your Health Care Agent. 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.

*Para evitar este problema, puede firmar este documento legal a fin de especificar a una persona que desee tomar las decisiones de atención médica por usted en caso de que quede incapacitado para tomar esas decisiones personalmente. Esa persona se conoce como su Agente de Atención Médica. Debe dedicar tiempo para hablar con la persona o personas que haya nombrado como su Agente de Atención Médica sobre sus pensamientos y creencias relacionados con el tratamiento. Puede declarar en este documento cualquier tipo de atención médica que desee o que no desee, y puede limitar la autoridad de su Agente de Atención Médica. Si su Agente de Atención Médica no se entera de sus deseos con respecto a una decisión particular sobre la atención médica, se requiere que él o ella al tomar una decisión determine lo que sería en su mejor interés.*

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 your Power of Attorney for Health Care, you should notify your agent, your health care providers and any other person to whom you have given a copy. If your agent is your spouse and your marriage is annulled or you are divorced after signing this document, this document is invalid. In such circumstances, you may not be able to rely on your designations of alternative Health Care Agents and you should execute an entirely new Power of Attorney for Health Care.

*Éste es un documento legal importante. Otorga a su agente amplios poderes para tomar decisiones sobre su atención médica a su nombre. Revoca cualquier poder judicial para atención médica anterior que pueda haber preparado. Si desea cambiar su poder judicial para atención médica, puede revocar este documento en cualquier momento destruyéndolo, dirigiendo a otra persona para que lo destruya en su presencia, firmando una declaración por escrito y fechada, o declarando que se revoca en presencia de dos testigos. Si revoca su poder judicial para atención médica, debe notificarlo a su agente, a sus proveedores de atención médica, y a cualquier otra persona a quien haya entregado una copia. Si su agente es su cónyuge y su matrimonio se anula o se divorcia después de firmar este documento, este documento será inválido. En tales circunstancias, es posible que no pueda contar con sus designaciones de Agentes de Atención Médica alternativos y deba ejecutar un poder judicial para atención médica completamente nuevo.*

You may also use this document to make or refuse to make any anatomical gift (donation of organs or tissue) upon your death. If you use this document to make or refuse to make an anatomical gift, this document revokes any prior document of an anatomical 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.

*También puede usar este documento para hacer o rehusarse a hacer cualquier obsequio anatómico (donación de órganos o tejidos) a su fallecimiento. Si utiliza este documento para hacer o rehusarse a hacer un obsequio anatómico, este documento revoca cualquier documento anterior de un obsequio anatómico que usted haya hecho. Usted puede revocar o cambiar cualquier obsequio anatómico que haga mediante este documento tachando la disposición de obsequios anatómicos de este documento.*

Do not sign this document unless you clearly understand it. You must also have your signature witnessed.

*No firme este documento a menos que lo entienda claramente. También debe estampar su firma en presencia de un testigo.*

It is suggested that you keep the original of this document on file and give copies to your healthcare provider (s), each of your agents, and to whomever you want to have a copy.

*Se sugiere que conserve en original de este documento en sus archivos y que entregue copias a su proveedor o proveedores de atención médica, a cada uno de sus agentes, y a cualquier persona que usted desee que tenga una copia.*

## **Part I — Appointing a person to make my health care decisions when I can't make my own health care decisions**

### ***Parte I — Nombramiento de una persona para que tome las decisiones de mi atención médica cuando yo no pueda tomar mis propias decisiones con respecto a mi atención médica***

If I am no longer able to make my own health care decisions, this document names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent. This person will make my health care decisions when I am determined to be incapable to make health care decisions as provided under Wisconsin state law.

*Si ya no puedo tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica, este documento nombra a la persona que yo selecciono para que tome estas decisiones por mí. Esta persona será mi Agente de Atención Médica. Esta persona tomará las decisiones sobre mi atención médica cuando se determine que soy incapaz de tomar decisiones sobre mi atención médica en virtud de lo estipulado por las leyes estatales de Wisconsin.*

### ***Instructions for Completing this Part:***

### ***Instrucciones para completar esta parte:***

When selecting someone to be your Health Care Agent, pick someone who knows you well, who you trust, who is willing to respect your views and values, and who is able to make difficult decisions in stressful circumstances. Often family members are good choices, but not always. Make sure that you pick someone who will closely follow what you want and will be a good advocate for you. Whatever you do, take time to discuss this document and your views with the person(s) you pick to be your agent. Note that in the event your Health Care Agent is your spouse and your marriage is annulled or you are divorced after signing this document, this document is invalid. In such circumstance, you may not be able to rely on your designations of alternative Health Care Agents and you should execute an entirely new Power of Attorney for Health Care.

*Cuando seleccione a alguien para que sea su Agente de Atención Médica, seleccione a alguien que le conozca bien, en quien usted confíe, que esté dispuesto a respetar sus puntos de vista y sus valores, y que pueda tomar decisiones difíciles en circunstancias estresantes. Frecuentemente los miembros de la familia son buenas opciones, pero no siempre. Asegúrese de seleccionar a alguien que honre sus deseos y que sea un buen defensor de su persona. Independientemente de lo que haga, dedique tiempo para hablar sobre este documento y sobre sus puntos de vista con la persona o personas que usted escoja como su agente. Note que en el evento de que su Agente de Atención Médica sea*

*su cónyuge y su matrimonio se anula o si se divorcia después de firmar este documento, este documento será inválido. En tales circunstancias, es posible que no pueda contar con sus designaciones de Agentes de Atención Médica alternativos y deba ejecutar un poder judicial para atención médica completamente nuevo.*

Your Health Care Agent should be at least 18 years or older and should not be your health care providers or an employee of your health care provider unless they are a close relative. Space has been provided for a second and third alternate Health Care Agent.

*Su Agente de Atención Médica debe tener al menos 18 años de edad o ser mayor, y no puede ser su proveedor de atención médica ni un empleado de su proveedor de atención médica, a menos que sea un pariente cercano. Se proporciona espacio para un segundo y un tercer Agente de Atención Médica alternativo.*

**The person I choose as my Health Care Agent is:**

***La persona que selecciono como mi Agente de Atención Médica es:***

Name (*Nombre*): \_\_\_\_\_

Day phone (*Teléfono durante el día*): \_\_\_\_\_

Evening phone (*Teléfono durante la noche*): \_\_\_\_\_

Address (*Domicilio*): \_\_\_\_\_

City (*Ciudad*): \_\_\_\_\_ State (*Estado*): \_\_\_\_\_

Zip (*Código postal*): \_\_\_\_\_

If this Health Care Agent is unable or unwilling to make these choices for me, **then my next choice for a Health Care Agent is:**

*Si este Agente de Atención Médica no puede o no quiere tomar estas decisiones en mi nombre, entonces mi siguiente opción para Agente de Atención Médica es:*

**Second choice (*Segunda opción*):**

Name (*Nombre*): \_\_\_\_\_

Day phone (*Teléfono durante el día*): \_\_\_\_\_

Evening phone (*Teléfono durante la noche*): \_\_\_\_\_

Address (*Domicilio*): \_\_\_\_\_

City (*Ciudad*): \_\_\_\_\_ State (*Estado*): \_\_\_\_\_

Zip (*Código Postal*): \_\_\_\_\_

If this Health Care Agent is unable or unwilling to make these choices for me, then my next choice for a Health Care Agent is:

*Si este Agente de Atención Médica no puede o no quiere tomar estas decisiones en mi nombre, entonces mi siguiente opción para Agente de Atención Médica es:*

**Third choice (Tercera opción):**

Name (Nombre): \_\_\_\_\_

Day phone (Teléfono durante el día): \_\_\_\_\_

Evening phone (Teléfono durante la noche): \_\_\_\_\_

Address (Domicilio): \_\_\_\_\_

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State (Estado): \_\_\_\_\_

Zip (Código postal): \_\_\_\_\_

**Part II — General Authority of the Health Care Agent**

***Parte II — Autoridad general del Agente de Atención Médica***

I want my Health Care Agent to be able to do the following (Please cross out anything you do not want your Health Care Agent to do that is listed below):

*Deseo que mi Agente de Atención Médica pueda hacer lo siguiente (en la siguiente lista, por favor tache todo aquello que no desea que su Agente de Atención Médica haga):*

- To make choices for me about my medical care and services, like tests, medicine, and surgery. If treatment has already been started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped depending upon my stated instructions or my best interests.

*Que tome decisiones a mi nombre sobre mi atención y servicios médicos, como pruebas, medicina y cirugía. Si ya se inició el tratamiento, mi Agente de Atención Médica puede hacer que continúe o que se suspenda dependiendo de mis instrucciones declaradas o de mi mejor interés.*

- To interpret any instruction I have given in this document or given in other discussions according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values.

*Que interprete cualquier instrucción que yo haya dado en este documento o que haya dado en otras discusiones, de acuerdo con el entendimiento que mi Agente de Atención Médica tiene de mis deseos y valores.*

- To review and release my medical records and personal files as needed for my medical care.

*Que revise y divulgue mis expedientes médicos y archivos personales según sea necesario para mi atención médica.*

- To arrange for my medical care and treatment in Wisconsin or any other state, as my Health Care Agent thinks appropriate.

*Que tramite mi atención y tratamiento médicos en Wisconsin o en cualquier otro estado, como mi Agente de Atención Médica considere apropiado.*

- To determine which health professionals and organizations provide my medical treatment.

*Que determine qué profesional y organización médica me proporcione tratamiento médico.*

My Health Care Agent may not admit or commit me on an inpatient basis to an institution for mental diseases, an intermediate care facility for the mentally retarded, a state treatment facility or a treatment facility. My Health Care Agent may not consent to experimental mental health research or psychosurgery, electroconvulsive treatment or drastic mental health treatment procedures for me.

*Mi Agente de Atención Médica no me puede ingresar ni internar como paciente hospitalizado en una institución de enfermedades mentales, una instalación de cuidado intermedio para personas con demoras mentales, una instalación estatal de tratamiento ni en una instalación de tratamiento. Mi Agente de Atención Médica no puede consentir a que se me someta a una investigación experimental sobre salud mental o psicocirugía, tratamiento electroconvulsivo o procedimientos drásticos para el tratamiento de salud mental.*

### ***Instructions for Completing these Sections:***

### ***Instrucciones para completar estas secciones:***

Initial either a “yes,” “no,” or “not applicable” box in the following three sections. Draw a line through the box and statement you do not want. If you do not initial any box in a section and make no clear choice, the statute in Wisconsin says your choice is considered to be “no.” This means if you do not indicate a choice, in Wisconsin only a court may make such a decision and not your Health Care Agent.

*Marque o anote sus iniciales en el recuadro “sí”, “no” o “no aplica” en las siguientes tres secciones. Si no marca o anota sus iniciales en algún recuadro de una sección y no escoge claramente una opción, las leyes de Wisconsin indican que se considera que su opción es “no”. Esto significa que si usted no indica una opción, en Wisconsin sólo los tribunales pueden tomar tal decisión y no su Agente de Atención Médica.*

**1. Agent authority to admit me to a nursing home or community-based residential facility for purpose of long-term care.**

***Autoridad del agente para internarme en un hogar de convalecencia o en una instalación residencial basada en la comunidad con el propósito de que se me proporcione atención a largo plazo.***

(Initial one box and draw a line through the statement that you do not want.)  
(*Marque o anote sus iniciales en un recuadro.*)

Yes, my Health Care Agent has authority, if necessary to admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long term stay, subject to any limits I have set forth in this document.

*Sí, mi Agente de Atención Médica tiene autoridad, si es necesario internarme en un hogar de convalecencia o en una instalación basada en la comunidad para una estadía a largo plazo, sujeto a los límites que he establecido en este documento.*

No, my Health Care Agent does not have authority to admit me to a Wisconsin nursing home or a community-based residential facility for a long-term stay. *If I check "no," I cannot be admitted to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay without a court order.*

*No, mi Agente de Atención Médica no tiene autoridad para internarme en un hogar de convalecencia o en una instalación residencial basada en la comunidad en Wisconsin para una estadía a largo plazo. Si marco "no", no se me puede admitir en un hogar de convalecencia ni en una instalación residencial basada en la comunidad para una estadía a largo plazo sin una orden judicial.*

**2. Agent authority to order the withholding or withdrawal of feeding tube and I.V. hydration.**

***Autoridad del agente para ordenar la retención o el retiro de una sonda de alimentación y de una línea I.V. de hidratación.***

(Initial one box and draw a line through the statement you do not want.)  
(*Marque o anote sus iniciales en un recuadro.*)

Yes, my Health Care Agent has authority to have a feeding tube or I.V. hydration withheld or withdrawn from me subject to any limits I have set forth in this document.

*Sí, mi Agente de Atención Médica tiene autoridad para decidir que se me retenga o retire una sonda de alimentación o de una línea I.V. de hidratación sujeto a los límites que establezco en este documento.*

No, my Health Care Agent does not have authority to have a feeding tube or I.V. hydration withheld or withdrawn from me. *If I check "no," feeding tubes or I. V. hydration cannot be withheld or withdrawn in Wisconsin without a court order.*

*No, mi Agente de Atención Médica no tiene la autoridad para decidir que se me retenga o retire una sonda de alimentación o de una línea I.V. de hidratación. Si marco "no", no se me podrán retener o retirar las sondas de alimentación o las líneas IV de hidratación en Wisconsin sin una orden judicial.*

**3. Agent authority to make decisions if I am pregnant.**

***Autoridad del agente para tomar decisiones en caso de que esté embarazada.***

*(Initial one box and draw a line through the statements you do not want.)*

*(Marque o anote sus iniciales en un recuadro.)*

Yes, my Health Care Agent has authority to make decisions for me if I am pregnant, subject to any limits I have later set forth in this document.

*Sí, mi Agente de Atención Médica tiene autoridad para tomar decisiones a mi nombre si me encuentro embarazada, sujeto a cualquiera de los límites que posteriormente establezco en este documento.*

No, my Health Care Agent does not have authority to make decisions for me if I am pregnant. *If I check "no," health care decisions cannot be made for me without a court order during my pregnancy.*

*No, mi Agente de Atención Médica no tiene autoridad para tomar decisiones en mi nombre si me encuentro embarazada. Si marco "no", no se pueden tomar decisiones sobre mi atención médica sin una orden judicial durante mi embarazo.*

Not applicable, because I am either a male or have reached menopause or have had a hysterectomy.

*No aplica, porque soy hombre, o he alcanzado la menopausia o me sometí a una histerectomía.*

**Part III— Statement of Desires, Special Provisions, or Limitations**  
***Parte III — Declaración de los deseos, disposiciones especiales o limitaciones***

My Health Care Agent shall make decisions consistent with my stated desires, and is subject to any special instructions or limitations that I may list here. The following are some specific instructions for my Health Care Agent and/or physician providing my medical care. If I require treatment in a state that does not recognize this Power of Attorney for Health Care, or my Health Care Agent cannot be contacted, I want the instructions below to be followed based on my common law and constitutional right to direct my own health care.

*Mi Agente de Atención Médica tomará decisiones congruentes con mis deseos expresados, y está sujeto a cualquier instrucción especial o limitación que pueda listar en este documento. Las siguientes son algunas instrucciones específicas para mi Agente de Atención Médica y/o el médico que me proporciona atención médica. Si requiero tratamiento en un estado que no reconozca este Poder Judicial de Atención Médica, o si no es posible comunicarse con mi Agente de Atención Médica, deseo que se sigan las instrucciones que aparecen a continuación con base en mi derecho constitucional y derecho común de dirigir mi propia atención médica.*

***Instructions for Completing this Part:***  
***Instrucciones para completar esta parte:***

The following instructions are optional. If you choose not to provide any instructions, your health care agent will make decisions based on your oral instructions or what is considered your best interest. If you choose **not** to provide any instructions, draw a line and write “no instructions” across the page.

*Las siguientes instrucciones son opcionales. Si opta por no proporcionar instrucciones, su agente de atención médica tomará decisiones basadas en sus instrucciones orales o en lo que considere que es su mejor interés. Si opta por **no** proporcionar instrucciones, trace una línea y escriba “sin instrucciones” a través de la página.*

**Stopping Attempts of Life Prolonging Treatments:**  
***Suspensión de los intentos de proporcionar tratamientos para prolongar la vida:***

*(Either initial the box or draw a line through the statement.)*  
*(Marque o anote sus iniciales en un recuadro.)*

If I reach a point where it is reasonably certain that I will not recover my ability to interact meaningfully with family, friends, environment, and myself, I want to stop or withhold **all** treatments that might be used to prolong my existence. Treatments I would not want if I were to reach this point include tube feedings, I.V. hydration, respirator/ventilator, CPR, and antibiotics.

*Si llego a un punto en el que es razonablemente cierto que no recuperaré mis habilidades para interactuar significativamente con mis familiares, amigos, ambiente y conmigo mismo, deseo suspender o retener **todos** los tratamientos que pudiesen usarse para prolongar mi existencia. Los tratamientos que no deseo si llegara a este punto incluyen alimentación con sonda, hidratación por I.V., respirador/ventilador, CPR y antibióticos.*

**Pain and Symptom Control:**  
***Control del dolor y de los síntomas:***

*(Either initial the box or draw a line through the statement.)*  
*(Marque o anote sus iniciales en un recuadro.)*

If I reach a point where efforts to prolong my life are stopped, I want medical treatments and nursing care that will make me comfortable.

*Si llego a un punto en el que se suspendan los esfuerzos para prolongar mi vida, deseo tratamientos médicos y atención de enfermería que me haga sentir cómodo.*

**Cardiopulmonary Resuscitation (CPR):**  
***Resucitación cardiopulmonar (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR):***

My CPR choice listed below may be reconsidered by my Health Care Agent in light of my other instructions or new medical information, if I become incapable of making my own decisions. If I do not want CPR attempted, my physician should be made aware of this choice. If I indicate below that I do not want CPR attempted, this choice, in itself, will not stop emergency personnel from attempting CPR in an emergency. Other documents may be needed to control the actions of emergency personnel.

*Mi opción sobre CPR que se lista abajo puede ser reconsiderada por mi Agente de Atención Médica en vista de mis otras instrucciones o de información médica nueva, en caso de que quede incapacitado para tomar mis propias decisiones. Si no deseo que se intente CPR, se debe notificar a mi médico de esta opción. Si abajo indico que no deseo que se intente CPR, esta opción, por sí misma, no evitará que el personal de emergencia*

Power of Attorney for Health Care Document  
*Poder judicial para la atención médica*

*intente realizar CPR en una emergencia. Es posible que se necesiten otros documentos para controlar las acciones del personal de emergencia.*

*(Initial one box and draw a line through the statements that you do not want.)  
(Marque o anote sus iniciales en un recuadro.)*

I want Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) attempted if my heart stops.  
*Deseo que se intente resucitación cardiopulmonar (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR) si mi corazón se detiene.*

I do not want CPR attempted if my heart stops.  
*No deseo que se intente resucitación cardiopulmonar (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR) si mi corazón se detiene.*

I want Cardiopulmonary Resuscitation attempted unless my physician determines one of the following:

- I have an incurable illness or injury and am dying; OR
- I have no reasonable chance of survival if my heart stops; OR
- I have little chance of long-term survival if my heart stops and the process of resuscitation would cause significant suffering.

*Deseo que se intente resucitación cardiopulmonar a menos que mi médico determine uno de lo siguiente:*

- *Tengo una enfermedad o lesión incurable y me estoy muriendo; O BIEN*
- *No hay probabilidades razonables de que sobreviva si mi corazón se detiene; O BIEN*
- *Tengo pocas probabilidades de supervivencia a largo plazo si mi corazón se detiene y el proceso de resucitación causaría un sufrimiento significativo.*

Upon my Death:  
***A mi fallecimiento:***

After my death the following are my instructions. If my Health Care Agent does not have authority to make these decisions, I ask that my next of kin and physician follow these requests if possible.

*Las siguientes son mis instrucciones para después de mi fallecimiento. Si mi Agente de Atención Médica no tiene autoridad para tomar estas decisiones, solicito que mi pariente más cercano y mi médico sigan estos deseos si es posible.*

***Donation of my Organs or Tissue:  
Donación de mis órganos o tejidos:***

*(Initial one box and draw a line through the statements that you do not want.)  
(Marque o anote sus iniciales en un recuadro.)*

I wish to donate only the following organs or parts (Name the specific organs or tissue): \_\_\_\_\_

*Deseo donar sólo los siguientes órganos o partes (nombre los órganos o tejidos específicos): \_\_\_\_\_*

I wish to donate any organs or tissue if I am a candidate.

*Deseo donar cualquier órgano o tejido si soy candidato.*

I do not want to donate any organ or tissue.

*No deseo donar ningún órgano ni tejido.*

**Autopsy:**

**Autopsia:**

*(Initial both the first and second choice or just one choice and draw a line through the statements that you do not want.)*

*(Marque o anote sus iniciales en la primera y en la segunda opción o sólo en una opción.)*

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 puede ayudar a que mis parientes consanguíneos entiendan la causa de mi fallecimiento o para ayudarles con las decisiones sobre su atención médica futura.*

I would accept an autopsy if it can help the advancement of medicine or medical education.

*Aceptaría una autopsia si puede ayudar al avance de la medicina o la educación médica.*

I do not want an autopsy performed on me.

*No deseo que se me haga una autopsia.*

**Religion:**  
**Religión:**

I am of the \_\_\_\_\_ faith, and am a member of the  
\_\_\_\_\_ congregation, synagogue,  
or worship group. Phone number of congregation, synagogue, or worship group (if known):  
\_\_\_\_\_

Please attempt to notify them.

*Pertenezco a la religión \_\_\_\_\_, y soy miembro de  
\_\_\_\_\_ que es una congregación, sinagoga o grupo de fe.  
Número telefónico de la congregación, sinagoga o grupo de fe (si se conoce):*

\_\_\_\_\_ *Por favor intenten  
notificarles.*

**Persons I Want My Agent to Include in the Decision Process:**

***Personas que deseo que mi agente incluya en el proceso de toma de decisiones:***

I ask that my Health Care Agent seek input from the following persons in my health care  
decisions if there is time: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Pido que mi Agente de Atención Médica consulte a las siguientes personas sobre las decisiones  
de mi atención médica si hay tiempo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_*

## **Part IV – Making the Document Legal** **Parte IV – Legalización del documento**

Instructions for Completing this Section:

***Instrucciones para completar esta sección:***

Wisconsin residents must have this document signed and dated in the presence of two witnesses.

*Los residentes de Wisconsin deben firmar y fechar este documento en presencia de dos testigos.*

I am thinking clearly, I agree with everything that is written in this document, and I have made this document voluntarily.

***Estoy pensando claramente, estoy de acuerdo con todo lo que contiene este documento, y he completado voluntariamente este documento.***

\_\_\_\_\_  
My signature (*Mi firma*)

\_\_\_\_\_  
Date (*Fecha*)

If I cannot sign my name, I can ask someone to sign this document for me.

***Si no puedo firmar mi nombre, puedo pedir a alguien que firme este documento por mí.***

\_\_\_\_\_  
Signature of the person who I asked to sign this document for me.

*Firma de la persona a la que pedí que firmara este documento por mí.*

\_\_\_\_\_  
Print the name of the person who I asked to sign this document for me.

*Nombre impreso de la persona a la que pedí que firmara este documento por mí.*

### **Statement of Witnesses**

#### ***Declaración de los testigos***

I personally know the person who signed this document. I believe him or her to be of sound mind and at least 18 years of age. I personally witnessed him or her sign this document, and I believe that he or she did so voluntarily.

*Yo conozco personalmente a la persona que firmó este documento. Creo que él o ella está sano mentalmente y que tiene al menos 18 años de edad. Personalmente fui testigo de la firma de este documento, y creo que él o ella lo hizo voluntariamente.*

By signing this document as a witness, I certify that I am:

*Al firmar este documento como testigo, certifico que:*

- at least 18 years of age.

*tengo al menos 18 años de edad.*

- not a Health Care Agent appointed by the person signing this document.

*no soy Agente de Atención Médica nombrado por la persona que firma este documento.*

- not related to the person signing this document by blood, marriage, or adoption.  
*no estoy relacionado con la persona que firma este documento por sangre, matrimonio ni adopción.*
- not directly financially responsible for that person’s health care.  
*no soy directamente responsable financieramente por la atención médica de esa persona.*
- not a health care provider serving the person at this time.  
*no soy un proveedor de atención médica que está prestando servicios a la persona en este momento.*
- not an employee (other than a social worker or chaplain) of (i) a health care provider serving the person at this time or (ii) an inpatient health care facility of which the patient is admitted or receiving treatment.  
*no soy empleado (que no sea un trabajador social o capellán) de (i) un proveedor de atención médica que en este momento presta servicios a la persona o (ii) una instalación de atención médica para pacientes internados en la cual se admite al paciente o se le proporciona tratamiento.*
- to the best of my knowledge I am not entitled to and do not have a claim against the person’s estate.  
*a mi mejor saber, no tengo derecho a, y no tengo un reclamo en contra del patrimonio de la persona.*

**Witness number 1:**  
***Testigo número 1:***

\_\_\_\_\_  
Signature (*Firma*)

\_\_\_\_\_  
Print Name (*Nombre con letra de molde*)

\_\_\_\_\_  
Address (*Domicilio*)

\_\_\_\_\_  
Date (*Fecha*)

**Witness number 2:**  
***Testigo número 2:***

\_\_\_\_\_  
Signature (*Firma*)

\_\_\_\_\_  
Print Name (*Nombre con letra de molde*)

\_\_\_\_\_  
Address (*Domicilio*)

\_\_\_\_\_  
Date (*Fecha*)

**Optional Questions:**

*Preguntas opcionales:*

You may wish to fill in an answer to the items below or to write your own thoughts here or on an additional page.

*Le recomendamos que conteste los artículos siguientes o que escriba sus propios pensamientos aquí o en una página adicional.*

**Other Instructions or Limitations I Want My Health Care Agent to Follow:**

*Otras instrucciones o limitaciones que deseo que siga mi Agente de Atención Médica:*

**If I am Nearing My Death, I Want the Following: (List things that would make dying more meaningful for you.)**

*Si me encuentro a punto de morir, deseo lo siguiente: (Liste las cosas que convertirían el fallecimiento en algo más significativo para usted.)*

**If I am Nearing My Death and Cannot Speak, I want my Friends and Family to Know:**

*Si me encuentro a punto de morir y no puedo hablar, deseo que mis amigos y familiares sepan:*

**Other thoughts or comments:**

*Otros pensamientos o comentarios:*

*Adapted with permission from Gundersen Lutheran and provided by Aurora Health Care.  
Adaptado con permiso de Gundersen Lutheran y proporcionado por Aurora Health Care.*