BAY COMMUNITY HEALTH

Fecha:_____

Nombre Legal Apellido del Paciente	Nombre del Paciente	Iniciales del Segundo Nombre	*Nombre de Soltera (Si es casada)*
Sexo Legal: ☐ Masculino ☐ Femenino	**Fecha Nacimiento** Mes Dia Año / /	**# Seguro Social**	

Tenga en cuenta que el nombre y el sexo que aparece en su aseguradora deben ser usados en documentos tales como su aseguradora, cuentas de pago y correspondencia. Sus respuestas nos ayudara a comunicarnos con usted de una manera rapida y discreta para informacion importante

# Telefono de la Casa ( )	# Telefono del Celular ( )	# Telefono del Trabajo ( )	**Mejor numero para usar:** ( ) Casa ( ) Celular ( ) Trabajo
Direccion del Paciente	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Direccion para cobros (si es diferente a la anterior)	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Correo Electronico		☐ Do not have email address ☐ Prefer not to share email address	
Nombre del responsable	**Telefono**	**Relacion con el Paciente**	
Direccion del resp	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Nombre del contacto para emergencias	**Telefono**	**Relacion con el Paciente**	

Esta informacion es para la oficina del cuidado de la salud primaria que elabora informes y asegura los fondos federales para servir a nuestros pacientes. Su informacion personal sera respetada y confidencial. Agradecemos su cooperacion al completar esta seccion.

1) **Cual categoria describe sus actuales Ingresos Anuales?** ☐ < $15,000 ☐ $15,001-$25,000 ☐ $25,001-$35,000 ☐ $35,001-$50,000 ☐ >$50,000 2) **Numero Familiar:** _____ Numero total de los miembros de la familia que vivan en la misma casa	3) Estado Marital ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a) ☐ Compañero(a)	4) **Estado de Empleo:** ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ Desempleado (a) ☐ Independiente ☐ Retirado (a) 5) **Estado de Estudios:** ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ No es Estudiante	6) **Grupo Racial(es)** ☐ Asiatico ☐ Africano ☐ Indio Americano ☐ Nativo de Hawaii/ Otro ☐ Blanco ☐ Sudamericano 7) **Origen Etnico** ☐ Hispano/Latino/Latina ☐ No Latino/Latina
8) **Lenguaje(s)** ☐ Ingles ☐ Español ☐ Other: _____ 9) **Require servicio de traduccion?** ☐ Si ☐ No 10) **Estado Veterano** ☐ Veterano ☐ No es Veterano	11) **Trabajador Temporal?** ☐ Si ☐ No 12) **Trabajador Migrante?** ☐ Si ☐ No 13) **Sin Hogar desde Enero de este año?** ☐ Si ☐ No 14) **Reside en vivienda publica?** ☐ Si ☐ No	15) **Como escucho de nosotros:** ☐ Amigo/Familia ☐ Otra Oficina Medica ☐ Compañia Aseguradora ☐ Tarjeta Postal/Correo ☐ Hospital/Emergencia ☐ Anuncio en Internet ☐ Periodico "Capital" ☐ Periodico "Bay Weekly" ☐ Revista "Chesapeake Family" ☐ Otro: _____	16) **Piensa que usted es:** ☐ En Orden ☐ Lesbiano(a) ☐ Bisexual ☐ Algo mas ☐ No lo sabe ☐ Decide no Anotar
Con cual sexo se identifica usted? ☐ Maculino ☐ Femenino ☐ Decide no anotar	☐ Trans Masculino ☐ Trans Femenino ☐ Otro: _____		***Porfavor voltee la hoja***

BAY COMMUNITY HEALTH

Fecha:_____

Porfavor indique debajo si usted tiene una farmacia preferida donde le podamos enviar sus recetas medicas:

Farmacia Preferida:		**Cuidad**	

Pago/Informacion de la Aseguradora

POR FAVOR ENTREGUE SU TARJETA DE SU ASEGURADORA AL TIEMPO DE SU CITA. La lista de aseguradoras que nosotros aceptamos esta disponible en nuestro sitio web. Nuestro personal de registro tambien puede ayudarle.

METODO DE PAGO (METHOD OF PAYMENT)

Yo comprendo y acepto que el pago es hecho al momento dado del servicio prestado. Esto incluye todos los pre-pagos y las responsabilidades de la tarjeta medica. La Variación de esta política puede ser establecida por nuestro departamento de contabilidad, con cita previa de atención. Nosotros aceptamos dinero en efectivo, cheques, ordenes de dinero, tarjetas de crédito visa, master Card, American Express y Discover.

AUTORIZACION, ASIGNACIONES Y PAGOS DE SERVICIOS DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA (INSURANCE AUTHORIZATION, ASSIGNMENT AND PAYMENT OF SERVICES)

Solicito que los pagos de beneficios autorizados por Medicare/otra compañía aseguradora sean hechos a mi nombre o a nombre de Bay Community Health por cualquier servicio que me hayan prestado con mi compañía aseguradora quien acepta las asignaciones clínicas del Proveedor Medico. Reglamentos pertinentes a asignaciones de beneficios de Medicare se aplican. Yo autorizo cualquier poseedor de mi historia médica o otro tipo de información para ser dada a conocer con el fin de procesar el pago de dichos servicios. Yo comprendo que es obligatorio que el proveedor medico de a conocer de mu salud a otra aseguradora quien puede ser responsable del pago de mis tratamientos. También comprendo que es mi responsabilidad tener conocimiento de los beneficios y requerimientos de mi aseguradora medica. Yo comprendo que basado en la póliza de mi aseguradora medica, posiblemente hayan servicios que el proveedor medico de la clínica de OPC puede considerar necesarios y que posiblemente mi aseguradora medica no los cubra, y yo debería ser el responsable del pago de dichos servicios. Yo comprendo y reconozco que el pago es hecho al tiempo del servicio prestado. Esto incluye pre-pagos, responsabilidad del paciente en los porcentajes de cargos en la visita a la clínica y cualquier cargo previsto anteriormente. Cualquier variación de esta política médica puede ser pre-ordenada a través del departamento de contabilidad con prioridad de ser visto

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTOS (AUTHORIZATION TO TREAT)

Permiso es dado por la presente al proveedor medico de Bay Community Health (BCH), para administrar dichos diagnósticos, operatorias o procesos de tratamientos arriba mencionados que se considere necesarios. Esto incluye el acceso a la información de una base de datos de farmacia en línea acerca de los medicamentos que yo esté tomando con el fin de continuar con el tratamiento.

ACEPTACION DEL RECIBO DE NOTICIA PRIVADA (ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF PRIVACY NOTICE

Yo he recibido una copia de Noticia de Privacidad de Políticas del Proveedor Medico, detallando como mi información será usada y divulgada según lo permitido bajo las leyes federales y estatales

DIRECTIVA AVANZADA (ADVANCE DIRECTIVE)

Yo acepto recibir el folleto/formulario de Directivas Avanzadas "Advance Directives". Esta información me fue dada como parte de documento para Paciente Nuevo. Yo he leído totalmente el folleto y decidí escoger el uso de Advance Directives y completare el formulario y lo devolveré firmado a OPC para mis registros médicos

Por favor firme la aceptación de los acuerdos arriba divulgados:

X _____ **Fecha:** _____

_____ **Fecha:** _____

BAY COMMUNITY HEALTH

BAY COMMUNITY HEALTH
Medical History Form

Name(Nombre) _____ **DOB(Fecha de Nacimiento)** _____

Address(Direccion) _____ **Home Phone (Telefono Casa)** _____

_____ **Work Phone (Telefono Trabajo)** _____

Social Security(#Seguro Social) _____ **Occupation(Ocupacion)** _____ **Cell Phone (Celular)** _____

HOSPITALIZATION/SURGERY (HOSPITALIZACIONES Y CIRUGIAS)

Date(Fecha)	Reason (Motivo)

IMMUNIZATIONS/VACUNAS

Hepatitis B(Hepatitis)	YES/NO	When(Cuando) _____
Pneumovax (Neumonia)	YES/NO	When(Cuando) _____
Flu (Gripa)	YES/NO	When(Cuando) _____
Tetanus (Tetano)	YES/NO	When(Cuando) _____

DRUG ALLERGIES/ALERGIAS A MEDICAMENTOS

_____

_____

_____

MEDICATION LIST (LISTA DE MEDICAMENTOS QUE HA TOMADO)

HISTORIA MEDICA Y FISICA

____ Sonidos en oídos
(Ringing in Ear)
____ Infección frecuente de oídos
(Ear Infections-Frequent)
____ Mareos/Desmayos
(Dizziness/Fainting)
____ Baja visión
(Failing Vision)
____ Infección de ojos
(Eye Infections)
____ Hemorragias nasales
(Nose Bleeds)
____ Problemas de sinusitis
(Sinus Trouble)
____ Dolor de garganta frecuentes
(Sore Throats-Frequent)
____ Alergias
(Allergies)
____ Neumonía
(Pneumonia)
____ Bronquitis/Tos crónica
(Bronchitis/Chronic Cough)
____ Asma
(Asthma)
____ Dolor de pecho
(Chest Pain)
____ Hipertencion
(High Blood Pressure)
____ Soplo Cardiaco
(Heart Murmur)
____ Tobillos hinchados

____ Sangre en Excrementos
(Bloody or Tarry /Stools)
____ Hemorroides
(Hemorrhoids)
____ Hernia
(Hernia)
____ Infección frecuente de orina
(Urine Infections-Frequent)
____ Sangre en la orina
(Blood in Urine)
____ Cálculos en riñones
(Kidney Stones)
____ Enfermedades venéreas
(Venereal Disease)
____ Secreción en la uretra
(Urethral Discharge)
____ Fatiga Crónica
(Chronic Fatigue)
____ Reciente pérdida de peso
(Weight Loss-Recent)
____ Anemia
(Anemia)
____ Moretones con facilidad
(Bruise Easily)
____ Cáncer

____ Diabetis

____ Enfermedades de tiroides
(Thyroid Disease)
____ Convulsiones

____ Nerviosismo
(Nervousness)
____ Depresión
(Depression)
____ Perdida de memoria
(Memory Loss)
____ Excesivo mal humor
(Moodiness-Excessive)
____ Fobias
(Phobias)
____ Problemas mentales
(Mental Illness)
____ Intolerancia a la leche
(Lactose Intolerance)
____ Problemas de próstata
(Prostate Disease)
____ Sangrado en Rel. Sexual
(Sexual Menst. Dysfunction)
____ Infecciones frecuentes
(Frequent Infections)
____ Difteria
(Diphtheria)
____ Tétanos
(Tetanus)
____ Varicela
(Chicken Pox)
____ Polio
(Polio)
____ Paperas
(Mumps)
____ Sarampión

BAY COMMUNITY HEALTH

BAY COMMUNITY HEALTH
Medical History Form

(Swollen Ankles) *(Convulsions/Seizures)* *(Measles)*

HISTORIA MÉDICA Y FISICA

____ Dolor de piernas al caminar
(Leg Pain-Walking)
____ Varices/Flebitis
(Varicose Veins/Phlebitis)
____ Pérdida de apetito
(Loss of Appetite)
____ Dificultad al tragar
(Difficulty Swallowing)
____ Indigestion o acidez
(Indigestion or Heartburn)
____Continuos nauceas/vomitos
(Persistent Nausea/Vomiting)
____ Ulceras pépticas
(Peptic Ulcers)
____ Dolor cronico de abdomen
(Abdominal Pain-Chronic)
____ Problemas de vesicular biliar
(Gall Bladder Trouble)
____ Ictericia/hepatitis
(Jaundice/Hepatitis)
____ Cambios en habitos intestinales
(Change in Bowel Habits)
____ Diarrea
(Diarrhea)
____ Estreñimiento
(Constipation)
____ Divertículos
(Diverticulosis)
____ Colitis

____ Derrame cerebral
(Stroke)
____ Temblor/manos temblorrosas
(Tremor/Hands Shaking)
____ Debilidad muscular
(Muscle Weakness)
____ entumecimientos/sensacion de hormigueo
(Numbness/Tingling Sensations)
____ Dolores de Cabeza frecuentes
(Headaches-Frequent)
____ Artritis/Reumatismo
(Arthritis/Rheumatism)
____ Osteoporosis

____ Dolor de Espalda Últimamente
(Back Pain-Recurrent)
____ Fractura de huesos/ lesión articulaciones
(Bone Fracture/join Injury)
____ Gota
(Gout)
____ Dolor en los pies
(Foot Pain)
____ Entumecimiento frio en los pies
(Cold Numb Feet)
____ Sarpullidos
(Rashes/Hives)
____ Picazones
(Psoriasis)
____ Inflamación de piel
(Eczemas)

____ Rubeola
(Rubella)
____ Fiebre Reumática
((Rheumatic Fever)
____ Fiebre escarlatina
(Scarlet Fever)
____ Tuberculosis

____ Herpes

ORINA (Urination)
____ Noche: más de dos veces
(Overnight>tan twice)
____ Dolorosa
(Painful)
____ Perdida de control
(Loss of Control)
____ Disminución de fuerza en fluido
(Decrease in Force/Flow)

____ Otro ***(Other)*** _____
____ Otro ***(Other)*** _____
____ Otro ***(Other)*** _____
____Otro ***(Other)*** _____

SOLO PARA MUJERES (Por favor complete)

(FEMALES)

Embarazada ***(Pregnant)***	SI	NO	Fluido Menstrual: ____	Normal (***Regular***)	Días de mucho fluido _____
Planea embarazos ***(Planning Pregn)***	SI	NO	(***Menstrual Flow***) ____	Anormal (***Irregular***)	(***Days of Flow***)
Dolor o sangrado Durante el Sexo	SI	NO	____	Dolor/calambres	Duracion del ciclo_____
(***Pain/Bleeding during or after sex***)				(***Pain/Cramps***)	(***Length of Cycle***)

NUMERO DE (***NUMBER OF***):
_____ Embarazos (***Pregnancies***)
_____ Abortos Involuntarios (***Miscarriages***)
_____ Abortos Voluntarios (***Abortions***)
_____ Nacidos vivos (***Live Births***)

Método de control de natalidad (***Birth Control Method***) _____
Nombre del método de control (***Name of Birth Control Pill***) _____
Fecha ultima de Citología o Papanicolaou (***Date of Last PAP Test***)_____
Fecha ultima de mamografía (***Date of Last Mammogram***)_____

Usted se hizo el examen para la mujer (Citología -Papanicolaou- y examen de senos) aquí en Bay Community Health? ***SI*** ***No***
(***Do you have your Well Woman Exam (PAP and Breast Exam) done at Bay Community Health?***)

SI NO LO HIZO; por favor escriba el nombre y ubicación donde usted se hizo el examen de salud para la mujer:
(***IF NO; Please provide us with the Name and Location of where your Well Woman Exam is done***)

OB/GYN NOMBRE/UBICACIÓN **(NAME/LOCATION):** _____

Por favor escriba el nombre y la ubicación de la oficina de Radiología donde se hizo la Mamografía mas reciente:
(***Please provide us with the Name/Location of the Radiology office that your most recent Mammogram was done***)

NOMBRE DE LA OFICINA Y LA UBICACION: _____
(***RADIOLOGY NAME/LOCATION***)

BAY COMMUNITY HEALTH

BAY COMMUNITY HEALTH
Medical History Form

HISTORIA FAMILIAR *(FAMILY HISTORY)*

Tiene algun miembro de su familia (incluyendo papas, abuelos y hermanos) que hayan tenido lo siguiente?)
Has any member of your family (including parents, grandparents, and siblings) ever had the following?

	Cuales miembros de la familia *(Which Family Members)*	**Aproximada/ desde cuando** *(Approx.when Diagnosed)*
Alcoholismo (***Alcoholism***)		
Asma (***Asthma***)		
Enfermedades hemorrágicas (***Bleeding Disorder***)		
Cancer		
Diabetes		
Glucoma		
Epilepsia/Convulsiones (***Epilepsy/Convulsions***)		
Enfermedades del Corazon (***Heart Disease***)		
Hipertension (***High Blood Pressure***)		
Enfermedades del Riñon (***Kidney Disease***)		
Enfermedades Mentales (***Mental Illness***)		
Migraña (***Migraine***)		
Osteoporosis		
Derrame Cerebral (***Stroke***)		
Enfermedades de Tiroides (***Thyroid Disease***)		
Otro (***Other***) _____		
Otro (***Other***) _____		

HABITOS *(Habits)*

____ Alcohol (***Alcohol***) Tipo (***Type***) _____ Cantidad (***Amount***) _____ Cuanto tiempo (***How Long***) _____

____ Fuma Cigarrillo (***Smoke***) Cantidad diaria (***Daily Qty***) _____ Cuanto tiempo (***How Long***) _____

____ Café ***(Coffee)*** Cuantas tazas diarias ***(Cups Daily)*** _____

PREVENCIONES *(PREVENTION)*

Usted usa cinturón de seguridad? (***Do you wear seatbelts***?)	SI	NO	Si es no, porque no? _____ ***(If no, why not?)***
Usted utiliza casco para bicicleta? ***(Do you wear a bike helmet?)***	SI	NO	
Si usted tiene en casa un arma de fuego, esta descargada y fuera del alcance de los niños? ***(If there is a gun in your home, is it out of children's Reach and unloaded?)***	SI	NO	
Usted usa drogas? (mariguana, cocaína, etc.) ***(Do you use drugs? (Marijuana,Cocaine, etc.)***	SI	NO	Si afirmo, explíquelo? _____ ***(If yes, explain)***
Usted desearía hacerse la prueba del sida? ***(Do you wish to be tested for AIDS?)***	SI	NO	
Usted ha trabajado alguna vez con químicos, pinturas, Asbestos u otros materiales peligrosos? ***(Have you ever worked with chemicals, paints, asbestos, or other hazardous material)***	SI	NO	Si afirmo, explíquelo _____ ***(If yes, explain)***

BAY COMMUNITY
HEALTH

Bay Community Health

Aviso de Privacidad Reconocimiento de Prácticas

Fecha de vigencia : 1 Enero 2013

Se me ha proporcionado una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad efectivas a partir de la fecha arriba indicada.

_____
Nombre del paciente

_____
Firma del paciente

_____
Fecha

BAY COMMUNITY HEALTH
Notice of Privacy Practices
Effective Date: January 1, 2013

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y revelada y como usted puede obtener esta información.

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

Nuestro compromiso con usted acerca de cómo proteger su información de salud Nosotros, en Bay Community Health (BCH) entendemos que la información sobre su salud y su cuidado de la salud es personal. Estamos comprometidos con la protección de esta información privada acerca de usted . Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe de nosotros . Necesitamos este registro para proporcionarle una atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales . Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por esta práctica de atención médica , ya sea por su médico o profesional de la salud personal o de otras personas que trabajan en esta oficina . Este aviso le informará sobre las maneras en que podemos usar y divulgar información sobre su salud . También describimos sus derechos a la información médica que mantenemos sobre usted, y ciertas obligaciones que tenemos que utilizar o divulgar la misma. La Ley nos obliga a:

- Asegúrarnos de que la información médica que lo identifique se mantiene en privado ;
- Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y de privacidad con respecto a su información médica ; y
- Cumplir con los términos de este aviso actualmente vigente

Cómo podemos utilizar y divulgar información sobre su salud Para Tratamiento, Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios de cuidado de la salud. Podemos revelar información sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que están involucrados en su cuidado. Ellos pueden trabajar en nuestra oficina, en el hospital si está hospitalizado bajo nuestra supervisión, o en otro, oficina medica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de cuidados de la salud a los que usted puede referirse a consulta, para tomar rayos x, para llevar a cabo pruebas de laboratorio, para surtir sus recetas, u otras razones. La información es necesaria por estos profesionales con el fin de saber qué tratamientos usted necesitará. Se registrarán las medidas adoptadas en el curso de su tratamiento y observar cómo responde. En el caso de un desastre, también podemos revelar información sobre su salud a otra organización que presta asistencia en caso de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación. Las comunicaciones con la familia, usando nuestro mejor juicio, podemos revelar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que usted identifique, información de salud de usted relacionada con la participación de esa persona en la que seinvolucrara en su estado si usted no se opone, o en el caso de una emergencia. Citas, Podemos usar su información para proporcionar recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Para el Pago, Podemos utilizar y divulgar su información de salud a terceros a los fines de recibir pago por el tratamiento y servicios que recibe. Por ejemplo, una factura puede ser enviada a usted o a un tercer pagador, como una compañía de seguros o plan de salud. La factura puede contener información que identifica, su diagnóstico y tratamiento o suministros que ha recibido en el curso de la atención. Para operaciones de atención médica, Podemos usar y divulgar información sobre su salud para fines operativos. Por ejemplo, su información puede ser revelada a miembros del personal médico, el personal de riesgo o el personal ole la melora de calidad y otros a:

- Evaluar el desempeño de nuestro personal ;

- Evaluar la calidad de la atención y los resultados en su caso y casos similares ;
- Aprender cómo mejorar nuestras instalaciones y servicios ; y
- Determinar cómo mejorar continuamente la calidad y efectividad del cuidado de la salud que proporcionamos.

Los intercambios de información de salud Podemos participar en diversos intercambios de información sanitaria para facilitar el intercambio seguro de información sobre su salud electrónica entre dos o varios proveedores de servicios médicos u otras entidades de salud para su tratamiento , pago, u otros propósitos de operaciones de cuidado de la salud . Hemos elegido para participar en el Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros pacientes , Inc. (CRISP) , un intercambio de información de salud en todo el estado . A medida que lo permita la ley , su información de salud será compartida con este intercambio con el fin de proporcionar un acceso más rápido , una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública en la toma de decisiones más informadas . Usted debe "optar por no" y evitar la búsqueda de su información médica disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completar y enviar un formulario de "optar por no" a CRISP por correo, fax o a través de su sitio web en www.crisphealth.org

Actividades de supervisión del cuidado de la salud We may disclose health information to a health oversight agency for activities authorized by law. These activities include, for example, audits, investigations, inspections, and licensure. They are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws. ***As Required by Law*** We may use and disclose information about you as required by law. For example, we may disclose information for the following purposes:

- Para procedimientos judiciales y administrativos ;
- Para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en sus funciones , y
- Para reportar información relacionada con las víctimas de abuso , negligencia o violencia doméstica . Solamente haremos esta revelación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley .

Para evitar una amenaza seria a la salud y seguridad Podemos usar o divulgar información sobre su salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público . Cualquier revelación , sin embargo, sólo se puede hacer a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza . Para la Salud Pública Podemos usar o divulgar su información de salud para actividades de salud pública . Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente :

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Para reportar nacimientos y muertes ;
- Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Para notificar a personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando , y
- Para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer la enfermedad o condición .

Militar o veteranos Si usted es un miembro de las fuerzas armadas o separado / descargado del servicio militar, podemos revelar información sobre su salud según lo requieran las autoridades militares o el Departamento de Asuntos de Veteranos. También podemos revelar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas. Compensación de trabajadores, Podemos revelar su información de salud para la compensación de trabajadores o programas similares que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Médicos forenses, examinadores de salud y directores de funerarias: Podemos revelar información médica a un médico forense o examinador de salud. Por ejemplo, esto puede ser necesario para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información médica sobre pacientes a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones. Presos, Si usted es un preso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar información sobre su salud a la institución correccional o al funcionario policial. Este comunicado puede ser necesario para que la institución le proporcione la atención de la salud, para proteger su salud y seguridad o la de otras personas, o para la protección y la seguridad de la institución correccional. Funciones gubernamentales, Podemos revelar información médica a las funciones especializadas del gobierno tales como la protección de los funcionarios públicos (Presidente de los Estados Unidos y otros), o informar a las distintas ramas de las fuerzas armadas, autorizados oficiales federales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizado por la ley. Demandas y disputas, Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos revelar información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar su información de salud en respuesta a una citación, petición de descubrimiento, u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la petición o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Sus Derechos de Información de Salud Los registros de salud y de facturación que mantenemos son propiedad física de Bay Community Health. La información contenida en ellos, sin embargo, pertenece a usted. Usted tiene derecho a: Inspeccionar y Copiar, Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que pueda ser usada para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye registros de salud y facturación. Esto no incluye las notas de psicoterapia. Para inspeccionar y / o copiar información de salud debe solicitar por escrito utilizando el formulario que proporcionaremos a su solicitud. copias de registros médicos pueden ser tratados por una empresa independiente, y una tarifa por esta empresa o por Bay Community Health, es a cuenta del paciente. La tarifa varía en función de los registros y detalles de la solicitud médicos del individuo, y la solicitud será procesada dentro de 2 a 3 semanas de la fecha de la solicitud. Podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud en circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a su información médica, usted puede solicitar una revisión de la negación. La persona que realice la revisión no puede ser la misma que negó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de esta revisión. Derecho a enmendar, si usted siente que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta; usted nos puede pedir que corrijamos la información. Para solicitar una enmienda que necesita para enviar su solicitud por escrito, en una página de papel, de manera legible a mano o máquina a Bay Community Health, Oficial de HIPAA, 134 Owensville Road, West River, MD 20778. Además, debe proporcionar la razón de querer modificar la información. Podemos negar su solicitud de

enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Además, podemos negar su solicitud si nos pide que corrigamos información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda ;
- No es parte de la información de salud que se le permitiría inspeccionar y copiar ; o
- Es correcta y completa .

Any amendment we make to your health information will be disclosed to those with whom we share information as previously described. ***Right to an Accounting of Disclosures*** You have the right to request a list of accounting for any disclosures of your health information we have made, except for uses and disclosures for treatment, payment, or health care operations, as previously described. To request a list of disclosures, you must submit your request in writing to Owensville Primary Care, HIPAA Officer, 134 Owensville Road, West River, MD 20778. Your request must state a time frame that may be no longer than six (6) years and may not include dates prior to April 13, 2003. The first list you request within a twelve-month period will be free. For additional lists, we will charge you the cost of providing the list. We will notify you of the cost involved and you may choose to modify or withdraw your request at that time and before the costs are incurred. We will mail you a list of disclosures in paper form within 30 days of your request, or notify you if we are unable to supply the list within that time period and the date by which we can supply the list, but this date will not exceed a total of 60 days from the date you made the request. ***Right to Request Restrictions*** You have the right to request a restriction of limitation on the health information we use or disclose about you for treatment, payment, or health care operations. You also have the right to request a limit on the health information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment of your care, such as a family member or friend. ***We are not required to agree to your request for restrictions if we are not able to ensure our compliance or if we believe it will negatively impact the care we may provide you.*** If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment. To request a restriction, you must make your request in writing to Bay Community Health, HIPAA Officer, 134 Owensville Road, West River, MD 20778. In your request, you must tell us what information you want to limit and to whom you want the limits to apply. ***Right to Request Confidential Communications*** You have the right to request that we communicate with you about health matters in a certain way or at a certain location. For example; you can ask that we only contact you at work or by mail to a post office box. To request confidential communications, you must make your request in writing to Bay Community Health, HIPAA Officer, 134 Owensville Road, West River, MD 20778. We will not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must tell us how or where you wish to be contacted. ***Right to a Paper Copy of this Notice*** You have the right to obtain a paper copy of this notice at any time. To obtain a copy, please request it from Bay Community Health, HIPAA Officer, 134 Owensville Road, West River, MD 20778.

Cambios a este aviso We reserve the right to change this notice. We reserve the right to make revised or changed notice effective for health information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current notice in our facility. The notice will contain the effective date on the first page.

Las quejas Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nosotros o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos . Para presentar una queja con nosotros , póngase en contacto con Bay Community Health, Oficial de HIPAA , 134 Owensville Road, West River , MD 20778. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito . Usted no será penalizado por presentar una que la.

Acuse de recibo de este Aviso Vamos a pedir que firme un formulario separado o aviso reconocer que usted ha recibido una copia de este aviso. Si lo desea, o no está en condiciones de firmar , un miembro del personal firmará su nombre y la fecha en el formulario de confirmación. Este reconocimiento será archivada en sus registros .

Bay Community Health respeta sinceramente sus derechos de privacidad , y hará todos los esfuerzos razonables para proteger su información médica. Es importante que lea atentamente este aviso , y si usted tiene preguntas o inquietudes acerca de este aviso , por favor, póngase en contacto con :

Bay Community Health
Atención : Oficial de HIPAA
134 Owensville carretera
West River MD 20778
410-867-4700

Autorizacion para la Divulgacion de Registros Medicos

Bay Community Health
134 Owensville Road
West River, Md. 20778
(T) 410-867-4700 (F) 410-867-4934

Yo autorizo la siguiente information de salud a ser divulgada y protegida para los registros medicos de:

Apellido (**Last Name**) _____ Nombre (**First Name**) _____ Fecha de Hoy (**Date**) _____

Fecha de Nacimiento (**DOB**) _____ Correo Electronico (**Email**) _____ Telefono (**Phone Number**) _____

Envio de registros
- ☐ **De**
- ☐ **Para**

Bay Community Health
134 Owensville Road
West River, Md. 20778
(T) 410-867-4700
(F) 410-867-4934

Envio de Registros
- ☐ **De**
- ☐ **Para**

Nombre/Organizacion _____

Direccion _____

Ciudad/Estado/Codigo Postal _____

Telefono _____ Fax _____

☐ **Porfavor envie registros** ☐ **Porfavor llamar cuando los registros esten listos a recoger** ☐ **Porfavor Fax registros**
☐ **Otro:** _____

Entiendo que en la medida en que cualquier destinatario de esta información, como se identifica anteriormente, no es una "entidad cubierta" bajo la ley federal o o por la Ley Privada de Maryland, la informacion puede no estar protegida por la ley federal o por la Leyes Privadas de Maryland, una vez que se da a conocer al destinatario y, por lo tanto, podrá ser sometido a una nueva divulgación por parte del destinatario.

PARA DAR A CONOCER	**Fecha / Proveedor Medico**	**PARA DAR A CONOCER**	**Fecha / Proveedor Medico**
☐ Visita Medica & Labs	_____	☐ Notas de Terapia Fisica	_____
☐ GYN visita & labs	_____	☐ Reportes de Radiologia	_____
☐ Visitas a Cuidado Urgente	_____	☐ Registro Completo	_____
☐ Examenes de Laboratorio	_____	☐ Otro	_____
☐ Vacunas	_____		

➔ Nota: Si las fechas de los documentos para ser conocidos o los de Proveedores Medicos no se indican, todos los registros de la categoría marcada serán dados a conocer.

Indique el PROPOSITO de esta divulagcion:_____

I understand that the information in my health record may include information relation to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse.

I understand I have the right to revoke this authorization I must do so in writing and in response to this authorization. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event or condition_____.

If I fail to specify and expiration date, event or condition, this authorization will expire in six months of dated signature. I understand that authorizing the disclosure of this phi is voluntary. I need not sign this for in order to assure treatment. I understand I may inspect or copy the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact BCH Privacy Officer.

I understand that I may incur a charge for the coping or inspection of patient records. A minimum clerical fee of $_____and per page fee of $_____ .

Signature of Patient or Patient Representative _____ Printed Name/Relationship of Patient Representative _____ Date _____

If documents are being picked up at BCH, from someone other than the patient. This authorization form must indicate this accordingly

Signature of person picking up documents _____ Printed Name/Relationship _____ Date _____

BAY COMMUNITY HEALTH

BAY COMMUNITY HEALTH

Proyecto de ley de los derechos y Responsabilidades del Paciente

Bay Community Health se compromete a proporcionar atención médica de calidad. Un paciente bien informado que participa en las decisiones de tratamiento y se comunica abiertamente con sus profesionales de la salud, es un paciente que en última instancia será de gran beneficio en su constante cuidado de la salud.

Usted tiene el derecho …

- A ser considerada y respetada con su primera llamada telefónica a través de su visita a la oficina, y la atención de seguimiento.
- A conocer los nombres y la situación profesional de las personas que le prestan el servicio.
- A la privacidad / confidencialidad con respecto a su propio programa de atención de salud y registros médicos..
- A participar en la elección de una forma de tratamiento.
- A aceptar o rechazar cualquier cuidado o tratamiento.
- A examinar y recibir una explicación de todos los cargos.
- A recibir información completa y el asesoramiento o la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención médica.
- A la atencion oportuna para cualquier pregunta, queja o problema con respecto a los servicios y / o procedimientos de OPC

Usted tiene la responsabilidad …

- De ser honesto acerca de su Historia Medica.
- De seguir las instrucciones de los asesoramientos de salud.
- De reportar cualquier cambio significativo en los síntomas o la falta de mejoría.
- De mantener y disponer de una lista de medicamentos detallados y actualizados.
- De proporcionar tiempo suficiente para hacer "seguimiento" y "citas anuales" para asegurar la disponibilidad de citas.
- De cumplir con las citas o proporcionar 48 horas de anticipación para la cancelación..
- De asegurarse de obtener las formulas medicas en el momento de su visita al consultorio. Si hizo una llamada para una remission de su formula medica, espere un mínimo de 48 horas de aviso.
- De permitir 3-5 días laborables para las remisiones especiales.
- De permitir 5-7 días laborables para terminaciones de formularios. Los formularios deben ser completados / firmado por el paciente; algunos formularios requerirán una cita y algunos formularios pueden incurrir costos a cargo del paciente.
- De tener conocimiento y estar bien informado acerca de su cobertura de seguro de salud, especialmente en lo que respecta a:
    1. Formulas Medicas/ Formularios de Medicamentos
    2. Proveedores de laboratorio preferidos.
    3. Proveedores en Especialidades del Cuidado, las políticas y procedimientos
    4. Servicios medicos no cubiertos.
- De apagar sus celulares mientras esta en las instalaciones del servicio medico.
- De ser respetuoso con los otros pacientes, visitantes y personal de trabajo.

BAY COMMUNITY HEALTH

Bay Community Health

Bay Community Health da la bienvenida a usted y su familia, y nosotros apreciamos la oportunidad de ofrecer sus servicios de atencion de salud. Por favor lea la siguiente informacion que se proporciona para ayudar a satisfacer sus necesidades y responder a preguntas sobre nuestra practica.

Proveedores

Medical Providers

Wayne D. Bierbaum, M.D.*	Internal Medicine
Jonathan J. Hennessee, D.O.	Family Medicine
Thomas Sheesley, D.O. *	Family Medicine
William P. Jones, MD	Family Medicine
Harvey J. Steinfeld, MD	Family Medicine
Nancy Bryant, C.R.N.P.	Nurse Practitioner, Family Medicine
Ann Hendon, P.A. – C.	Physician Assistant

*Anne Arundel Medical Center (AAMC) Hospital Privileges

Behavioral Health Providers

Jana Raup, PhD, L.C.P.C	Behavioral Health
Joy Goodie, LCPC	Behavioral Health
Barbara Ripani, LCSW-C	Behavioral Health

Horas de oficina

Office Hours	West River		Shady Side	
	Medical	Behavioral Health	Medical	Behavioral Health
Lunes	7:00 am – 5:30 pm	9:00 am – 6:00 pm	8:00 am – 5:00 pm	Closed
Martes	7:00 am – 5:30 pm	8:00 am – 8:00 pm	7:00 am – 5:00 pm	Closed
Miercoles	7:00 am – 8:00 pm	8:00 am – 8:00 pm	7:00 am – 5:00 pm	Closed
Jueves	7:00 am – 8:00 pm	9:00 am – 8:00 pm	8:00 am – 5:00 pm	3:30 pm – 6:30 pm
Viernes	7:00 am – 4:30 pm	9:00 am – 5:00 pm	8:00 am – 4:00 pm	Closed
Sabado	Closed	8:00 am – 1:00 pm	Closed	Closed

La Programacion De Citas

- Pacientes establecidos por favor llegue 15 minutos antes de la hora programada.
- Nuevos pacientes por favor llegue 30 minutos antes de la hora de la cita.
- Visitas por enfermedad son programados para el mismo dia o dentro de las 48 horas de solicitud de cita.
- Citas para el mismo dia y entrar sin cita previa, se otorgan en base a la disponibilidad.
- El seguimiento de las visitas al consultorio estan programadas a la salida
- Examenes fisicos / examen de la mujer se programan dentro de 2 a 6 semanas de solitud de cita.
- Nuestros medicos pueden ocasionalmente estar atrasados, y su visita se puede retrasar. Nuestro personal tratara en informarle si esto ocurre.
- Se solicita aviso de 48 horas sobre cancelaciones.

Devolver mensajes telefonicos

Nuestros medicos y / o apoyo medico personal intent an devolver todos los mensajes de una manera oportuna. La devolucion de llamadas se hacen a menudo durante el dia.

Recetas

Nuestros medicos creen que los pacientes deben ser evaluados antes de recetar nuevos medicamentos. Las recaygas de recetas deben hacerse a traves de la farmacia, la cual require que los pacient es informen a su farmacia con 48 horas de anticipacion. Medicamentos " substancia controlada" no se prescriben los viernes o el dia antes de un dia de fiesta federal y en la mayoria de los casos requerira una cita con su medico general. Algunas recetas escritas deben ser recogidos en la oficina y no pueden ser llamados para una farmacia. Para evitar retrasos con renovaciones de medicamentos, por favor revise la necesidad de medicamentos en cada visita al consultorio.

BAY COMMUNITY HEALTH

Remisiones

Tal vez necesite una remision medica de especialidad y / o de urgencia. BCH require de 5 dias habiles para procesar estas referencias. En muchos casos se solicita una evaluacion de oficina para determinar la necesidad de la referencia. Atencion de urgencia y / o servicio de urgencias tambien puenden requerir autorizacion previa. Por favor, pongase en contacto con la oficina dentro de las 48 horas para un servilo de atencion de urgencias o visita al departamento de urgencia para determinar el tiempo que haya sido autorizada. Por favor, recuerde que hay muchas compañias de seguros de salud muchas mas politicas individuales. Es responsabilidad del paciente a conocer y cumplir con las regulaciones de su cobertura de seguro.

Registros medicos/ Formularios medicos

Con el fin de obtener una copia de los registros medicos de BCH, pacientes deben completer un formulario "solicitud de registros medicos" y permitir un minimo de 5 dias habiles para su procesamiento. El proceso varia en funcion del tamaño del expediente medico, pero la tasa de base es tipicamente $25.00. No hay ningun cargo para obtener copias de los registros de vacunacion o registros relacionados con Estado de Compensacion al Trabajador de Maryland. Dependiendo de la forma, puede haber una carga aplicada a la factura del paciente para este procesamiento. Tambien puede ser necesario que el paciente debe ser evaluado en la oficina antes de completar el formulario.

BAY COMMUNITY HEALTH

BAY COMMUNITY HEALTH
Notice of Privacy Practices
Effective Date: January 1, 2013

Nombre legal				cuenta #	
Sexo legal		Fecha de nacimiento		Seguridad Social	
Casa #:	celda #:	trabajo #:	# Prefiere utilizar: Casa celda trabajo		
Dirección local:					
Dirección de correo electrónico:				Estado civil	

1: ¿Qué categoría es su ingreso anual actual? < $15,000 $15,001-$25,000 $25,001-$35,000 $35,001-$50,000 >$50,000 **2: Tamaño de la familia:** # total de miembros de la familia que reside en la misma casa	**3: Estado de Empleo:** Tiempo completo Medio tiempo Desempleado Trabajadores por cuenta propia Retirado **4: Estado del estudiante:** Tiempo completo Medio tiempo No es un estudiante	**5: Grupos raciales:** asiático Negro / afroamericano Amer indio / nativos de Alaska Nativo de Hawai / Pacífico Isleño Blanco / caucásico **6: Etnicidad** Hispano / Latino / Latina No Hispano / Latino / Latina	**7: Idiomas** Inglés Español Otro: **8: Requerir los servicios de traducción** Si No **9: estatus de veterano** Veterano No es un veterano
10: ¿Trabajador temporal? Si No **11: Trabajador migrante** **Si No**	**12: Qué piensa de sí mismo como :** Derecho Algo más Lesbiana / Gay No lo sé Bisexual Decide no anotar	**13: ¿De qué sexo se identifica usted?** Masculino trans Mujer Hembra Elegir no revelar trans masculino Otro	

Eres tú:	Prueba:	Proveedor / Organización donde realizó la prueba	Ultima fecha de Hecho
21 años o más (Femenino)	Prueba de Papanicolaou		
40 años o más (Femenino)	Mamografía		
50 años o más (Femenino y masculino)	La colonoscopia		

AUTORIZACION, ASIGNACIONES Y PAGOS DE SERVICIOS DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA (INSURANCE AUTHORIZATION, ASSIGNMENT AND PAYMENT OF SERVICES)

_____ *(Iniciales)*

Solicito que los pagos de beneficios autorizados por Medicare/otra compañía aseguradora sean hechos a mi nombre o a nombre de Bay Community Health por cualquier servicio que me hayan prestado con mi compañía aseguradora quien acepta las asignaciones clínicas del Proveedor Medico. Reglamentos pertinentes a asignaciones de beneficios de Medicare se aplican. Yo autorizo cualquier poseedor de mi historia médica o otro tipo de información para ser dada a conocer con el fin de procesar el pago de dichos servicios. Yo comprendo que es obligatorio que el proveedor medico de a conocer de mu salud a otra aseguradora quien puede ser responsable del pago de mis tratamientos. También comprendo que es mi responsabilidad tener conocimiento de los beneficios y requerimientos de mi aseguradora medica. Yo comprendo que basado en la póliza de mi aseguradora medica, posiblemente hayan servicios que el proveedor medico de la clínica de BCH puede considerar necesarios y que posiblemente mi aseguradora medica no los cubra, y yo debería ser el responsable de dichos servicios. Yo comprendo y reconozco que el pago es hecho al tiempo del servicio prestado. Esto incluye pre-pagos, responsabilidad del paciente en los porcentajes de cargos en la visita a la clínica y cualquier cargo previsto anteriormente. Cualquier variación de esta política médica puede ser pre-ordenada a través del departamento de contabilidad con prioridad de ser visto

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTOS (AUTHORIZATION TO TREAT)

_____ *(Iniciales)*

Permiso es dado por la presente al proveedor medico de Bay Community Health (BCH), para administrar dichos diagnósticos, operatorias o procesos de tratamientos arriba mencionados que se considere necesarios. Esto incluye el acceso a la información de una base de datos de farmacia en línea acerca de los medicamentos que yo esté tomando con el fin de continuar con el tratamiento.

ACEPTACION DEL RECIBO DE NOTICIA PRIVADA (ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF PRIVACY NOTICE

_____ *(Iniciales)*

Yo he recibido una copia de Noticia de Privacidad de Políticas del Proveedor Medico, detallando como mi información será usada y divulgada según lo permitido bajo las leyes federales y estatales

OPC

BAY COMMUNITY HEALTH

Bay Community Health
134 Owensville Road
West River MD 20778
Telefono: 410 867-4700 / Fax: 410 867-4934

Nombre del Paciente _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Numero de Telefono del Paciente para ser contactado: _____

Por favor, indique a otras personas con quienes podemos contactar en su nombre e indique su relación con usted :

Nombre	Relacion con el Paciente	Telefono #	Tipo de Telefono
			C T C
			C T C
			C T C
			C T C
			C T C

Comentarios adicionales del paciente:_____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre Legible: _____

BHC Employee Initials: _____

MARYLAND ADVANCE DIRECTIVE:
PLANNING FOR FUTURE HEALTH CARE DECISIONS
INSTRUCCIONES POR ADELANTADO DE MARYLAND:
PLANIFICACIÓN DE DECISIONES FUTURAS SOBRE ATENCIÓN MÉDICA

QUESTION: DO YOU NEED THESE TWO ENTRIES/ IS ONE ENTRY FOR THE INDIVIDUAL AND ANOTHER FOR THE PERSON HELPING HIM/HER TO FILL IT? IF IT IS ONLY FOR THE INDIVIDUAL YOU MIGHT NEED ONLY ONE ENTRY OF THE NAME.

By: _____ **Date of Birth:** _____
(Print Name) (Month/Day/Year)
Declarante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
(escribir en letra de imprenta) (mes/día/año)

Using this advance directive form to do health care planning is completely optional. Other forms are also valid in Maryland. No matter what form you use, talk to your family and others close to you about your wishes.

El uso de este formulario de Instrucciones por Adelantado para planificar su atención médica es completamente opcional. Existen otros formularios que también son válidos en Maryland. Cualquiera sea el formulario que use, hable con su familia y otras personas allegadas a usted sobre sus deseos.

This form has two parts to state your wishes, and a third part for needed signatures. Part I of this form lets you answer this question: If you cannot (or do not want to) make your own health care decisions, who do you want to make them for you? The person you pick is called your health care agent. ***Make sure you talk to your health care agent (and any back-up agents) about this important role.*** *Part II lets you write your preferences about efforts to extend your life in three situations: terminal condition, persistent vegetative state, and end-stage condition. In addition to your health care planning decisions, you can choose to become an organ donor after your death by filling out the form for that too.*

Este formulario tiene dos partes donde puede manifestar sus deseos, y una tercera para firmas que son necesarias. La Parte I del formulario le permite responder esta pregunta: Si usted no puede (o no quiere) tomar sus propias decisiones sobre atención médica, ¿quién desea que lo haga por usted? La persona que usted elija se denomina representante de atención médica. **Asegúrese de hablar con su representante de atención médica (y con otros representantes sustitutos) sobre esta importante función.** La Parte II le permite escribir sus preferencias sobre los recursos para prolongar su vida en tres situaciones: enfermedad terminal, estado vegetativo persistente y condición en fase terminal. Además de las instrucciones sobre la planificación de su atención médica, puede decidir ser donante de órganos después de su muerte completando también el formulario para ese fin.

→You can fill out Parts I and II of this form, or only Part I, or only Part II. Use the form to reflect your wishes, then sign in front of two witnesses (Part III). If your wishes change, make a new advance directive. ←

→Puede completar las Partes I y II de este formulario, o solamente la Parte I, o solamente la Parte II. Use el formulario para manifestar sus deseos y luego fírmelo en presencia de dos testigos (Parte III). Si cambia de opinión, complete un nuevo formulario de Instrucciones por Adelantado. ←

Make sure you give a copy of the completed form to your health care agent, your doctor, and others who might need it. Keep a copy at home in a place where someone can get it if needed. Review what you have written periodically.

Asegúrese de entregar una copia del formulario completo a su representante de atención médica, a su médico y a otros que pudieran necesitarlo. Conserve una copia en su casa, en algún lugar donde se pueda encontrar en caso de necesidad. Revise periódicamente lo que usted escribió.

PART I: SELECTION OF HEALTH CARE AGENT
PARTE I: ELECCIÓN DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

A. *Selection of Primary Agent*
Elección del Representante Principal

I select the following individual as my agent to make health care decisions for me:

Elijo a la siguiente persona en carácter de representante para que adopte decisiones relativas a mi atención médica:

Name:
Nombre:

_____

Address:
Dirección:

_____

_____

Telephone Numbers:
Números de teléfono:

_____
(home and cell)/(domicilio y celular)

B. *Selection of Back-up Agents*
(Optional; form valid if left blank)

Elección de Representantes Sustitutos
(Optativo; el formulario es válido si no se completa esta sección)

1. *If my primary agent cannot be contacted in time or for any reason is unavailable or unable or unwilling to act as my agent, then I select the following person to act in this capacity:*

Si resultara imposible comunicarse a tiempo con mi representante principal, o por cualquier motivo no estuviera disponible, o estuviera incapacitado o se rehusara a actuar como mi representante, nombro a la siguiente persona para que actúe en esa capacidad:

Name:
Nombre:

_____

Address:
Dirección: _____

_____

Telephone Numbers:
Números de teléfono:

_____
(home and cell) /(domicilio y celular)

2. *If my primary agent and my first back-up agent cannot be contacted in time or for any reason are unavailable or unable or unwilling to act as my agent, then I select the following person to act in this capacity:*

   Si resultara imposible comunicarse a tiempo con mi representante principal y mi representante sustituto, o por cualquier motivo no estuvieran disponibles, o estuvieran incapacitados o se rehusaran a actuar como mi representante, nombro a la siguiente persona para que actúe en esa capacidad:

Name:
Nombre:

_____

Address:
Dirección: _____

_____

Telephone Numbers:
Números de teléfono:

_____
(home and cell)/(domicilio y celular)

C. ***Powers and Rights of Health Care Agent***
Facultades y derechos del representante de atención médica

I want my agent to have full power to make health care decisions for me, including the power to:

Deseo que mi representante tenga plenos poderes para adoptar por mí decisiones sobre mi atención médica, incluyendo el poder de:

1. *Consent or not to medical procedures and treatments which my doctors offer, including things that are intended to keep me alive, like ventilators and feeding tubes;*
   Consentir o no a la práctica de los procedimientos y tratamientos médicos que ofrezcan mis médicos, incluyendo procedimientos para intentar mantenerme con vida, tales como ventiladores y tubos de alimentación;

2. *Decide who my doctor and other health care providers should be; and*

   Decidir quién será mi médico y otros proveedores de atención médica; y

3. *Decide where I should be treated, including whether I should be in a hospital, nursing home, other medical care facility, or hospice program.*

   Decidir dónde se debe realizar el tratamiento, incluyendo si debo estar internado en un hospital, centro de convalescencia, otra casa de atención médica o programa de atención para enfermos terminales.

4. *I also want my agent to:*

   También deseo que mi representante:

   a. *Ride with me in an ambulance if ever I need to be rushed to the hospital; and*

      Me acompañe en la ambulancia si alguna vez necesito ser trasladado de urgencia a un hospital; y

   b. *Be able to visit me if I am in a hospital or any other health care facility.*

      Pueda visitarme si estoy internado en un hospital u otro centro de atención médica.

THIS ADVANCE DIRECTIVE DOES NOT MAKE MY AGENT RESPONSIBLE FOR ANY OF THE COSTS OF MY CARE.

ESTAS INSTRUCCIONES POR ADELANTADO NO HACEN RESPONSABLE A MI REPRESENTANTE POR LOS COSTOS DE MI ATENCIÓN MÉDICA.

This power is subject to the following conditions or limitations:
(Optional; form valid if left blank)

Estos poderes están sujetos a las siguientes condiciones o limitaciones:
(Optativo; el formulario es válido si no se completa esta sección)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

D. How my Agent is to Decide Specific Issues

Forma en que mi representante debe decidir cuestiones específicas

I trust my agent's judgment. My agent should look first to see if there is anything in Part II of this advance directive that helps decide the issue. Then, my agent should think about the conversations we have had, my religious and other beliefs and values, my personality, and how I handled medical and other important issues in the past. If what I would decide is still unclear, then my agent is to make decisions for me that my agent believes are in my best interest. In doing so, my agent should consider the benefits, burdens, and risks of the choices presented by my doctors.

Confío en el criterio de mi representante. Para hacer decisiones mi representate debe, en primer lugar, consultar la Parte II de estas Instrucciones por Adelantado para ver si encuentra allí algo que le ayude a decidir la situación en cuestión. A continuación, mi representante debe pensar en las conversaciones que mantuvimos, mis creencias y valores religiosos y de otra naturaleza, mi personalidad y cómo manejé las cuestiones médicas y otras situaciones importantes en el pasado. Si lo que yo decidiría continúa siendo incierto, mi representante debe tomar por mí las decisiones que según su criterio sean las mejores para mí. Al hacerlo, mi representante debe considerar los beneficios, cargas y riesgos de las opciones que presentan mis médicos.

*E. **People My Agent Should Consult***
(Optional; form valid if left blank)

Personas a quienes mi representante debe consultar
(Optativo; el formulario es válido si no se completa esta sección)

In making important decisions on my behalf, I encourage my agent to consult with the following people. By filling this in, I do not intend to limit the number of people with whom my agent might want to consult or my agent's power to make decisions.

Cuando mi representante deba adoptar decisiones importantes en mi nombre, sugiero que consulte a las siguientes personas. Al completar esta sección no pretendo limitar la cantidad de personas a quien mi representante puede consultar o el poder de mi representante para tomar decisiones.

Name(s) **Nombre(s)**	*Telephone Number(s):* **Número(s) de teléfono:**

F. In Case of Pregnancy
(Optional, for women of child-bearing years only; form valid if left blank)

Si estoy embarazada
(Optativo para mujeres en edad fértil; el formulario es válido si no se completa esta sección)

If I am pregnant, my agent shall follow these specific instructions:

Si estoy embarazada, mi representante debe seguir estas instrucciones específicas:

_____

_____

_____

G. Access to my Health Information – Federal Privacy Law (HIPAA) Authorization

Acceso a mi Información Médica – Autorización Prevista en la Ley Federal de Privacidad (HIPAA)

1. *If, prior to the time the person selected as my agent has power to act under this document, my doctor wants to discuss with that person my capacity to make my own health care decisions, I authorize my doctor to disclose protected health information which relates to that issue.*

   Si, antes de que la persona elegida para ser mi representante tenga el poder para actuar en virtud de este documento, mi médico desea conversar con esa persona sobre mi capacidad para tomar mis propias decisiones sobre atención médica, autorizo a mi médico a divulgar la información médica protegida relacionada con esa cuestión.

2. *Once my agent has full power to act under this document, my agent may request, receive, and review any information, oral or written, regarding my physical or mental health, including, but not limited to, medical and hospital records and other protected health information, and consent to disclosure of this information.*

   Una vez que mi representante tenga plenos poderes para actuar en virtud de este documento, podrá solicitar, recibir y revisar toda la información, oral o escrita, referente a mi salud física o mental, incluso los registros médicos y del hospital y otra información médica protegida, pero sin limitarse a la antedicha información, y consentir su divulgación

3. *For all purposes related to this document, my agent is my personal representative under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). My agent may sign, as my personal representative, any release forms or other HIPAA-related materials.*

Para todos los fines relacionados con este documento, mi representante es también mi representante personal de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Medico (HIPAA). Mi representante puede firmar, en carácter de representante personal, cualquier formulario de deslinde de responsabilidad u otros materiales relacionados con la HIPAA.

H. Effectiveness of this Part
(Read both of these statements carefully. Then, initial ***one*** *only.)*

Eficacia de esta Parte
(Lea ambas declaraciones con cuidado. Luego, ponga su inicial en **sólo** una de ellas).

My agent's power is in effect:
Los poderes de mi representante entrarán en vigencia:

1. *Immediately after I sign this document, subject to my right to make any decision about my health care if I want and am able to.*

   Inmediatamente después de que yo firme este documento, con sujeción a mi derecho de tomar decisiones sobre mi atención médica si así lo deseo y estoy en condiciones de hacerlo.

   _____

>>OR/O<<

2. *Whenever I am not able to make informed decisions about my health care, either because the doctor in charge of my care (attending physician) decides that I have lost this ability* ***temporarily****, or my attending physician and a consulting doctor agree that I have lost this ability* ***permanently****.*

   Cuando no esté en condiciones de tomar decisiones informadas sobre mi atención médica, ya sea porque el médico responsable de mi tratamiento (médico a cargo) decide que he perdido la capacidad en **forma temporal,** o porque el médico a cargo de mi tratamiento y un médico de consulta están de acuerdo en que la he perdido en **forma permanente.**

   _____

If the only thing you want to do is select a health care agent, skip Part II. Go to Part III to sign and have the advance directive witnessed. If you also want to write your treatment preferences, go to Part II. Also consider becoming an organ donor, using the separate form for that.

Si lo único que usted desea es elegir un representante de atención médica, no necesita llenar la Parte II. Vaya a la Parte III para firmar las Instrucciones por Adelantado ante la vista de los testigos. Si usted también desea manifestar sus preferencias de tratamiento, vaya a la Parte II. También puede manifestar su voluntad de ser donante de órganos, usando el formulario separado al efecto.

PART II: TREATMENT PREFERENCES ("LIVING WILL")
PARTE II: PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO ("TESTAMENTO EN VIDA")

A. *Statement of Goals and Values*
(Optional: Form valid if left blank)

Declaración de metas y valores
(Optativo; el formulario es válido si no se completa esta sección)

I want to say something about my goals and values, and especially what's most important to me during the last part of my life:

Deseo manifestar mis metas y valores, y especialmente lo que es más importante para mí durante la última parte de mi vida:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

B. *Preference in Case of Terminal Condition*
(If you want to state what your preference is, initial ***one*** *only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)*

Preferencia en caso de condición terminal
(Si usted desea indicar cuál es su preferencia, iniciale **sólo** una. Si aquí no desea indicar una preferencia, tache toda la sección).

If my doctors certify that my death from a terminal condition is imminent, even if life-sustaining procedures are used:

Si mis médicos certifican que mi muerte por una condición terminal es inminente, aun si se utilizan procedimientos para prolongar la vida:

1. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

   Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. No deseo recibir nutrición ni hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

   _____

>>OR/O<<

2. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

   Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. Si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, no obstante, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

✎ _____

>>OR/O<

3. *Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

   Traten de prolongar mi vida tanto como sea posible, recurriendo a todas las intervenciones disponibles que de acuerdo con un criterio médico razonable puedan evitar o retrasar mi muerte. Si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, no obstante, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

✎ _____

C. ***Preference in Case of Persistent Vegetative State***
If you want to state what your preference is, initial ***one*** *only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)*

Preferencia en caso de estado vegetativo persistente
(Si usted desea indicar cuál es su preferencia, iniciale **sólo** una. Si aquí no desea indicar una preferencia, tache toda la sección).

If my doctors certify that I am in a persistent vegetative state, that is, if I am not conscious and am not aware of myself or my environment or able to interact with others, and there is no reasonable expectation that I will ever regain consciousness:

Si mis médicos certifican que me encuentro en estado vegetativo persistente, es decir, si no estoy consciente y no me doy cuenta de mí mismo o de mi entorno, o no puedo interactuar con otros, y no existen expectativas razonables de que pueda recobrar la conciencia:

1. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

   Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. No deseo recibir nutrición ni hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

✎ _____

>>OR/O<<

2. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

   Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. No obstante, si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

✎ _____

>>OR/O<<

3. *Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

   Traten de prolongar mi vida tanto como sea posible, recurriendo a todas las intervenciones disponibles que de acuerdo con un criterio médico razonable puedan evitar o retrasar mi muerte. No obstante, si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

✎ _____

D. *Preference in Case of End-Stage Condition*

(If you want to state what your preference is, initial ***one*** *only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)*

Preferencia en Caso de Condición Final Mortal
(Si usted desea indicar cuál es su preferencia, iniciale sólo una. Si aquí no desea indicar una preferencia, tache toda la sección).

If my doctors certify that I am in an end-state condition, that is, an incurable condition that will continue in its course until death and that has already resulted in loss of capacity and complete physical dependency:

Si mis médicos certifican que me encuentro en condición final mortal, es decir, en una condición incurable que continuará su curso hasta la muerte y que ya ha producido la pérdida de capacidad y una dependencia física completa:

1. Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

   Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. No deseo recibir nutrición ni hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

>>OR/O<< ✎ ____

2. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

   Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. No obstante, si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

   _____

>>OR/O<<

3. *Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

   Traten de prolongar mi vida tanto como sea posible, recurriendo a todas las intervenciones disponibles que de acuerdo con un criterio médico razonable puedan evitar o retrasar mi muerte. No obstante, si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos. _____

E. ***Pain Relief***
Alivio del dolor

No matter what my condition, give me the medicine or other treatment I need to relieve pain.

Cualquiera sea la condición en la que me encuentre, suminístrenme remedios u otro tratamiento necesario para aliviar mi dolor.

F. ***In Case of Pregnancy***
(Optional, for women of child-bearing years only; form valid if left blank)

Si estoy embarazada
(Opcional para mujeres en edad fértil; el formulario es válido si no se completa esta sección)

If I am pregnant, my decision concerning life-sustaining procedures shall be modified as follows:

Si estoy embarazada, mi decisión relativa a los procedimientos para prolongar la vida debe modificarse de la siguiente manera:

G. ***Effect of Stated Preferences***
(Read both of these statements carefully. Then, initial ***one*** *only.)*

Efecto de las preferencias manifestadas
(Lea ambas declaraciones con cuidado. Luego, ponga su inicial en **sólo** una).

1. *I realize I cannot foresee everything that might happen after I can no longer decide for myself. My stated preferences are meant to guide whoever is making decisions on my behalf and my health care providers, but I authorize them to be flexible in applying these statements if they feel that doing so would be in my best interest.*

   Soy consciente de que no puedo prever todo lo que podría suceder después de que ya no pueda tomar decisiones por mí mismo. Las preferencias que manifiesto tienen por objeto constituir una guía para quien tome decisiones por mí y para mis proveedores de atención médica, pero los autorizo a ser flexibles en la aplicación de estas declaraciones si creen que esa flexibilidad redundará en mi beneficio.

   ✎ _____

   >>OR/O <<

2. *I realize I cannot foresee everything that might happen after I can no longer decide for myself. Still, I want whoever is making decisions on my behalf and my health care providers to follow my stated preferences exactly as written, even if they think that some alternative is better.*

   Soy consciente de que no puedo prever todo lo que podría suceder después de que ya no pueda tomar decisiones por mí mismo. De todas maneras, deseo que la persona que tome decisiones por mí y para mis proveedores de atención médica sigan estrictamente las preferencias que yo he indicado, aun si creen que otra alternativa sería mejor.

   ✎ _____

PART III: SIGNATURE AND WITNESSES
PARTE III: FIRMA Y TESTIGOS

By signing below as the Declarant, I indicate that I am emotionally and mentally competent to make this advance directive and that I understand its purpose and effect. I also understand that this document replaces any similar advance directive I may have completed before this date.

Al firmar a continuación en calidad de Declarante, indico que poseo la capacidad emocional y mental para emitir estas instrucciones por adelantado y entiendo su propósito y efecto. Entiendo asimismo que este documento reemplaza a todas las instrucciones por adelantado similares que pueda haber completado con anterioridad a la fecha de la presente.

_____ _____

(Signature of Declarant) (Date)
(Firma del Declarante) (Fecha)

The Declarant signed or acknowledged signing this document in my presence and, based upon personal observation, appears to be emotionally and mentally competent to make this advance directive.

El Declarante firmó o reconoció haber firmado este documento en mi presencia y, de acuerdo con mi observación personal, parece tener la competencia emocional y mental para emitir estas instrucciones por adelantado.

_____ _____

(Signature of Witness) (Date)
(Firma del testigo) (Fecha)

_____

Telephone Number(s):
Número(s) de teléfono:

_____ _____

(Signature of Witness) (Date)
(Firma del testigo) (Fecha)

_____

Telephone Number(s):
Número(s) de teléfono:

*(**Note:** Anyone selected as a health care agent in Part I may not be a witness. Also, at least one of the witnesses must be someone who will not knowingly inherit anything from the Declarant or*

otherwise knowingly gain a financial benefit from the Declarant's death. Maryland law does ***not*** *require this document to be notarized.)*

(**Nota:** La persona designada como representante de atención médica en la Parte I no puede actuar como testigo. Además, por lo menos uno de los testigos debe ser una persona que no tenga conocimiento de ser heredero de ninguna parte de los bienes del Declarante ni de obtener algún beneficio financiero a causa de la muerte del Declarante. Las leyes de Maryland **no** exigen la intervención de un Notario Público en este documento).

AFTER MY DEATH
DESPUÉS DE MI MUERTE

By: _____ **Date of Birth:**
(Print Name) (Month/Day/Year)
Donante: _____ **Fecha de nacimiento:**
(en letra de imprenta) (mes/día/año)

(Initial the ones that you want. Cross through any that you do not want.)
(Ponga sus iniciales en las que desea. Tache las que no desea).

Upon my death I wish to donate:
Después de mi muerte deseo donar:

Any needed organs, tissues, or eyes. ✎_____
Los órganos, tejidos u ojos que se necesiten.

Only the following organs, tissues, or eyes: ✎_____
Sólo los siguientes órganos, tejidos u ojos:

I authorize the use of my organs, tissues, or eyes:
Autorizo el uso de mis órganos, tejidos u ojos:

For transplantation ✎_____
Para transplante

For therapy ✎_____
Para fines terapéuticos

For research ✎_____
Para investigación

For medical education ✎_____
Para educación médica

For any purpose authorized by law ✎_____
Para cualquier fin autorizado por la ley

I understand that no vital organ, tissue, or eye may be removed for transplantation until after I have been pronounced dead. This document is not intended to change anything about my health care while I am still alive. After death, I authorize any appropriate support measures to maintain the viability for transplantation of my organs, tissues, and eyes until organ, tissue, and eye recovery has been completed. I understand that my estate will not be charged for any costs related to this donation.

Entiendo que no puede extraerse ningún órgano vital, tejido u ojos para ser transplantados hasta que haya sido declarado muerto. *Este documento no tiene por objeto modificar mi tratamiento médico mientras continúe con vida.* Después de mi muerte, autorizo que se adopten las medidas de apoyo necesarias para mantener la viabilidad de transplante de mis órganos, tejidos y ojos hasta que los mismos hayan sido extraídos. Entiendo que mis herederos no deberán pagar los gastos relacionados con esta donación.

PART II: DONATION OF BODY

PARTE II: DONACIÓN DEL CUERPO

After any organ donation indicated in Part I, I wish my body to be donated for use in a medical study program.

Después de efectuada la donación de órganos mencionada en la Parte I, deseo que mi cuerpo sea donado para ser utilizado en algún programa de estudio médico.

_____

PART III: DISPOSITION OF BODY AND FUNERAL ARRANGEMENTS

PARTE III: DISPOSICIÓN DEL CUERPO Y SERVICIO FÚNEBRE

I want the following person to make decisions about the disposition of my body and my funeral arrangements: (Either initial the first or fill in the second.)

Deseo que la siguiente persona tome decisiones sobre la disposición de mi cuerpo y mi servicio fúnebre: (Ponga su inicial en la primera o complete la segunda).

The health care agent who I named in my advance directive.
El representante de atención médica que designé en mis Instrucciones por Adelantado.

_____

>>OR/O<<

This person:
La siguiente persona:

Name:
Nombre:
Address:
Dirección:
Telephone Number(s):
(Home and Cell)
Número(s) de teléfono:
(De la casa y celular)

If I have written my wishes below, they should be followed. If not, the person I have named should decide based on conversations we have had, my religious or other beliefs and values, my

personality, and how I reacted to other peoples' funeral arrangements. My wishes about the disposition of my body and my funeral arrangements are:

Si he escrito mis deseos más abajo, deben cumplirse. Si no lo he hecho, la persona que he designado deberá decidir según las conversaciones que mantuvimos, mis creencias y valores religiosos y de otra naturaleza, mi personalidad y la forma en que reaccioné ante el servicio fúnebre de otras personas. Mis deseos sobre la disposición de mi cuerpo y mi servicio fúnebre son:

PART IV: SIGNATURE AND WITNESSES

PARTE IV: FIRMA Y TESTIGOS

By signing below, I indicate that I am emotionally and mentally competent to make this donation and that I understand the purpose and effect of this document.

Al firmar a continuación, indico que poseo la capacidad emocional y mental de realizar esta donación y entiendo el propósito y efecto de este documento.

_____ _____

(Signature of Donor) (Date)
(Firma del donante) (Fecha)

The Donor signed or acknowledged signing the foregoing document in my presence and, based upon personal observation, appears to be emotionally and mentally competent to make this donation.

El Donante firmó o reconoció haber firmado este documento en mi presencia y, de acuerdo con mi observación personal, parece tener la competencia emocional y mental para realizar esta donación.

_____ _____

(Signature of Witness) (Date)
(Firma del testigo) (Fecha)

_____

Telephone Number(s):
Número(s) de teléfono:

_____ _____

(Signature of Witness) (Date)
(Firma del testigo) (Fecha)

_____

Telephone Number(s):
Número(s) de teléfono:

Did You RememberTo...?
¿Recordó...?

- ☐ *Fill out Part I if you want to name a health care agent?*

  ¿Completar la Parte I si desea nombrar a un representante de atención médica?

- ☐ *Name one or two back-up agents in case your first choice as health care agent is not available when needed?*

  ¿Designar a uno o más representantes sustitutos para el caso de que la persona que eligió en primer término como representante de atención médica no estuviera disponible cuando fuera necesario?

- ☐ *Talk to your agents and back-up agent about your values and priorities, and decide whether that's enough guidance or whether you also want to make specific health care decisions in the advance directive?*

  ¿Hablar con sus representantes y representantes sustitutos sobre sus valores y prioridades y decidir si esto constituye una orientación suficiente, o si también desea incluir decisiones específicas sobre el tratamiento médico en las Instrucciones por Adelantado?

- ☐ *If you want to make specific decisions, fill out Part II, choosing carefully among alternatives?*

  ¿Completar la Parte II si desea tomar decisiones específicas, eligiendo con cuidado entre las alternativas?

- ☐ *Sign and date the advance directive in Part III, in front of two witnesses who also need to sign?*

  ¿Firmar y escribir la fecha de las Instrucciones por Adelantado en la Parte III, en presencia de dos testigos que también deben firmar?

- ☐ *Look over the "After My Death" form to see if you want to fill out any part of it?*

  ¿Leer el formulario "Después de Mi Muerte" para decidir si desea completar alguna parte del mismo?

- ☐ *Make sure your health care agent (if you named one), your family, and your doctor know about your advance care planning?*

  ¿Asegurarse de que su representante de atención médica (si lo designó), su familia y su médico conozcan su planificación anticipada sobre su atención médica?

- ☐ *Give a copy of your advance directive to your health care agent, family members, doctor, and hospital or nursing home if you are a patient there?*

  ¿Entregar una copia de sus Instrucciones por Adelantado a su representante de atención médica, miembros de la familia, médico y al hospital o centro de atención si está internado?