



## Department of Veterans Affairs

## DIRECTRICES ANTICIPADAS DE VA PODER LEGAL PARA LA DESIGNACIÓN DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE SALUD Y TESTAMENTO EN VIDA

(VA ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE AND LIVING WILL)

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

Usted puede utilizar este formulario para:

Designar personas específicas que tomen decisiones sobre su cuidado de salud por usted

Describir las preferencias sobre como usted desea ser tratado(a).

Describir sus preferencias sobre su cuidado médico, cuidado de salud mental, cuidado a largo plazo, u otros tipos de cuidado de salud.

Al completar este formulario, es importante que usted también hable con su médico, familiares y otros seres queridos que puedan ayudar a decidir acerca de su tratamiento. Usted debe expresarles cuáles eran sus deseos cuando completó este formulario.

Un profesional de cuidado de salud puede ayudarle con este formulario y puede responder a cualquier pregunta que usted tenga. Si necesitara más espacio para contestar cualquier parte de este formulario, puede anejar páginas adicionales. Asegúrese de escribir sus iniciales y fecha en cada página adicional que se adjunta.

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

You can use this form to:

Name specific people to make health care decisions for you

Describe your preferences for how you want to be treated

Describe your preferences for medical care, mental health care, long-term care, or other types of health care

When you complete this form, it's important that you also talk to your doctor, family, and other loved ones who may help to decide about your care. You should explain what you meant when you filled out the form.

A health care professional can help you with this form and can answer any questions that you have. If you need more space for any part of the form, you may attach extra pages. Be sure to initial and date every page that you attach.

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

NOMBRE (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre) (NAME (Last, First, Middle):	ÚLTIMOS 4 DIGITOS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Last 4 of SSN):
--	--

DIRECCIÓN FÍSICA (STREET ADDRESS):

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

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

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

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

**DIRECTRICES ANTICIPADAS DE VA: PODER LEGAL PARA LA DESIGNACIÓN DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE SALUD Y TESTAMENTO EN VIDA**

VA ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE AND LIVING WILL

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

ÚLTIMOS 4 DIGITOS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Last 4 of SSN):

**Notificación de la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites**

**Privacy Act Information and Paperwork Reduction Act Notice**

La información que se pide en este formulario se solicita bajo la autoridad del 38 C.F.R. §17.32. Se recopila esta información para documentar sus preferencias acerca de su cuidado de salud en la eventualidad que usted ya no pueda expresar sus preferencias. La información que usted provea puede ser divulgada fuera de VA según la ley lo permite. Divulgaciones posibles incluyen aquellas descritas en la sección de "usos rutinarios" identificadas en el Sistema de Archivos VA, 24VA19, Expedientes Médicos - VA del Paciente, publicado en el Registro Federal de acuerdo con la Ley de Confidencialidad de Información de 1974. También está disponible en la compilación de las publicaciones de la Ley de Confidencialidad de Información. Usted puede decidir si desea o no completar este formulario. Sin embargo, sin esta información, los proveedores de cuidado de salud de VA podrían desconocer o no comprender sus preferencias. Si usted no suministra la información no tendrá los beneficios que usted tenga derecho a recibir. La Ley de Reducción de Trámites de 1995 nos exige que le notifiquemos que la recopilación de esta información sigue los requerimientos de autorización contenidos en la sección 3507 de esta ley. Estimamos que le tomará un promedio de 30 minutos llenar este formulario, incluyendo el tiempo que toma repasar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recoger y conservar los datos necesarios, y completar y repasar toda la información provista. Una agencia federal no puede conducir ni promover, y una persona no está obligado a responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número de control (OMB) válido. El número de OMB para la recolección de ésta información es 2900-0556.

The information requested on this form is solicited under the authority of 38 C.F.R. §17.32. It is being collected to document your preferences for your health care in the event that you can't speak for yourself anymore. The information you provide may be disclosed outside the VA as permitted by law. Possible disclosures include those that are described in the "routine uses" identified in the VA system of records 24VA19, Patient Medical Records-VA, published in the Federal Register in accordance with the Privacy Act of 1974. This is also available in the Compilation of Privacy Act Issuances. You may choose to fill out this form or not. But without this information, VA health care providers may not understand your preferences as well. If you don't fill out this form, there won't be any effect on the benefits you are entitled to receive. The Paperwork Reduction Act of 1995 requires us to let you know that this information collection follows the clearance requirements of section 3507 of this Act. We estimate that it will take you about 30 minutes to fill out this form, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the information you write down. A Federal agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information, unless it displays a current valid OMB control number. The OMB Control No. for this information collection is 2900-0556.

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

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

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

Su Agente de Cuidado de Salud deberá ser alguien:

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

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

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

**DIRECTRICES ANTICIPADAS DE VA: PODER LEGAL PARA LA DESIGNACION DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE SALUD Y  
TESTAMENTO EN VIDA**

**VA ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE AND LIVING WILL**

NOMBRE (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre) (NAME (Last, First, Middle))	ÚLTIMOS 4 DIGITOS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Last 4 of SSN):
--	--

Si usted está demasiado enfermo para tomar decisiones por usted mismo, su Agente de Cuidado de Salud tendrá la autoridad para tomar todas las decisiones sobre su cuidado de salud por usted. Estas incluyen la decisión de admitirle y darle de alta de cualquier hospital y otra institución de servicios de cuidado de salud. Su Agente de Cuidado de Salud puede también decidir si se inicia o detiene cualquier tipo de tratamiento clínico, y puede tener acceso a su información médica, expedientes médicos, incluyendo información referente a pruebas de VIH, SIDA, anemia falciforme, abuso de sustancias controladas o relacionadas a problemas de alcoholismo.

**NOTA:** Si usted desea dar autorización general a VA para que se comparta con otros sus expedientes médicos o su información médica puede completar el formulario de VA #10-5345 (Solicitud y Autorización para Relevo de Información de Salud o Expedientes Médicos). Usted puede obtener el formulario de VA #10-5345 a través de su proveedor de cuidado o a través de su computador desde la siguiente dirección: <http://www4.va.gov/vaforms/medical/pdf/vha-10-5345-fill.pdf>.

If you get too sick to make decisions for yourself, your Health Care Agent will have the authority to make all health care decisions for you. This includes decisions to admit and discharge you from any hospital or other health care institution. Your Health Care Agent can also decide to start or stop any type of health care treatment. He or she can access your personal health information, and medical records, including information about whether you have been tested for HIV or treated for AIDS, sickle cell anemia, substance abuse or alcoholism.

**NOTE:** If you wish to give general permission for VA to share your medical records or health information with others, you can complete VA Form 10-5345 (Request for and Authorization to Release Medical Records or Health Information). You can get VA Form 10-5345 from your VA health care provider or you can get it using a computer from this website <http://www4.va.gov/vaforms/medical/pdf/vha-10-5345-fill.pdf>.

**DIRECTRICES ANTICIPADAS DE VA: PODER LEGAL PARA LA DESIGNACIÓN DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE SALUD Y TESTAMENTO EN VIDA**

VA ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE AND LIVING WILL

NOMBRE (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre) (NAME (Last, First, Middle)): ÚLTIMOS 4 DIGITOS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Last 4 of SSN):

**A - AGENTE PARA EL CUIDADO DE SALUD (HEALTH CARE AGENT)**

Escriba sus iniciales en el cuadro al lado de su opción, escoja solo una. (Place your initials in the box next to your choice. Choose only one)

Iniciales (Initials)	En este momento no deseo designar a nadie como Agente para el Cuidado de Salud. (Omita esta sección y vaya a la Parte III, Testamento) (I don't wish to appoint a Health Care Agent right now. (Skip this section and go to Part III, Living Will.))		
Iniciales (Initials)	Ya designo a la persona nombrada abajo para tomar decisiones acerca de mi cuidado médico si yo ya no puedo decidir por mi mismo(a). (I appoint the person named below to make decisions about my health care if I can't decide for myself anymore.)		
Nombre (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre) (Name (Last, First, Middle):		Parentesco (Relationship to Me):	
		Español:	English:
Dirección Física (Street Address):		Ciudad o Pueblo, Estado, Código Postal (City, State, Zip):	
TELÉFONO RESIDENCIAL CON CÓDIGO DE ÁREA (HOME PHONE WITH AREA CODE):		TELÉFONO DEL TRABAJO CON CÓDIGO DE ÁREA (WORK PHONE WITH AREA CODE):	TELÉFONO CELULAR CON CÓDIGO DE ÁREA (MOBILE PHONE WITH AREA CODE):

**B - AGENTE ALTERNO DE CUIDADO DE SALUD (ALTERNATE HEALTH CARE AGENT)**

Completa esta sección si usted desea designar a una segunda persona para que tome decisiones por usted en caso de que la persona que designó inicialmente no esté disponible.

Fill out this section if you want to appoint a second person to make health care decisions for you, in case the first person isn't available.

Iniciales (Initials)	Si la persona arriba mencionada no puede o no quiere tomar decisiones por mí, designo a la persona abajo indicada para que actúe como mi Agente de Cuidado de Salud. (If the person named above can't or doesn't want to make decisions for me, I appoint the person named below to act as my Health Care Agent.)		
Nombre (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre) (Name (Last, First, Middle):		Parentesco (Relationship to Me):	
		Español:	English:
Dirección Física (Street Address):		Ciudad o Pueblo, Estado, Código Postal (City, State, Zip):	
TELÉFONO RESIDENCIAL CON CÓDIGO DE ÁREA (HOME PHONE WITH AREA CODE):		TELÉFONO DEL TRABAJO CON CÓDIGO DE ÁREA (WORK PHONE WITH AREA CODE):	TELÉFONO CELULAR CON CÓDIGO DE ÁREA (MOBILE PHONE WITH AREA CODE):

**DIRECTRICES ANTICIPADAS DE VA: PODER LEGAL PARA LA DESIGNACION DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE SALUD Y  
TESTAMENTO EN VIDA**

**VA ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE AND LIVING WILL**

NOMBRE (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre) (NAME (Last, First, Middle)): ÚLTIMOS 4 DIGITOS DE SU  
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL  
(Last 4 of SSN):

**PARTE III: TESTAMENTO EN VIDA (PART III: LIVING WILL)**

Esta sección del formulario de directrices anticipadas se conoce como Testamento En Vida. Esta sección del formulario le permite escribir cómo quiere que sea tratado en caso de que usted ya no pueda decidir por usted mismo. Su propósito es ayudar a otros a decidir acerca de su cuidado de salud.

This section of the advance directive form is called a Living Will. This section of it lets you write down how you want to be treated in case you aren't able to decide for yourself anymore. Its purpose is to help others decide about your care.

**A - PREFERENCIAS ESPECÍFICAS SOBRE TRATAMIENTOS PARA SOSTENER LA VIDA  
(SPECIFIC PREFERENCES ABOUT LIFE-SUSTAINING TREATMENTS)**

En esta sección, usted puede indicar sus preferencias para tratamientos para sostener la vida en ciertas situaciones.. Algunos ejemplos de tratamientos para sostener la vida son:

RCP (resucitación cardio-pulmonar)  
una máquina de respiración (ventilación mecánica)  
diálisis de riñón  
tubos para la alimentación (nutrición artificial e hidratación)

Medite sobre cada situación descrita en la izquierda y pregúntese a si mismo, "En esa situación, ¿desearía tener tratamientos para sostener la vida?" Escriba sus iniciales en el cuadro que describa mejor su preferencia de tratamiento. **Usted puede completar algunas, todas, o ninguna de esta sección. Escoja solo un cuadro para cada afirmación.**

In this section, you can indicate your preferences for life-sustaining treatments in certain situations. Some examples of life-sustaining treatments are:

CPR (cardiopulmonary resuscitation)  
a breathing machine (mechanical ventilation)  
kidney dialysis  
a feeding tube (artificial nutrition and hydration)

Think about each situation described on the left and ask yourself, "In that situation, would I want to have life-sustaining treatments?" Place your initials in the box that best describes your treatment preference. You may complete some, all, or none of this section. **Choose only one box for each statement.**

	<b>Si. (Yes.)</b> Deseo tratamientos para sostener la vida. (I would want life- sustaining treatments.)	No estoy seguro. Dependerá de las circunstancias. (I'm not sure. It would depend on the circumstances.)	<b>No. (No.)</b> No deseo tratamientos para sostener la vida. (I would not want life- sustaining treatments.)
Si estoy inconsciente, o en estado de coma, o en un estado vegetativo con poca o ninguna posibilidad de recuperación. (If I am unconscious, in a coma, or in a vegetative state and there is little or no chance of recovery.)	Iniciales (Initials)	Iniciales (Initials)	Iniciales (Initials)

**DIRECTRICES ANTICIPADAS DE VA: PODER LEGAL PARA LA DESIGNACION DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE SALUD Y TESTAMENTO EN VIDA**

VA ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE AND LIVING WILL

NOMBRE (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre) ( <i>NAME (Last, First, Middle)</i> ):	ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL ( <i>Last 4 of SSN</i> ):
--	---

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

**DIRECTRICES ANTICIPADAS DE VA: PODER LEGAL PARA LA DESIGNACION DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE SALUD Y  
TESTAMENTO EN VIDA**

**VA ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE AND LIVING WILL**

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

ÚLTIMOS 4 DIGITOS DE SU  
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL  
(*Last 4 of SSN*):

**B - PREFERENCIAS SOBRE SALUD MENTAL (MENTAL HEALTH PREFERENCES)**

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

En Español:

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

In English:

**DIRECTRICES ANTICIPADAS DE VA: PODER LEGAL PARA LA DESIGNACION DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE SALUD Y  
TESTAMENTO EN VIDA**

**VA ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE AND LIVING WILL**

NOMBRE (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre) <i>(NAME (Last, First, Middle))</i> :	ÚLTIMOS 4 DIGITOS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL <i>(Last 4 of SSN)</i> :
---	--

**C - PREFERENCIAS ADICIONALES (ADDITIONAL PREFERENCES)**

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

En Español:

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

In English:



**DIRECTRICES ANTICIPADAS DE VA: PODER LEGAL PARA LA DESIGNACION DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE SALUD Y TESTAMENTO EN VIDA**

VA ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE AND LIVING WILL

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

ÚLTIMOS 4 DIGITOS DE SU  
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL  
(Last 4 of SSN):

**D - QUÉ TAN EstrictAMENTE QUIERE QUE SE SIGAN SUS PREFERENCIAS**

(HOW STRICTLY YOU WANT YOUR PREFERENCES FOLLOWED)

Escriba sus iniciales en el cuadro al lado de la afirmación que refleje qué tan estricto quiere usted que otros sigan sus preferencias, escoja sólo una. (Place your initials in the box next to the statement that reflects how strictly you want others to follow your preferences. Choose only one.)

Iniciales  
(Initials)

Deseo que mis preferencias antes expresadas en este Testamento en Vida sirvan como una guía general. Entiendo que en algunas situaciones, la persona que está tomando las decisiones por mí puede decidir algo diferente a las preferencias que yo señalé, si considera que es lo mejor para mí. (I want my preferences, as expressed in this Living Will, to serve as a general guide. I understand that in some situations, the person making decisions for me may decide something different from the preferences I express above, if they think it's in my best interests.)

Iniciales  
(Initials)

Deseo que mis preferencias antes expresadas en este Testamento en Vida sean seguidas estrictamente, incluso si la persona que toma las decisiones por mí piensa que no es lo mejor para mí. (I want my preferences, as expressed in this Living Will, to be followed strictly, even if the person making decisions for me thinks that this isn't in my best interests.)

**PARTE IV: FIRMAS (SIGNATURES)**

**A – SU FIRMA (YOUR SIGNATURE)**

**Al firmar abajo, certifico que este formulario describe mis preferencias con**  
certify that this form accurately describes my preferences.)

(By my signature below, I

FIRMA (SIGNATURE):

FECHA (DATE):

**B - FIRMAS DE TESTIGOS (WITNESSES' SIGNATURES)**

Dos personas deberán ser testigos de su firma. Los/as empleados del VA pueden servir como testigos si son miembros de:

Servicio de Capellania

Servicio de Trabajo Social

Empleados no-clínicos (por ejemplo, de los Servicios de la Administración Médica, Servicios Voluntarios, o del Servicio Gerencial Ambiental).

*Otras personas empleadas por la facilidad VA **no pueden** firmar como testigos para las directrices anticipadas a menos que sean miembros de su familia.*

(Two people must witness your signature. VA employees may be witnesses if they are members of:

The Chaplain Service

The Social Work Service

Nonclinical employees (e.g., Medical Administration Service, Voluntary Service, or Environmental Management Service)

Other employees of your VA facility may not sign as witnesses to your advance directive unless they're in your family.)

**DIRECTRICES ANTICIPADAS DE VA: PODER LEGAL PARA LA DESIGNACION DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE SALUD Y  
TESTAMENTO EN VIDA**

**VA ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE AND LIVING WILL**

NOMBRE (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre) <i>(NAME (Last, First, Middle))</i> :	ÚLTIMOS 4 DIGITOS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL <i>(Last 4 of SSN)</i> :
---	--

**Testigo #1** *(Witness #1)*

Yo he presenciado personalmente la firma de ésta directriz anticipada. No he sido designado como Agente de Cuidado de Salud en ésta directriz anticipada. No soy responsable económicamente por el cuidado de la persona que está completando ésta directriz anticipada. A mi mejor conocimiento, mi nombre no aparece en el testamento de ésta persona. *(I personally witnessed the signing of this advance directive. I am not appointed as Health Care Agent in this advance directive. I am not financially responsible for the care of the person making this advance directive. To the best of my knowledge, I am not named in the person's will.)*

FIRMA (SIGNATURE):

FECHA (DATE):

Nombre *(en letra de molde o mecanografiado)* *Name (Printed or Typed)*:

Dirección Física *(Street Address)*:

Ciudad o Pueblo, Estado con Código Postal *(City, State, Zip)*:

**Testigo #2** *(Witness #1)*

Yo he presenciado personalmente la firma de ésta directriz anticipada. No he sido designado como Agente de Cuidado de Salud en ésta directriz anticipada. No soy responsable económicamente por el cuidado de la persona que está completando ésta directriz anticipada. A mi mejor conocimiento, mi nombre no aparece en el testamento de ésta persona. *(I personally witnessed the signing of this advance directive. I am not appointed as Health Care Agent in this advance directive. I am not financially responsible for the care of the person making this advance directive. To the best of my knowledge, I am not named in the person's will.)*

FIRMA (SIGNATURE):

FECHA (DATE):

Nombre *(en letra de molde o mecanografiado)* *Name (Printed or Typed)*:

Dirección Física *(Street Address)*:

Ciudad o Pueblo, Estado con Código Postal *(City, State, Zip)*:

**PARTE V: FIRMA Y SELLO NOTARIAL (Opcional)**

(SIGNATURE AND SEAL OF NOTARY PUBLIC (Optional))

En Español:

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

En este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, en el año de \_\_\_\_\_, personalmente compareció  
ante mí \_\_\_\_\_,

conocido por mí como la persona que diligenció este documento y lo reconoció como un acto libre.

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

Notario público \_\_\_\_\_ La comisión vence \_\_\_\_\_

[SELLO]

In English:

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

On this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, in the year of \_\_\_\_\_, personally appeared before me \_\_\_\_\_,

known by me to be the person who completed this document and acknowledged it as their free  
act

and deed. IN WITNESS WHEREOF, I have set my hand and affixed my official seal in the County of \_\_\_\_\_,

State of \_\_\_\_\_, on the date written above.

Notary Public \_\_\_\_\_ Commission Expires \_\_\_\_\_

[SEAL]