

DECISIONS ABOUT YOUR HEALTH CARE

*How you can plan for the future
with living wills and
other health care directives.*

You are getting this information about your rights to make or control your own health care decision, because of a 1991 federal law. We hope this information will help you. A description of this health care organization's policies about your right to make health care decisions must be given to you along with this information. You are also encouraged to talk with your family, your doctor, and anyone else who could help you in these matters.

Q Who makes your health care decisions?

A You do, if you can make and communicate them. Your doctors should tell you about the treatment they recommend, other reasonable alternatives, and important medical risks and benefits of that treatment and the alternatives. You have the right to decide what health care, if any, you will accept.

Q What happens if you become unable to make or communicate your health care decisions?

A You can still have some control over your health care decisions, if you have planned ahead. One way to plan ahead is by making a health care directive which names someone to make these decisions for you, or which guides or controls these decisions. If you have not named someone in a health care directive, your doctors must seek a person authorized by law to make these decisions. A person who makes health care decisions for you is called a surrogate.

Q What is a health care directive?

A It is a written statement about how you want your health care decisions made. Under Arizona law, there are three common types of health care directives. They are:

A health care power of attorney, which is a written statement in which you name an adult to make your health care decisions for you only when you cannot make or communicate such decisions.

A living will, which is a written statement about health care you want or do not want that is to be followed if you cannot make your own health care decisions. For example, a living will can say whether you would want to be fed through a tube if you were unconscious and unlikely to recover.

A prehospital medical care directive, which is a directive refusing certain lifesaving emergency care given outside a hospital or in a hospital emergency room. To make one, you must complete a special orange form.

These directives, used separately or together, can help you say "yes" to treatment you want and "no" to treatment you don't want.

Q Must your health care directives be followed?

A Yes. Both health care providers and surrogates must follow valid health care directives.

Q Can you be required to make a health care directive?

A No. Whether you make a health care directive is entirely up to you. A health care provider cannot refuse care based on whether or not you have a health care directive.

Q Can you change or revoke health care directives?

A Yes. If you change or revoke a

health care directive, you should notify everyone who has a copy.

Q Who can legally make health care decisions for you if you are unable to make your own decision and if you have not made a health care power of attorney?

A A court may appoint a guardian to make health care decisions for you. Otherwise, your health care provider must go down the following list to find a surrogate to make your health care decisions for you:

1. Your husband or wife, unless you are legally separated.
2. Your adult child. If you have more than one child, a majority of those who are available.
3. Your mother or father.
4. Your domestic partner, unless someone else has financial responsibility for you.
5. Your brother or sister.
6. A close friend of yours (Someone who shows special concern for you and is familiar with your health care views).

If your health care provider cannot find an available and willing surrogate to make health care decisions for you, then your doctor can decide with the advice of an ethics committee or, if this is not possible, with the approval of another doctor.

You can keep anyone from becoming your surrogate by saying, preferably in writing, that you do not want that person to make health care decisions for you.

A surrogate will not have the right to refuse the use of tubes to give you food or fluids unless:

- you have appointed that surrogate to make health care decision for you in a health care power of attorney;
- or,
- a court has appointed that surrogate as your guardian to make your health care decisions for you;
- or,
- you have stated in a health care directive that you do not want this specific treatment.

**ADDITIONAL INFORMATION FOR
ANYONE WHO ALREADY HAS OR
WANTS TO MAKE A HEALTH CARE
DIRECTIVE.**

Q What if you already have a living will or other health care directive?

A A health care directive which was valid when made anywhere in the US is valid under Arizona law. However, Arizona law changed on September 30, 1992, making new choices available to you. You should review your health care directives periodically and update them as needed.

Q Do you need a lawyer to make a health care directive?

A No. Just be sure that your directive is valid under Arizona law.

Q What does the law require for a health care directive after September 30, 1992?

A A health care power of attorney must:

- Name a person to make health care decisions for you if you are unable to make your own decisions. You may also name an additional person or persons to make decisions for you if your first choice cannot serve. The person or persons must be at least 18 years old.

- Be signed or marked by you and dated.
- Be signed by a notary or by an adult witness or witnesses, who saw you sign or mark the document and who say that you appear to be of sound mind and free from duress. A notary or witness cannot be the person you name to make your decisions and cannot be providing health care to you. If you have only one witness, that witness cannot be related to you or someone who will get any of your property from your estate if you die.

A living will must:

- State how you want your health care decisions to be made in the future.
- Be signed or marked by you and dated.
- Be notarized or witnessed in the same way as described above for a health care power of attorney.

A prehospital medical care directive must:

- Be in exactly the form required by

law. The form must be orange and must list the following treatments which you may refuse:

1. Chest compression (chest pressure to restart heart).
 2. Defibrillation (electrically correcting heart beat).
 3. Assisted ventilation (breathing by machine).
 4. Intubation (supplying air through a tube down the throat).
 5. Advanced life support medications.
- Be signed or marked by you and dated.
 - Be signed by a licensed health care provider and a witness.

You should talk to your doctor about prehospital directives if you are thinking about signing one.

If you have signed an orange prehospital medical care directive, you may also wear a special orange bracelet. It must state your name, your doctor's name, and the words "do not resuscitate." This bracelet will call to the attention of emergency medical personnel that you do not want the emergency medical care you have checked on the form.

Q Who should have copies of your health care directives?

A It is very important that you give copies to your doctors at once and to any health care facility upon admission. You should give copies to anyone you have named to make health care decisions for you in a health care power of attorney. You may also want to give copies to close family members. Be sure to keep extra copies for yourself.

SOURCES OF INFORMATION AND FORMS

The following organizations provide health care directive forms and other information:

Aging and Adult Administration

State of Arizona
1789 W. Jefferson, Site code 950A
Phoenix, AZ 85007 602-542-4446

Arizona Health Decisions

Your Health Care Choices Program
P.O. Box 4401
Prescott, AZ 86302 520-778-4850

Arizona Hospital Association

Communications Department
1501 W. Fountainhead Parkway, Suite 650
Tempe, AZ 85281 602-968-1083

Arizona Medical Association

810 W. Bethany Home Road
Phoenix, AZ 85013 602-246-8901

Dorothy Garske Center

Your Health Care Choices Program
4250 E. Camelback Road, Suite 185K
Phoenix, AZ 85018 602-952-1464

Your local Area Agency on Aging and Senior Center may also have forms and information.

The following national organizations also provide health care directive forms and information:

American Association of Retired Persons (AARP)

601 "E" Street, NW
Washington, DC 20049 202-434-AARP

Choice in Dying

200 Varick Street
New York, NY 10014 212-366-5540

The following organizations provide information and answer questions about health care directives and related legal matters:

Arizona Senior Citizens Law Project

1818 S. 16th Street
Phoenix, AZ 85034 602-252-6710

State Bar of Arizona Arizona Bar Center

363 N. First Avenue
Phoenix, AZ 85003 602-252-4804

Prepared by the Patient Self-Determination Act Committee of Arizona State Bar and made available by the Arizona Hospital Association and this Health Center.



PATIENT SELF DETERMINATION

PURPOSE: To comply with the federal and state laws as they relate to self determination and advance directives.

- POLICY:**
1. Sunset Community Health Center, Inc. recognizes the right of all adult patients to make decisions concerning medical care, including the right to refuse treatment, as provided under laws of the State of Arizona. Additionally, the Health Center recognizes the right of all adult patients to execute advance directives under Arizona Revised Statutes Section 36-3201 through Section 36-3211. The Health Center encourages all members to discuss issues relating to consent and refusal to consent to medical treatment with their physician.
 2. Sunset Community Health Center, Inc. will provide written information to its patients concerning their rights to refuse treatment and issue advance directives, as required by regulations issued by the Department of Health and Human Services pursuant to the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990 (Public Act 101-964).
 3. It shall be contrary to the policy of Sunset Community Health Center, Inc. to condition the provision of care or discriminate against an individual on the basis of whether or not the individual has executed an advance directive.

HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY & LIVING WILL

Combined Form

I, _____, as principal, designate _____ as my agent for all matters relating to my health care, including, without limitation, full power to give or to refuse consent to all medical, surgical, hospital and related health care. This power of attorney is effective whenever I am unable to make or to communicate health care decisions. All of my agent's actions under this power have the same effects on my heirs, devisees, and personal representatives as if I were alive, competent and acting for myself.

If my agent is unwilling or unable to serve or to continue to serve, I hereby appoint _____ as my agent.

In acting under this power, I want my agent to give great weight to the following statements: I am in favor of trial treatment. That means I want all necessary medical care to treat my condition until, and only until, my doctors and my agent reasonably decide that I am in an irreversible coma, or a persistent vegetative state, or a locked-in state, or that I cannot be expected to return to a fully conscious state. If, following the guidelines stated above, my doctors and my agent decide that further medical care is inappropriate:

1. I want only comfort care and I do not want to undergo artificial administration of food or fluids.
2. I do not want to be resuscitated in case I stop breathing or my heart stops beating.

If my doctors and my agent reasonably decide that I have a terminal illness, I want all decisions concerning my medical and surgical care to be made in light of the expected length and quality of life which would result from such care and the predictable effects on me of undergoing treatment. **If I cannot be expected to have a significant period of conscious life even after medical or surgical care, then I want comfort care only.** (Examples: I do not want any surgery or other care designed to prolong my life. I do not want artificially administered food or fluids and I do not want to be resuscitated.)

This combined health care directive is made under §36-3221 and §36-3261, Arizona Revised Statutes. It continues in effect for all who may rely on it, except those to whom I have given notice of its revocation.

Dated: _____ Signature _____

Witness_____

(Optional)

STATE OF ARIZONA)
) SS.

County of Yuma)

The maker of this document appears to be of sound mind and free from duress. It was subscribed and sworn to before me this _____ day of _____, 20____.

Notary Public

(A notary or witness shall not be a person (1) designated to make medical decisions for the principal, (2) directly involved with providing health care to principal, (3) related to the principal by blood, marriage, or adoption nor (4) entitled to any part of the principal's estate.)

DECISIONES ACERCA DE SU CUIDADO DE SALUD

Cómo usted puede planificar para el futuro con los testamentos en vida y otras directivas del cuidado de salud.

Usted está recibiendo esta información acerca de sus derechos para hacer o controlar sus propias decisiones sobre cuidado de salud debido a una ley federal de 1991. Esperamos que esta información le ayude. Una descripción de las políticas de esta organización para el cuidado de salud acerca de su derecho de hacer las decisiones sobre cuidado de salud se le deben entregar junto con esta información. También, se le aconseja que platique con su familia, su médico, y cualquier persona que pueda ayudarle con estos asuntos.

P ¿Quién hace sus decisiones del cuidado de salud?

R Usted las hace, mientras puede hacerlas y comunicarlas. Sus médicos deben decirle acerca del tratamiento recomendado, alternativas razonables y los riesgos y beneficios importantes del tratamiento y las alternativas. Usted tiene el derecho de decidir cual cuidado de salud, si lo hay, aceptará.

P ¿Qué pasa si usted se pone incapacita para hacer comunicar sus decisiones de cuidado sobre salud?

R No obstante, usted puede tener algún control sobre sus decisiones del cuidado de salud, si lo ha planificado por adelantado. Un modo de planificar por adelantado es hacer una directiva del cuidado de salud que nombra a alguien para hacer esas decisiones de parte de usted. Si usted no ha nombrado a alguien en una directiva del cuidado de salud, sus médicos deben buscar a una persona autorizada por ley para hacer esas decisiones. Una persona que hace las decisiones del cuidado de salud de parte de usted se le llama un suplente.

P ¿Qué es una directiva para cuidado de salud?

R Es una declaración por escrito de cómo quiere usted hacer sus decisiones del cuidado de su salud. Bajo la ley de Arizona hay tres tipos comunes de directivas del cuidado de salud. Esas son:

Un poder del cuidado de salud, el cual es una declaración por escrito en la cual usted nombra a un adulto para hacer las decisiones del cuidado de salud de parte de usted. Esa persona hará las decisiones del cuidado de salud de parte de usted cuando usted no pueda hacer ni comunicar dichas decisiones.

Un testamento en vida, el cual es una declaración por escrito acerca del cuidado de salud que usted quiera o no quiera que se siga si usted no puede hacer sus propias decisiones del cuidado de salud. Por ejemplo, un testamento en vida puede decir si usted aceptaría que se le alimente por un tubo si estuviera inconsciente y no fuera probable que se recuperara.

Una directiva del cuidado médico antes de entrara al hospital, la cual es una directiva por la cual usted que rehusa cierto cuidado de emergencia para salvar la vida fuera del hospital o en una sala de emergencia de hospital. Para hacerla, usted debe completar un formulario anaranjado especial.

Estas directivas, usadas por separado o juntas, pueden ayudarle a decir “sí” al tratamiento que usted quiere y “no” al tratamiento que no quiere.

P ¿Se deben seguir sus directivas del cuidado de salud?

R Sí. Tanto los proveedores del cuidado del salud como los suplentes deben seguir las directivas válidas del cuidado de salud.

P ¿Se puede exigir que usted haga una directiva del cuidado de salud?

R No. Si usted hace una directiva del cuidado de salud es su decisión enteramente. Un proveedor del cuidado de salud no puede rehusar el cuidado basado en que usted tenga o no tenga una directiva del cuidado de salud.

P ¿Puede cambiar o revocar sus directivas del cuidado de salud?

R Sí. Si usted cambia o revoca una directiva del cuidado de salud, debe avisar a todos los que tienen una copia.

P ¿Quién puede legalmente hacer las decisiones del cuidado de salud de parte de usted si usted se incapacita parahacer sus propias decisiones y

si no ha hecho un poder del cuidado de salud?

R Un tribunal puede nombrar a un guardián para hacer las decisiones del cuidado de salud de parte de usted. Si no, su proveedor del cuidado de salud debe seguir la siguiente lista para encontrar un suplente que pueda hacer las decisiones del cuidado de salud de parte de usted:

1. Su esposo o esposa, si no es que está legalmente separado.
2. Su hijo adulto. Si tiene más de un hijo adulto, una mayoría de los que están disponibles.
3. Su padre o madre.
4. Su compañero doméstico, si no es que otra persona tiene la responsabilidad financiera para usted.
5. Su hermano o hermana.
6. Un amigo íntimo de usted. (Alguien que tiene un interés especial en usted y que está enterado de sus opiniones del cuidado de salud).

Si su proveedor del cuidado de salud no puede encontrar un suplente disponible y dispuesto para hacer las decisiones del cuidado de salud de parte de usted, entonces su médico puede decidir con el consejo de un comité de ética o, si no es posible, con la aprobación de otro médico.

Usted puede prohibir a cualquier persona de ser su suplente al decir, preferentemente por escrito, que usted no quiere que esa persona haga las decisiones del cuidado de salud de parte de usted.

Un suplente no tendrá el derecho de rehusar el uso de tubos para darle alimentos y líquidos al menos que:

- usted haya nombrado a ese suplente para hacer las decisiones del cuidado de salud de parte de usted en un poder de cuidado de salud; o,
- un tribunal haya nombrado a ese suplente como su guardián para hacer las decisiones del cuidado de salud de parte de usted; o,
- usted haya declarado en una directiva del cuidado de salud que usted no quiere este tratamiento específico.

MAS INFORMACION PARA CUALQUIER PERSONA QUE YA TIENE O QUIERE HACER UNA DIRECTIVA DEL CUIDADO DE SALUD.

P ¿Qué pasa si ya tiene un testamento en vida u otra directiva del cuidado de salud?

R Una directiva del cuidado de salud valida al tiempo de hacerse en cualquier

parte de los E.U. es válida bajo la ley de Arizona. Sin embargo, la ley de Arizona cambió el 30 de septiembre de 1992, dándole nuevas selecciones. Usted debe repasar periódicamente sus directivas de cuidado de salud y actualizarlas como sea necesario.

P ¿Necesita un abogado para hacer una directiva del cuidado de salud?

R No. Solamente esté seguro de que su directiva sea válida bajo la ley de Arizona.

P ¿Que requiere la ley para una directiva para cuidado de salud después del 30 de septiembre de 1992?

R Un poder del cuidado de salud debe:

- Nombrar a una persona para hacer las decisiones del cuidado de salud de parte de usted si usted se incapacita para hacer sus propias decisiones. También puede nombrar a una persona o personas adicionales para hacer las decisiones de parte de usted si su primera selección no puede servir. La persona o personas deben tener al menos 18 años.

- Ser firmado o marcado por usted y fechado.
- Ser firmado por un notario o por un testigo adulto, o testigos adultos, que lo vió firmar o marcar el documento y que declara que usted parece de mente sana y libre de compulsión. Un notario o testigo no puede ser la persona que usted nombra para hacer sus decisiones y no puede proporcionarle el cuidado de salud. Si usted solamente tiene un testigo, ese testigo no puede tener parentesco con usted y no puede ser alguien que obtendrá alguna parte de su propiedad o bienes si usted fallece.

Un testamento en vida debe:

- Declarar cómo quiere que se hagan sus decisiones del cuidado de salud en el futuro.
- Ser firmado o marcado por usted y fechado.
- Ser verificado por notario o atestiguado del mismo modo como fue descrito arriba para el poder del cuidado de salud.

Una directiva del cuidado médico antes de entrar al hospital debe:

- Ser exactamente en la misma forma requerida por ley. El formulario debe ser anaranjado y debe enumerar los siguientes tratamientos que usted puede rehusar:

1. Compresión del pecho (presión al pecho para volver a empezar el corazón)

2. Defibrilación (comezar por electricidad el latido del corazón).

3. Ayuda de ventilación (respirar por máquina)

4. Intubación (proporcionar aire a través de un tubo por la garganta)

5. Medicamentos avanzados para mantener la vida.

- Ser firmado o marcado por usted y fechado.

- Ser firmado por un proveedor licenciado del cuidado de salud y por un testigo.

Usted debe platicar con su médico acerca de las directivas antes de entrar al hospital si está pensando en firmar una.

Si usted ha firmado una directiva del cuidado médico antes de entrar al hospital, también puede usar un brazalete anaranjado especial. Debe tener su nombre, el nombre de su médico y las palabras “no resucite.” Este brazalete le llamará la atención al personal médico de emergencia de que usted ha completado el formulario y que no quiere el cuidado médico de emergencia que ha indicado en el formulario.

P ¿Quién debe tener copias de sus directivas de salud?

R Es muy importante que usted dé copias a sus médicos inmediatamente y a cualquier institución de cuidado de salud al admitirse. Debe dar copias a cualquier persona que ha nombrado para hacer las decisiones del cuidado de salud de parte de usted en un poder del cuidado de salud. También puede que usted quiera dar copias a los miembros de su familia inmediata. Esté seguro de guardar unas copias adicionales para usted.

FUENTES DE INFORMACION Y FORMULARIOS

Las siguientes organizaciones proporcionan los formularios de directivas de cuidado de salud e información:

Aging and Adult Administration

State of Arizona

1789 W. Jefferson, Site code 950A
Phoenix, AZ 85007 602-542-4446

Arizona Health Decisions

Your Health Care Choices Program
P.O. Box 4401

Prescott, AZ 86302 520-778-4850

Arizona Hospital Association

Communications Department

1501 W. Fountainhead Parkway, Suite 650
Tempe, AZ 85281 602-968-1083

Arizona Medical Association

810 W. Bethany Home Road

Phoenix, AZ 85013 602-246-8901

Dorothy Garske Center

Your Health Care Choices Program

4250 E. Camelback Road, Suite 185K
Phoenix, AZ 85018 602-952-1464

Su Agencia Regional Sobre el Envejecimiento (Area Agency on Aging) y el Centro para Personas Mayores (Senior Center) de la localidad, también pueden darle los formularios e información.

Las siguientes organizaciones nacionales también le pueden proporcionar os formularios de directivas del cuidado de salud e información:

American Association of Retired Persons (AARP)

601 “E” Street, NW

Washington, DC 20049 202-434-AARP

Choice in Dying

200 Varick Street

New York, NY 10014 212-366-5540

Las siguientes organizaciones proporcionan información y responden a sus preguntas acerca de las directivas del cuidado de salud y los asuntos legales relacionados.

Arizona Senior Citizens Law Project

1818 S. 16th Street

Phoenix, AZ 85034 602-252-6710

State Bar of Arizona

Arizona Bar Center

363 N. First Avenue

Phoenix, AZ 85003 602-252-4804

Preparado por el Comité del Acta de las Autodeterminación de Pacientes (Patient Self-Determination Act Committee) y el Cuerpo de Abogados del Estado de Arizona (Arizona State Bar) y hecho disponible por la Asociación de Hospitales de Arizona (Arizona Hospital Association) y este hospital.



AUTODETERMINACION DEL PACIENTE

OBJETIVO: Cumplir con las leyes federales y del estado en cuanto a la autodeterminación e instrucciones adelantadas.

- NORMA:**
1. Sunset Community Health Center, Inc. reconoce el derecho de todo paciente adulto a hacer decisiones acerca de su cuidado médico, incluyendo el derecho a rehusar tratamiento, de acuerdo con las leyes del Estado de Arizona. Además, Sunset Community Health Center, Inc. reconoce el derecho de todo paciente adulto a hacer instrucciones adelantadas bajo los Arizona Revised Statutes Sección número 36-3201 al 36-3211. Sunset Community Health Center, Inc. anima a todos sus pacientes a hablar con su médico, de estos asuntos relativos al consentimiento y rechazo de tratamiento médico.
 2. Sunset Community Health Center, Inc. dará información escrita a sus pacientes sobre su derecho a rehusar tratamiento y hacer instrucciones adelantadas, de acuerdo con las normas del Department of Health and Human Services, según el Omnibus Budget Reconciliation Act de 1990 (Public Act 101-964).
 3. Sunset Community Health Center no permitirá poner condiciones al cuidado médico, ni discriminar contra un individuo por haber hecho o no instrucciones adelantadas.

PODER DE CUIDADO DE SALUD Y TESTAMENTO EN VIVO

Formulario Combinado

Yo, _____, como principal, designo a _____, como mi agente para todos los asuntos relacionados con mi cuidado de salud, incluso, sin restricciones, el poder completo de dar o rehusar el consentimiento para el cuidado médico, quirúrgico y de hospital y otro cuidado de salud relacionado. Este poder entra en vigor por mi incapacidad de hacer o comunicar las decisiones de cuidado de salud. Todas las acciones de mi agente bajo este poder tienen el mismo efecto en mis herederos, beneficiarios y representantes personales como si estuviera vivo, competente y representado por mí mismo.

Si mi agente no está dispuesto a servir o continuar a servir, o no puede hacerlo, por la presente nombro _____ como mi agente.

Al tomar medidas bajo este poder, quiero que mi agente conceda mucha importancia a las declaraciones siguientes: Apoyo la idea de tratamiento de prueba. Eso quiere decir que deseo todo el cuidado médico necesario para tratar mi condición hasta que, y solamente hasta que, mis médicos y mi agente decidan razonablemente que estoy en un coma irreversible o incurable, o en un estado fijo, o que no se me puede esperar que completamente volveré en sí. Si, después de seguir las sobredichas guías, mis médicos y mi agente deciden que más cuidado médico es impropio:

1. Solamente quiero el cuidado de alivio y no quiero recibir la administración artificial de alimento o fluidos.
2. No quiero que se me resucite en caso de que se me pare la respiración o el corazón.

Si mis médicos y mi agente deciden razonablemente que tengo una enfermedad mortal, quiero que se hagan todas las decisiones con respecto a mi cuidado médico y quirúrgico en vista de la duración y calidad de vida esperada que resultaría de tal cuidado y los efectos previsibles en mí de recibir el tratamiento. **Si no puedo esperar tener un período significativo de vida consciente aun después del cuidado médico o quirúrgico, entonces quiero sólo el cuidado de alivio.** (Ejemplos: No quiero ninguna cirugía u otro cuidado proyectado para prolongar mi vida. No quiero el alimento ni fluidos administrados artificialmente y no quiero que se me resucite.)

Se hace esta directiva combinada de cuidado de salud bajo las Secciones 36-3221 y 3261 de los Estatutos Revisados de Arizona. Continúa en vigor para todos que pueden confiar en ésta, excepto a quienes he avisado de su revocación.

Fecha:_____ Firma:_____

Testigo: _____

(Si gusta llenar)

STATE OF ARIZONA)
) SS.

County of Yuma)

The maker of this document appears to be of sound mind and free from duress. It was subscribed and sworn to before me this _____ day of _____, 20____.

Notary Public

(Un notario o testigo no debe ser una persona (1) designada para hacer decisiones médicas para el principal, (2) que participa directamente en el proporcionar cuidado de salud al principal, (3) que tiene parentesco con esa persona por sangre, matrimonio o adopción, ni (4) que tiene derecho a ninguna parte de los bienes de la persona.)