

# Advance Health Care Directive

---

## Explanation

You have the right to give instructions about your own health care. You also have the right to name someone else to make health care decisions for you. This form lets you do either or both of these things. If you use this form, you may complete or modify all or any part of it. You are free to use a different form.

## Instructions

Part 1 of this form lets you name another person as “agent” to make health care decisions for you if you become incapable of making your own decisions, or if you want someone else to make those decisions for you now even though you are still capable. You may also name a different person to act for you if your first choice is not willing, able, or reasonably available to make decisions for you.

Unless you state otherwise in this form, your agent will have the right to:

1. Consent or refuse consent to any care, treatment, service, or procedure to maintain, diagnose, or otherwise affect a physical or mental condition.
2. Select or discharge health care providers and institutions.
3. Approve or disapprove diagnostic tests, surgical procedures, and programs of medication.
4. Direct the provision, withholding, or withdrawal of artificial nutrition and hydration and all other forms of health care, including cardiopulmonary resuscitation.
5. Donate your organs, tissues, and parts; authorize an autopsy, and direct disposition of remains.

However, your agent will not be able to commit you to a mental health facility, or consent to convulsive treatment, psychosurgery, sterilization or abortion for you.

Part 2 of this form lets you give specific instructions about any aspect of your health care, whether or not you appoint an agent. Choices are provided for you to express your wishes regarding the provision, withholding, or withdrawal of treatment to keep you alive, as well as the provision of pain relief. You also can add to the choices you have made or write down any additional wishes. If you are satisfied to allow your agent to determine what is best for you in making end-of-life decisions, you need not fill out Part 2 of this form.

Give a copy of the signed and completed form to your physician, to any other health care providers you may have, to any health care institution at which you are receiving care, and to any health care agents you have named. You should talk to the person you have named as agent to make sure that he or she understands your wishes and is willing to take the responsibility.

***You have the right to revoke this advance health care directive or replace this form at any time.***

Name of Patient: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

## Part 1 – Power of Attorney for Health Care

Your agent may not be an operator or employee of a community care facility or a residential care facility where you are receiving care, or your supervising health care provider or an employee of the health care institution where you are receiving care, unless your agent is related to you or is a coworker.

### Designation of Agent:

I designate the following person as my agent to make health care decisions for me:

Name of person you choose as agent: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_  
(home phone) (work phone) (cell)

**OPTIONAL:** If I revoke my agent's authority or if my agent is not willing, able, or reasonably available to make a health care decision for me, I designate as my alternate agent:

Name of person you choose as alternate agent: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_  
(home phone) (work phone) (cell)

### Agent's Authority:

My agent is authorized to make all health care decisions for me, including decisions to provide, withhold, or withdraw artificial nutrition and hydration and all other forms of health care to keep me alive, except as I state here:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(Add additional sheets if needed.)*

---

**When Agent's Authority Becomes Effective:**

My agent's authority becomes effective when my primary physician determines that I am unable to make my own health care decisions. \_\_\_\_\_  
(Initial here)

**OR**

My agent's authority to make health care decisions for me takes effect immediately. \_\_\_\_\_  
(Initial here)

**Agent's Obligation:**

My agent must make health care decisions for me in accordance with this power of attorney for health care, any instructions I give in Part 2 of this form, and my other wishes to the extent known to my agent. To the extent my wishes are unknown, my agent shall make health care decisions for me in accordance with what my agent determines to be in my best interest. In determining my best interest, my agent shall consider my personal values to the extent known to my agent.

**Agent's Postdeath Authority:**

My agent is authorized to donate my organs, tissues, and parts, authorize an autopsy and direct disposition of my remains, except as I state here or in Part 3 of this form:

---

---

---

*(Add additional sheets if needed.)*

**Nomination of Conservator:**

If a conservator of my person needs to be appointed for me by a court, I nominate the agent designated in this form. If that agent is not willing, able or reasonably available to act as conservator, I nominate the alternate agent whom I have named.

## Part 2 – Instructions for Health Care

If you fill out this part of the form, you may strike any wording you do not want.

### End-of-Life Decisions:

I direct that my health care providers and others involved in my care provide, withhold, or withdraw treatment in accordance with the choice I have marked below:

#### **Choice Not To Prolong Life:**

I do not want my life to be prolonged if (1) I have an incurable and irreversible condition that will result in my death within a relatively short time, (2) I become unconscious and, to a reasonable degree of medical certainty, I will not regain consciousness, or (3) the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits. \_\_\_\_\_

*(Initial here)*

**OR**

#### **Choice To Prolong Life:**

I want my life to be prolonged as long as possible within the limits of generally accepted health care standards. \_\_\_\_\_

*(Initial here)*

### Relief From Pain:

Except as I state in the following space, I direct that treatment for alleviation of pain or discomfort be provided at all times, even if it hastens my death:

---

---

*(Add additional sheets if needed.)*

### Other Wishes:

(If you do not agree with any of the optional choices above and wish to write your own, or if you wish to add to the instructions you have given above, you may do so here.) I direct that:

---

---

---

---

*(Add additional sheets if needed.)*

**Part 3 – Donation of Organs, Tissues, and Parts at Death (Optional)**

Upon my death:

I give my organs, tissues, and parts. \_\_\_\_\_  
*(Initial here to indicate yes)*

By initialing this line, and notwithstanding my choice in Part 2 of this form, I authorize my agent to consent to any temporary medical procedure necessary solely to evaluate and/or maintain my organs, tissues, and/or parts for purposes of donation.

**OR**

I do *not* authorize the donation of any organs, tissues or parts. \_\_\_\_\_  
*(Initial here)*

**OR**

I give the following organs, tissues, or parts only: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *(Initial here)*

My donation is for the following purposes (strike any of the following you do not want):

Transplant _____ <i>(Initial here)</i>	Research _____ <i>(Initial here)</i>
Therapy _____ <i>(Initial here)</i>	Education _____ <i>(Initial here)</i>

If you want to restrict your donation of an organ, tissue, or part in some way, please state your restriction on the following lines: \_\_\_\_\_

I understand that tissue banks work with both nonprofit and for-profit tissue processors and distributors. It is possible that donated skin may be used for cosmetic or reconstructive surgery purposes. It is possible that donated tissue may be used for transplants outside of the United States.

1. My donated skin may be used for cosmetic surgery purposes.  
 Yes \_\_\_\_\_ *(Initial here)*                      No \_\_\_\_\_ *(Initial here)*
  
2. My donated tissue may be used for applications outside of the United States.  
 Yes \_\_\_\_\_ *(Initial here)*                      No \_\_\_\_\_ *(Initial here)*
  
3. My donated tissue may be used by for-profit tissue processors and distributors.  
 Yes \_\_\_\_\_ *(Initial here)*                      No \_\_\_\_\_ *(Initial here)*

If I leave Part 3 blank, it is not a refusal to make a donation. My state-authorized donor registration should be followed, or, if none, my agent may make a donation upon my death. If no agent is named above, I acknowledge that California law permits an authorized individual to make such a decision on my behalf. (To state any limitation, preference, or instruction regarding donation, please use the lines above or on page 3 of this form.)

**Part 4 – Primary Physician (Optional)**

I designate the following physician as my primary physician:

Name of Physician: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

**OPTIONAL:** If the physician I have designated above is not willing, able, or reasonably available to act as my primary physician, I designate the following physician as my primary physician:

Name of Physician: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

**Part 5 – Signature**

The form must be signed by you and by two qualified witnesses, or acknowledged before a notary public.

**Signature:**

Sign and date the form here:

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
(patient)

Print name: \_\_\_\_\_  
(patient)

Address: \_\_\_\_\_

**Statement of Witnesses:**

I declare under penalty of perjury under the laws of California (1) that the individual who signed or acknowledged this advance health care directive is personally known to me, or that the individual's identity was proven to me by convincing evidence, (2) that the individual signed or acknowledged this advance directive in my presence, (3) that the individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence, (4) that I am not a person appointed as agent by this advance directive, and (5) that I am not the individual's health care provider, an employee of the individual's health care provider, the operator of a community care facility, an employee of an operator of a community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly, nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly.

**First Witness**

Name: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
(witness)

Print name: \_\_\_\_\_  
(witness)

**Second Witness**

Name: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
(witness)

Print name: \_\_\_\_\_  
(witness)

**Additional Statement of Witnesses:**

At least one of the above witnesses must also sign the following declaration:

I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance health care directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
(witness)

Print name: \_\_\_\_\_  
(witness)

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of the document.

YOU MAY USE THIS CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGMENT BEFORE A NOTARY PUBLIC INSTEAD OF THE STATEMENT OF WITNESSES.

State of California )
County of \_\_\_\_\_ )
)

On (date) \_\_\_\_\_ before me, (name and title of the officer) \_\_\_\_\_ personally appeared (name(s) of signer(s)) \_\_\_\_\_, who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature: \_\_\_\_\_ [Seal]
(notary)

Part 6 – Special Witness Requirement

If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement:

Statement of Patient Advocate or Ombudsman

I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_
(patient advocate or ombudsman)

Print name: \_\_\_\_\_
(patient advocate or ombudsman)

Address: \_\_\_\_\_

Civil Code Section 1189; Health and Safety Code Section 7158.3; Probate Code Section 4701

# Directiva por Anticipado de la Atención de la Salud

---

## Explicación

Usted tiene el derecho de dar instrucciones sobre su propia atención médica. Usted también tiene el derecho de nombrar a otra persona para que tome decisiones sobre su atención médica. Este formulario le permite hacer cualquiera de las dos o ambas cosas. Si utiliza este formulario, puede completar o modificar todo o parte de él. Usted cuenta con la posibilidad de utilizar un formulario diferente.

## Instrucciones

La Parte 1 de este formulario le permite nombrar a otra persona como “agente” para que pueda tomar decisiones por usted sobre su atención médica en el caso de que usted resulte incapaz de tomar sus propias decisiones, o si desea que alguien más tome esas decisiones por usted en este momento aunque todavía sea capaz de tomarlas. Usted también puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre si su primera opción no consiente, no es capaz o no está razonablemente disponible para tomar decisiones en su nombre.

A menos que indique lo contrario en este formulario, su agente tendrá el derecho de:

1. Dar o retirar el consentimiento para cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de otro modo una condición física o mental.
2. Seleccionar u optar por dejar de recibir servicios de prestadores de atención médica e instituciones.
3. Aprobar o desaprobado pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos.
4. Dirigir la prestación, el mantenimiento o el retiro de nutrición o hidratación artificial, así como cualquier otra forma de atención médica, incluyendo la resucitación cardiopulmonar.
5. Donar sus órganos, tejidos y partes del cuerpo; autorizar una autopsia y disponer de sus restos.

Sin embargo, su agente no podrá internarlo en un centro de salud mental o dar su consentimiento para tratamiento convulsivo, psicocirugía, esterilización o aborto en su nombre.

La Parte 2 de este formulario le permite dar instrucciones específicas acerca de cualquier aspecto de su atención médica, independientemente de si usted nombra a un agente. Se le brindan opciones para que usted pueda expresar sus deseos con respecto a la prestación, el mantenimiento o el retiro del tratamiento para mantenerlo vivo, así como la asistencia para alivio del dolor. También puede añadir a las decisiones que ha tomado o escribir cualquier deseo adicional. Si usted está de acuerdo en permitir que su agente determine qué es lo mejor para usted en cuanto a decisiones sobre el final de la vida, no necesita completar la Parte 2 de este formulario.

Entregue una copia del formulario relleno y firmado a su médico, a cualquier otro proveedor de atención médica que pueda tener, a cualquier institución en la cual usted recibe atención médica y a los agentes de atención médica que ha nombrado. Usted debe hablar con la persona que ha nombrado como agente para asegurarse de que él o ella entiende sus deseos y está dispuesta a asumir la responsabilidad.

*Usted tiene el derecho de revocar esta directiva médica por adelantado o reemplazar este formulario en cualquier momento.*

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Parte 1 – Poder notarial de atención médica**

Su agente no puede ser un operador o empleado de un centro de atención comunitaria o de una institución de cuidado residencial donde usted recibe atención, ni el médico supervisor o empleado de la institución médica donde usted recibe atención, a menos que su agente sea un pariente o compañero de trabajo.

**Designación de agente:**

Yo nombro a la siguiente persona como mi agente para tomar decisiones sobre mi atención médica:

Nombre de la persona que elige como agente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(teléfono particular) (teléfono laboral) (celular)

**OPCIONAL:** Si revoco la autoridad de mi agente o si mi agente no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para tomar una decisión sobre mi atención médica, nombro como mi agente alternativo:

Nombre de la persona que elige como agente alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(teléfono particular) (teléfono laboral) (celular)

**La autoridad del agente:**

Mi agente está autorizado para tomar en mi nombre todas las decisiones sobre mi atención médica, incluyendo las decisiones sobre la prestación, la retención o el retiro de nutrición o hidratación artificial y cualquier otra forma de atención médica para mantenerme vivo, excepto las que consigno a continuación:

*(Si es necesario, agregue hojas adicionales)*

---

**Momento en el que la autoridad del agente entra en vigencia:**

La autoridad de mi agente entra en vigencia cuando mi médico de cabecera determine que soy incapaz de tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica.

---

*(Inicial aquí)*

**O BIEN**

La autoridad de mi agente para tomar decisiones sobre mi atención médica entra en vigencia inmediatamente.

---

*(Inicial aquí)*

**Las obligaciones del agente:**

Mi agente deberá tomar decisiones sobre mi atención médica de conformidad con este poder notarial de atención médica, las instrucciones que doy en la Parte 2 de este formulario y mis deseos en la medida en que mi agente tenga conocimiento de ellos. En la medida en que mi agente no tenga conocimiento de mis deseos, él o ella tomará decisiones sobre mi atención médica de conformidad con lo que mi agente determine es en mi mejor interés. En la determinación de lo que es en mi mejor interés, mi agente tendrá en cuenta mis valores personales en la medida en que mi agente tenga conocimiento de ellos.

**La autoridad del agente en caso de muerte:**

Mi agente está autorizado para donar mis órganos, tejidos y partes del cuerpo, autorizar una autopsia y disponer de mis restos, excepto por lo que expongo aquí o en la Parte 3 de este formulario:

---

---

*(Si es necesario, agregue hojas adicionales)*

**Nombramiento del tutor:**

Si es necesario que un juzgado nombre un tutor para mí, yo propongo que sea el agente designado en este formulario. Si este agente no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para actuar como tutor, propongo al agente alternativo que he nombrado.

## Parte 2 – Instrucciones para la atención médica

Si usted rellena esta parte del formulario, puede tachar cualquier parte del texto que no desee.

### Decisiones sobre el final de la vida:

Deseo que mis proveedores de atención médica y otras personas involucradas en mi cuidado proporcionen, mantengan o retiren el tratamiento según la opción que he marcado a continuación:

#### Elección de no prolongar la vida:

No quiero que mi vida sea prolongada si (1) tengo una condición incurable e irreversible que provocará mi muerte dentro de un lapso relativamente corto, (2) estoy inconsciente y, con un grado razonable de certeza médica, no recuperaré la conciencia, o (3) los riesgos y las responsabilidades que probablemente conlleve el tratamiento superarían los beneficios esperados.

---

*(Inicial aquí)*

### O BIEN

#### Elección de prolongar la vida:

Quiero que mi vida se prolongue tanto como sea posible dentro de los límites de las normas de salud generalmente aceptadas.

---

*(Inicial aquí)*

#### Alivio del dolor:

Excepto por lo consignado en el siguiente espacio, deseo que se proporcione tratamiento para aliviar el dolor o el malestar en todo momento, aunque acelere mi muerte:

---

---

*(Si es necesario, agregue hojas adicionales)*

#### Otros deseos:

(Si usted no está de acuerdo con cualquiera de las elecciones opcionales que aparecen arriba y desea añadir las suyas propias, o si desea agregar algo a las instrucciones que ha proporcionado arriba, puede hacerlo aquí). Yo deseo que:

---

---

---

*(Si es necesario, agregue hojas adicionales)*

### Parte 3 – Donación de órganos, tejidos y partes del cuerpo luego de la muerte (opcional)

Después de mi muerte:

Deseo donar mis órganos, tejidos y partes del cuerpo. \_\_\_\_\_  
(Inicial aquí)

Al escribir mis iniciales sobre esta línea e independientemente de mi elección en la Parte 2 de este formulario, autorizo a mi agente para dar su consentimiento a cualquier procedimiento médico temporal necesario exclusivamente para evaluar y mantener mis órganos, tejidos o partes del cuerpo para fines de donación.

#### O BIEN

No autorizo la donación de ninguno de mis órganos, tejidos o partes del cuerpo. \_\_\_\_\_  
(Inicial aquí)

#### O BIEN

Deseo donar solamente los siguientes órganos, tejidos o partes del cuerpo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Inicial aquí)

Mi donación es para los siguientes propósitos (tachar cualquiera de los siguientes si NO los desea):

Trasplante \_\_\_\_\_ Investigación \_\_\_\_\_  
(Inicial aquí) (Inicial aquí)

Terapia \_\_\_\_\_ Educación \_\_\_\_\_  
(Inicial aquí) (Inicial aquí)

Si desea restringir la donación de un órgano, tejido o parte de su cuerpo de alguna manera, por favor indique su restricción en las siguientes líneas: \_\_\_\_\_

Entiendo que los bancos de tejido funcionan con procesadores y distribuidores de tejidos con fines de lucro y sin fines de lucro. Es posible que la piel donada pueda ser usada para fines de cirugía cosmética o reconstructiva. Es posible que los tejidos donados puedan ser usados para trasplantes fuera de los Estados Unidos.

1. Mi piel donada puede ser usada para fines de cirugía cosmética. Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Inicial aquí) (Inicial aquí)
2. Mis tejidos donados pueden ser usados para su aplicación fuera de los Estados Unidos.  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Inicial aquí) (Inicial aquí)
3. Mis tejidos donados pueden ser usados por procesadores y distribuidores de tejidos con fines de lucro. Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Inicial aquí) (Inicial aquí)

Si deja en blanco la Parte 3, esto no implica una negativa para realizar una donación. Se deberá seguir mi registro de donante autorizado por el Estado, o, si no hubiese ninguno, mi agente podrá hacer una donación después de mi muerte. Si no se ha nombrado ningún agente arriba, reconozco que la ley de California permite que una persona autorizada tome esa decisión en mi nombre. (Para indicar cualquier limitación, preferencia o instrucción con respecto a la donación, por favor utilice las líneas de arriba o el espacio proporcionado en la página 3 de este formulario).

**Parte 4 – Médico de cabecera (opcional)**

Yo nombro al siguiente médico como mi médico de cabecera:

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OPCIONAL:** Si el médico que he nombrado no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para actuar como mi médico de cabecera, nombro al siguiente médico como mi médico de cabecera:

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Parte 5 – Firmas**

El formulario deberá ser firmado por usted y por dos testigos cualificados o reconocidos ante un notario público.

**Firma:**

Firma y fecha del formulario:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_

*(paciente)*

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

*(paciente)*

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Declaración de los testigos:**

Declaro, bajo pena de perjurio y en virtud de las leyes de California (1) que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció esta directiva médica por adelantado, o que la identidad de la persona me fue demostrada con pruebas convincentes, (2) que la persona firmó o reconoció esta directiva médica por adelantado en mi presencia, (3) que la persona parece estar en su sano juicio y no está bajo los efectos de ningún tipo de coacción, fraude o influencia indebida, (4) que no soy una persona designada como agente por esta directiva médica por adelantado y (5) que no soy el proveedor de atención médica de esta persona, ni empleado del proveedor de atención médica de esta persona, el operador de un centro de atención comunitaria, ni el empleado de un operador de un centro de atención comunitaria, el operador de una institución de cuidado residencial para ancianos, ni tampoco un empleado de un operador de una institución de cuidado residencial para ancianos.

**Primero testigo**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(*testigo*)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(*testigo*)

**Segundo testigo**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(*testigo*)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(*testigo*)

**Declaración adicional de testigos:**

Al menos uno de los testigos arriba mencionados también deberá firmar la siguiente declaración:

Además declaro, bajo pena de perjurio y en virtud de las leyes de California, que no estoy emparentado con la persona que ejecuta esta directiva médica por sangre, matrimonio u adopción y, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a recibir parte de los bienes de esta persona después de su muerte bajo un testamento ya existente o por aplicación de la ley.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(*testigo*)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(*testigo*)

El notario u funcionario que complete este certificado verifica solamente la identidad de la persona que firmó el documento al que se adjunta este certificado y no la veracidad, exactitud o validez del documento.

**PUEDE UTILIZAR ESTE CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO EN LUGAR DE LA DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS.**

State of California )  
County of \_\_\_\_\_ )  
 )

On (date) \_\_\_\_\_ before me, (name and title of the officer) \_\_\_\_\_ personally appeared (name(s) of signer(s)) \_\_\_\_\_, who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature: \_\_\_\_\_ [Seal]  
(notary)

**Parte 6 – Requerimiento de testigo especial**

Si usted es un paciente en un centro de enfermería especializada, el Defensor del paciente o Defensor del pueblo deberá firmar la siguiente declaración:

**Declaración del Defensor del paciente o Defensor del pueblo**

Declaro, bajo pena de perjurio y en virtud de las leyes de California, que soy el Defensor del paciente o Defensor del pueblo designado por el Departamento de Edad Avanzada de California (California Department of Aging) y que estoy sirviendo como testigo según lo requiere la sección 4675 del Código de Sucesiones.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(Defensor del paciente o Defensor del pueblo)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(Defensor del paciente o Defensor del pueblo)

Dirección: \_\_\_\_\_

Civil Code Section 1189; Health and Safety Code Section 7158.3; Probate Code Section 4701