



RWJ-9090

ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE (New Jersey Statutes §§ 26:2H-53 to 26:2H-78)

3-Mole 5/16 4 1/4 c-to-c

5N

○

5N

○

1. I, _____ (print or type full name), fill out this document to set forth my treatment instructions and to appoint a health-care representative in case of my incapacity.

2. I direct that **NO TRANSFUSIONS of whole blood, red cells, white cells, platelets, or plasma** be given me under any circumstances, even if health-care providers believe that such are necessary to preserve my life. I refuse to pre-donate and store my blood for later infusion.

3. **Regarding minor fractions of blood:** [initial those that apply]

(a) _____ I REFUSE ALL (b) _____ I REFUSE ALL EXCEPT: _____

(c) _____ I may be willing to accept some minor blood fractions, but the details will have to be discussed with me if I am conscious or with my health-care representative in case of my incapacity.

4. **Regarding medical procedures involving the use of my own blood,** except diagnostic procedures, such as blood samples for testing: [initial those that apply]

(a) _____ I REFUSE ALL (b) _____ I REFUSE ALL EXCEPT: _____

(c) _____ I may be willing to accept certain medical procedures involving my blood, but the details will have to be discussed with me if I am conscious or with my health-care representative in case of my incapacity.

5. **Regarding end-of-life matters:** [initial one of the two choices]

(a) _____ I do not want my life to be prolonged if, to a reasonable degree of medical certainty, my situation is hopeless.

(b) _____ I want my life to be prolonged as long as possible within the limits of generally accepted medical standards, even if this means that I might be kept alive on machines for years.

6. **Regarding other health-care instructions** (such as current medications, allergies, and medical problems):

7. I give no one (including my representative) any authority to disregard or override my instructions set forth herein. Family members, relatives, or friends may disagree with me, but any such disagreement does not diminish the strength or substance of my refusal of blood or other instructions.

8. Apart from the matters covered above, I appoint the person named below as my health-care representative to make health-care decisions for me. I give my representative full power and authority to consent to or refuse treatment (including artificial nutrition and hydration) on my behalf, to consult with my doctors and



RWJ-9090

ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE (New Jersey Statutes §§ 26:2H-53 to 26:2H-78)

receive copies of my medical records, and to take legal action to ensure that my wishes are honored. If my first appointed representative is unavailable, unable, or unwilling to serve, I appoint an alternate representative below to serve with the same power and authority.

9.

Print Name

Signature Time Date

Address

10. STATEMENT OF WITNESSES: The principal (the person who signed this document above) is known to me and signed or directed another to sign this document in my presence. The principal appears to be of sound mind and free from duress, fraud, or undue influence. I am 18 years of age or older. Also, I am not the person appointed as health-care representative or alternate representative by this document

Print Name

Print Name

Signature of witness Time Date

Signature of witness Time Date

Address

Address

HEALTH-CARE REPRESENTATIVE*

Name:

Address:

Telephone(s):

*Note: You may appoint any adult to be your health-care representative. However, an operator, administrator, or employee of a health-care institution in which you are a patient or resident may not serve as your health-care representative unless he or she is related to you by blood, marriage, or adoption. This restriction does not apply to a physician who does not serve as your attending physician and health-care representative at the same time.

ALTERNATE HEALTH-CARE REPRESENTATIVE*

Name:

Address:

Telephone(s):

Advance Directive for Health Care

(signed document inside)

NO BLOOD



3-Mole 5/16 4 1/4 c-to-c

57

○

57

○



01-9090

DIRECTIVA ANTICIPADA SOBRE ATENCIÓN MÉDICA
(Estatutos de Nueva Jersey, arts. 26:2H-53 a 26:2H-78)

1. Yo, _____ (escriba el nombre completo con letra de imprenta), completo este documento para estipular mis instrucciones de tratamiento y para nombrar a un representante de atención médica, en caso de presentar yo alguna incapacidad.
2. Instruyo que **NO SE ME PROPORCIONEN TRANSFUSIONES de sangre entera, glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas o plasma** en ninguna circunstancia, aun cuando los proveedores de atención médica crean que tales componentes son necesarios para preservar mi vida. Me rehúso a donar previamente y a almacenar mi sangre para una infusión posterior.
3. **En cuanto a fracciones menores de sangre:** [coloque sus iniciales en los incisos que corresponda]
(a) _____ RECHAZO TODOS (b) _____ RECHAZO TODOS, CON EXCEPCIÓN DE: _____

(c) _____ Puedo aceptar algunas fracciones menores de sangre, pero los detalles tendrán que discutirse conmigo, si estoy consciente, o con mi representante de atención médica, en caso de que yo presente incapacidad.
4. **En relación con los procedimientos médicos que implican el uso de mi propia sangre,** salvo procedimientos de diagnóstico, tales como muestras de sangre para pruebas: [coloque sus iniciales en los incisos que corresponda]
(a) _____ RECHAZO TODOS (b) _____ RECHAZO TODOS, CON EXCEPCIÓN DE: _____

(c) _____ Puedo aceptar ciertos procedimientos médicos que incluyen mi sangre, pero los detalles tendrán que discutirse conmigo, si estoy consciente, o con mi representante de atención médica, en caso de que yo presente incapacidad.
5. **En cuanto a asuntos relacionados con etapas terminales:** [coloque sus iniciales en una de las dos opciones]
(a) _____ No deseo que se prolongue mi vida, si hasta un grado razonable de certeza médica, mi situación ya no tiene remedio.
(b) _____ Deseo que se prolongue mi vida todo lo que sea posible dentro de los límites de las normas médicas generalmente aceptadas, aun cuando esto signifique que se me podría mantener vivo conectado a máquinas durante años.
6. **En cuanto a otras instrucciones sobre atención médica** (tales como medicamentos actuales, alergias y problemas médicos):

7. Nadie (ni siquiera mi representante) tiene autoridad para ignorar o invalidar mis instrucciones estipuladas en este documento. Es posible que miembros de mi familia, parientes o amigos estén en desacuerdo conmigo, pero cualquier desacuerdo de esa naturaleza no disminuye la fuerza o la sustancia de mi rechazo a la sangre u otras instrucciones.



01-9090

DIRECTIVA ANTICIPADA SOBRE ATENCIÓN MÉDICA
(Estatutos de Nueva Jersey, arts. 26:2H-53 a 26:2H-78)

8. Aparte de los asuntos que se cubren arriba, designo a la persona que se indica a continuación como mi representante de atención médica para que tome decisiones de salud en mi nombre. Doy a mi representante pleno poder y autoridad para otorgar su consentimiento o rechazar tratamientos (incluida la nutrición e hidratación artificial) en mi nombre, consultar a mis médicos, recibir copias de mis registros médicos, y adoptar acciones legales para garantizar que se cumplan mis deseos. Si mi primer representante designado no está disponible, no puede o no está dispuesto a actuar como tal, designo al representante alternativo que se indica a continuación para actuar con el mismo poder y autoridad.

9. _____
Aclaración del Nombre

Firma Hora Fecha

Domicilio

10. **DECLARACIÓN DE TESTIGOS:** Conozco a la persona que indica estas Directivas Anticipadas (la persona que firmó este documento arriba), que firmó, o instruyó a otra persona para firmar, en mi presencia. La persona que indica estas Directivas Anticipadas parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no estar bajo ningún tipo de coacción, fraude o influencia indebida. Tengo 18 o más años de edad. **Asimismo, no soy la persona designada en este documento como representante de atención médica o representante alternativo.**

Aclaración del Nombre Aclaración del Nombre

Firma del testigo Hora Fecha Firma del testigo Hora Fecha

Domicilio Domicilio

REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA*

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono(s): _____

*Nota: Puede designar a cualquier adulto para que sea su representante de atención médica. Sin embargo, un operador, administrador o empleado del centro médico, en el que usted es paciente o residente, no puede actuar como su representante de atención médica, a menos que esté relacionado con usted por vínculos de sangre, matrimonio o adopción. Esta restricción no se aplica al médico que no actúa como su médico de cabecera y como representante de atención médica al mismo tiempo.

REPRESENTANTE ALTERNATIVO DE ATENCIÓN MÉDICA*

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono(s): _____

Directiva Anticipada sobre Atención Médica
(documento firmado en el interior)

**NO ADMINISTRAR
SANGRE**

