



Una guía para realizar una Directiva de Salud Anticipada en Western Australia



Se advierte a los lectores que este documento puede contener imágenes de personas que han fallecido desde el momento de su publicación.

© Departamento de Salud, estado de Western Australia (2022)

Toda la información y materiales de este documento están protegidos por derechos de autor. Los derechos de autor residen en el estado de Western Australia. Con excepción de todo uso permitido por la *Ley de Derechos de Autor de 1968* (Commonwealth), la información de este documento no puede publicarse o reproducirse en material alguno cualquiera que fuera, sin el permiso expreso del Programa de Cuidados de Fin-de-Vida, Departamento de Salud De Western Australia.

Cita sugerida

Departamento de Salud, Western Australia. *Una Guía para Realizar Directivas de Salud Anticipada En Western Australia*. Perth: Programa de Cuidados Fin-de-Vida, Departamento de Salud, Western Australia; 2022.

Descargo de Responsabilidad Importante

Esta guía tiene como objeto otorgar un resumen de lo que es realizar una Directiva de Salud Anticipada en Western Australia. Le provee vínculos en línea para más información y recursos. No debe utilizarse como sustituto de asesoramiento legal u de otras profesiones. Para casos específicos que requieran asesoramiento legal o de otras profesiones se debe buscar asesoramiento independiente.

Hay más información disponible sobre las Directivas de Salud Anticipadas en:

Departamento de Salud

Teléfono: 9222 2300

Correo electrónico: acp@health.wa.gov.au

Sitio web: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning



Servicio de Interpretación

Pida un intérprete si necesita ayuda para hablar con el servicio de salud en su idioma.

Contenidos

Cómo utilizar esta guía 2

Sección 1: Sobre las Directivas de Salud Anticipadas 3

¿Qué es una Directiva de Salud Anticipada? 3

¿Quién tomará decisiones sobre su tratamiento y cuidados si perdiera la capacidad de tomar o comunicar sus decisiones usted mismo? 4

Sección 2: Guía paso a paso 6

Partes de la Directiva de Salud Anticipada 6

Parte 1: Mi información personal 6

Parte 2: Mi salud 7

Parte 3: Mis valores y Preferencias 8

Parte 4: Mis decisiones de tratamientos de mi Directiva de Salud Anticipada 12

Parte 5: Personas que me ayudaron a completar mi Directiva de Salud Anticipada 18

Parte 6: Firma y testigos 20

Sección 3: Información Útil 22

Preguntas frecuentes 22

Lista de verificación para realizar una Directiva de Salud Anticipada 30

Dónde ir para más información 31

Términos comunes 33

Ejemplo de Directiva de Salud Anticipada completa 36

Cómo utilizar esta guía

Esta guía otorga información de ayuda para que usted prepare y complete su Directiva de Salud Anticipada.

Puede que le lleve tiempo completar su Directiva de Salud Anticipada. No tiene que completarla de una sola vez. Puede completarla por partes.

Sección 1: Sobre las Directivas de Salud Anticipada

Esta sección describe lo que es una Directiva de Salud Anticipada. Le explica por qué es útil, cómo se utilizará su Directiva de Salud Anticipada, y quién tomará decisiones por usted si pierde la capacidad de tomar o comunicar sus decisiones.

Sección 2: Guía paso a paso

Esta sección le da una guía paso a paso de cómo realizar una Directiva de Salud Anticipada, incluso con ejemplos para ayudarlo.

Sección 3: Información útil

Esta sección le provee una lista de verificación para preparar, completar y guardar su Directiva de Salud Anticipada. Le explica palabras usadas en la Directiva de Salud Anticipada y le da respuestas a [Preguntas Frecuentes](#). También le otorga vínculos para adónde ir para más información.

Ejemplo de una Directiva de Salud Anticipada completa y una Directiva de Salud en blanco

Al final de esta guía hay un ejemplo de una Directiva de Salud completa. Se provee una Directiva de Salud Anticipada en blanco como un encarte con esta guía.

Puede utilizar el formulario completo como referencia mientras completa su Directiva de Salud Anticipada.

Puede pedir ayuda para completar su Directiva de Salud Anticipada. [La Sección 3: Información útil](#) incluye información sobre cómo y dónde obtener ayuda.



Sección 1:

Directivas de Salud Anticipadas

Esta sección describe lo que es una Directiva de Salud Anticipada. Explica por qué es útil, cómo se utilizará su Directiva de Salud Anticipada, y quién tomará decisiones por usted si perdiera la capacidad de tomar o comunicar sus decisiones.

¿Qué es una Directiva de Salud Anticipada?

Una Directiva de Salud Anticipada es un documento **legal** que le permite tomar decisiones ahora sobre los tratamientos y cuidados que usted desea o no recibir en el futuro.

Una Directiva de Salud Anticipada se utilizará **solamente** si usted se enfermara o lesionara seriamente y no fuera capaz de tomar o comunicar sus deseos. Si esto pasara, la Directiva de Salud Anticipada se convertirá en su voz. Si usted desea cambiar su Directiva de Salud Anticipada, debería revocar (o cancelar) su Directiva de Salud Anticipada actual y realizar una nueva.

Una Directiva de Salud Anticipada es uno de los documentos disponibles en Western Australia (WA) que se puede completar como parte del proceso de planificación anticipada de cuidados.

Tener una Directiva de Salud Anticipada ayudará a sus seres queridos y profesionales de la salud a entender lo que es importante para usted en términos de su salud y atención médica.

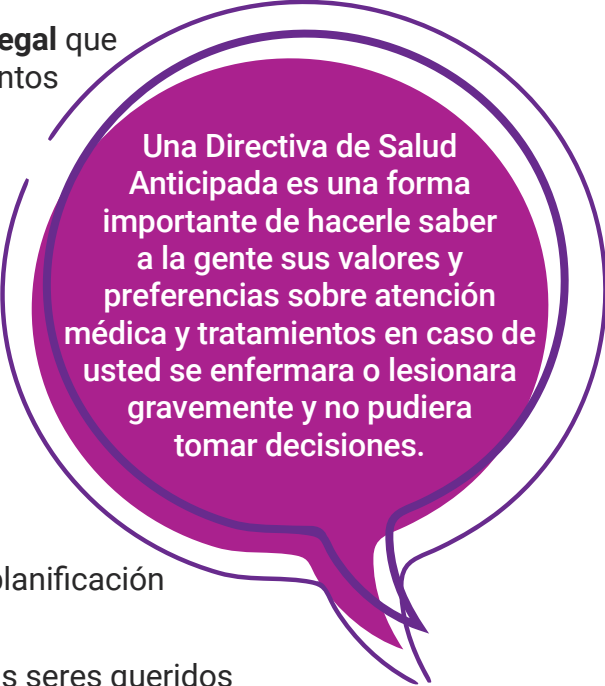
Se recomienda que hable con su familia, cuidador, amigo cercano, médico clínico, u otros profesionales de la salud para ayudarlo a ordenar sus pensamientos.

Otros recursos que pueden serle de utilidad incluyen:


- El sitio web de MyValues: myvalues.org.au
- El sitio web de planificación anticipada de cuidados del Departamento de Salud: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

Vea la sección de [Preguntas Frecuentes](#) en la Sección 3: Información útil para más información sobre Directivas de Salud Anticipadas y planificación anticipada de cuidados.

Pensar y hablar sobre su salud futura y deseos del final de la vida puede ser difícil. Pida ayuda si necesita apoyo con esto.



Una Directiva de Salud Anticipada es una forma importante de hacerle saber a la gente sus valores y preferencias sobre atención médica y tratamientos en caso de usted se enfermara o lesionara gravemente y no pudiera tomar decisiones.



Realizar una Directiva de Salud Anticipada es voluntario.

¿Quién puede realizar una Directiva de Salud Anticipada?

Para realizar una Directiva de Salud Anticipada, usted debe ser **mayor de 18 años** y tener **capacidad legal plena** al momento de realizar su Directiva de Salud Anticipada.

Esto significa que usted:

- entiende la información y asesoramiento suministrado para ayudarle a tomar decisiones en su Directiva de Salud Anticipada;
- entiende los efectos posibles de las decisiones que tome en su Directiva de Salud Anticipada sobre sus tratamientos y cuidados futuros;
- es capaz de sopesar los posibles pros y contras de sus decisiones sobre tratamientos y cuidados futuros;
- es capaz de comunicar sus decisiones sobre sus tratamientos y atención médica futuros de alguna manera.

Se considera que los adultos son capaces a menos que se demuestre lo contrario. Si tiene dudas sobre su capacidad actual de realizar una Directiva de Salud Anticipada válida, pida asesoramiento con un médico. También puede consultar con un médico si le preocupa su capacidad de tomar decisiones pueda verse cuestionada en el futuro.

¿Quién tomará decisiones sobre sus tratamientos y cuidados si usted perdiera la capacidad de tomar o comunicar decisiones usted mismo?

Si usted se volviera incapaz de tomar o comunicar decisiones sobre tratamientos y cuidados, los profesionales de la salud deben seguir la [Jerarquía de personas que toman decisiones sobre tratamientos](#) al momento de tomar decisiones sobre tratamientos para usted.

La Jerarquía de personas que toman decisiones sobre tratamientos, que se muestra en la página siguiente, explica el orden de personas que toman decisiones que los profesionales de la salud deben seguir al momento de buscar una decisión de tratamiento para usted. Una Directiva de Salud Anticipada es el primer lugar al que un profesional de la salud recurrirá para ayudar a tomar decisiones sobre sus cuidados futuros.

¿Qué pasa si no realizo una Directiva de Salud Anticipada?

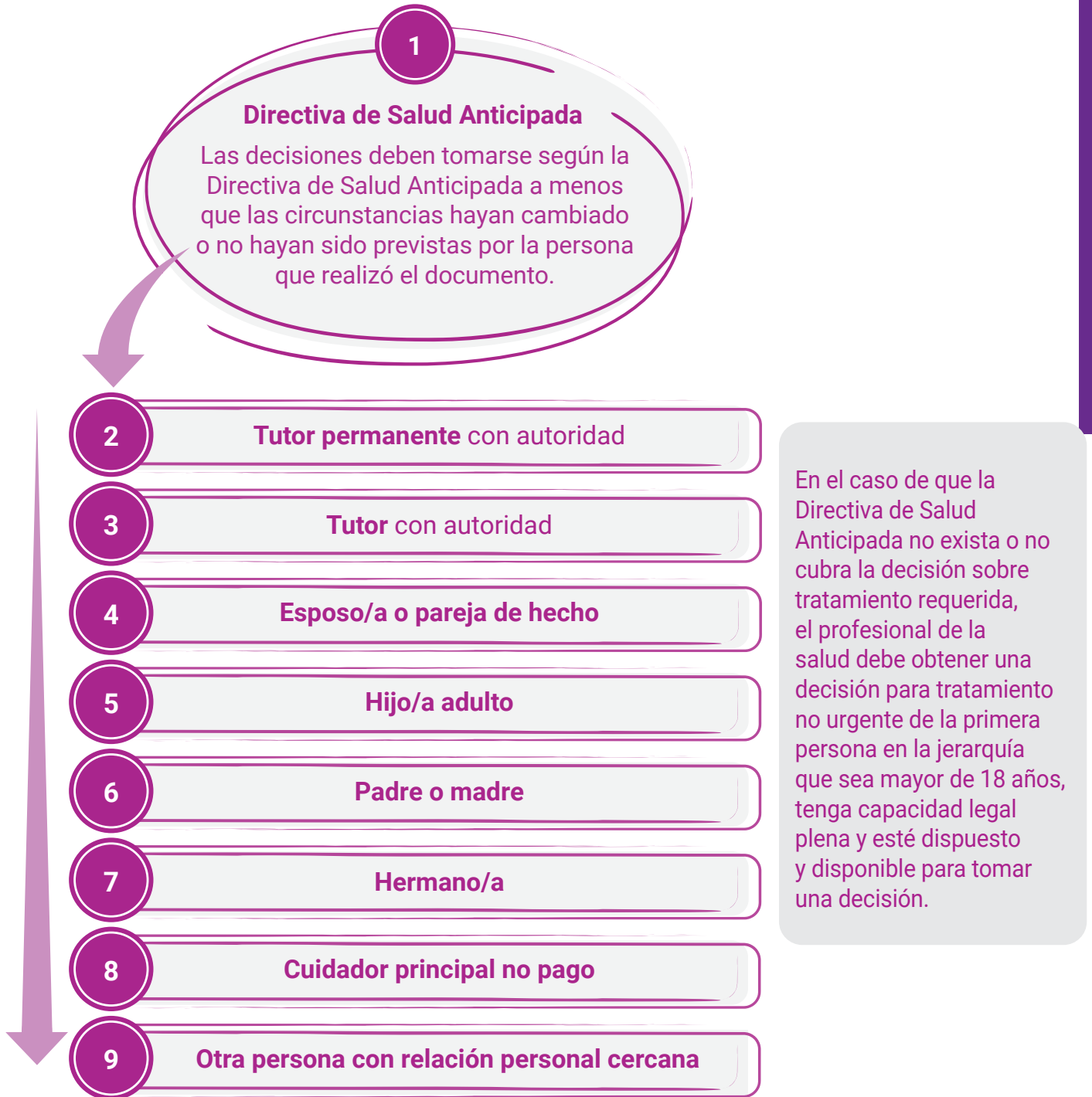
Si usted no realiza una Directiva de Salud Anticipada, un profesional de la salud debe recurrir a la primera persona enlistada en la jerarquía, que sea mayor de 18 años, tenga capacidad legal plena, y esté disponible y dispuesto a tomar una decisión sobre tratamientos.

Si la primera persona no está disponible o no está dispuesta a tomar la decisión, el profesional de la salud puede recurrir a la persona siguiente en la jerarquía, y así sucesivamente.

¿Qué es la Jerarquía de personas que toman decisiones sobre tratamientos?

La jerarquía de personas que toman decisiones sobre tratamientos solo es utilizada por profesionales de la salud cuando usted pierda la capacidad de tomar o comunicar decisiones sobre su atención médica.

Jerarquía de personas que toman decisiones sobre tratamientos



Incluso si usted ha nombrado un tutor permanente, puede elegir realizar una Directiva de Salud Anticipada para comunicar sus preferencias sobre tratamientos en particular sobre los que tiene opiniones firmes.

Vea las [Preguntas Frecuentes](#) en la Sección 3: Información de útil para más información sobre tutores permanentes.

Sección 2: Guía paso a paso

Esta sección provee una guía paso a paso para realizar una Directiva de Salud Anticipada con ejemplos para ayudarlo.

Partes de la Directiva de Salud Anticipada

Para que una Directiva de Salud Anticipada sea válida, debe completar las Partes 1, 4 y 6.

Parte 1 es donde usted anota su información personal. Usted **debe** completar la Parte 1.

Parte 2 es donde usted anota cualquier condición de salud seria que tenga.

Parte 3 es donde usted anota lo que es importante para usted sus valores y deseos sobre sus cuidados futuros.

Parte 4 es donde usted anota cuáles tratamientos y cuidados (tales como actividades de investigación médica) usted desea o no en el futuro. **Debe** incluir al menos una decisión sobre tratamientos en la Parte 4 para que la Directiva de Salud Anticipada sea válida.

Parte 5 es donde usted anota información sobre las personas que lo han ayudado a completar la Directiva de Salud Anticipada.

Parte 6 es donde usted firma la Directiva de Salud Anticipada. **Debe** completar la Parte 6 y su firma **debe** ser atestiguada (se provee más información en la [Parte 6](#) sobre los requisitos de los testigos).

Parte 1: Mis datos personales

Usted debe completar esta parte de la Directiva de Salud Anticipada.

Debe completar:

- la fecha en que se realiza la Directiva de Salud Anticipada
- su nombre completo, fecha de nacimiento y dirección para poder identificarlo.

Es **opcional** que incluya su número de teléfono y dirección de correo electrónico. Se recomienda que incluya al menos uno de estos dos para poder contactarlo si es necesario.

Si su dirección, número de teléfono o correo electrónico cambian en el futuro, su Directiva de Salud Anticipada seguirá siendo válida.

Vea [Preguntas Frecuentes](#) en la Sección 3: Información útil para más información sobre cómo cambiar sus datos personales.



Parte 2: Mi salud

Puede elegir completar alguna, todas o ninguna de las preguntas de la Parte 2. Tache cualquier pregunta que no desea responder.

Puede utilizar la Parte 2 para anotar cualquier condición de salud seria o preocupaciones que tenga. También puede utilizar la Parte 2 para escribir cosas que son importantes para usted al hablar de su salud.

2.1 Mis condiciones de salud serias

En la Parte 2.1, puede anotar los detalles de cualquier condición de salud seria actual que tenga. También puede incluir condiciones de salud físicas o mentales. También puede incluir cualquier problema de salud importante que haya tenido en el pasado.

Ejemplos

- Me diagnosticaron cáncer de intestino hace 6 años. Tuve cirugía y quimioterapia. En este momento estoy en remisión, pero me han dicho que hay una posibilidad de que el cáncer de intestino vuelva en el futuro.
- Estuve en un accidente automovilístico hace 5 años. Todavía tengo dolor de espalda crónico. Me han dicho que es poco probable que mi dolor de espalda mejore.
- Me han diagnosticado enfermedad de la motoneurona. Me han dicho que es probable que mi salud se deteriore rápidamente. Pronto necesitaré mucha ayuda con mis tareas cotidianas como ducharme o vestirme.

2.2 Al hablar conmigo sobre mi salud, estas cosas son importantes para mí

En la Parte 2.2 puede anotar lo que es importante para usted al hablar de su salud con profesionales de la salud. Esto incluye la cantidad de información que desea recibir antes de tomar decisiones. También incluye detalles de cualquier miembro familiar/amigos que desee tener presentes cuando hable con profesionales de la salud sobre sus opciones de tratamientos y cuidados.

Ejemplos

- Me gusta tener mucha información sobre mi condición de salud y opciones de tratamientos, para poder entender completamente mis opciones y lo que me podría pasar.
- El inglés es mi segunda lengua. Me gustaría tener a mi hijo o hija conmigo en mis citas con mi médico clínico y especialistas.

La historia de Trish

A Trish (65 años) le han diagnosticado recientemente fase 4 de cáncer de mama. En su Directiva Anticipada de Salud, Trish ha indicado que su amiga cercana Kay (una enfermera) va a todas sus citas médicas ya que ella sabe cómo explicarle la información bien de una forma en que Trish puede entenderla.

Nota: Puede que también desee realizar un Poder Permanente de Tutela si hay alguien que usted conoce bien y confía para tomar decisiones por usted.

Vea [Preguntas Frecuentes](#) en la Sección 3: Información útil para más información sobre cómo nombrar un tutor permanente.

Parte 3: Mis valores y preferencias

Usted puede elegir completar todas, algunas o ninguna de las preguntas en la Parte 3. Tache cualquiera de las preguntas que usted no desee completar.

Puede utilizar la Parte 3 para anotar las cosas que son más importantes para usted sobre su salud y atención médica. Puede incluir cosas que le preocupan sobre su salud futura. Esto le hará saber a sus seres cercanos y profesionales de la salud involucrados en su atención médica lo que es importante para usted si no pudiera tomar o comunicar decisiones.

Pensar y hablar sobre lo que es importante para su salud futura y sus deseos para el final de su vida puede ser difícil. Pida ayuda si necesita apoyo al completar esta parte del formulario.

3.1 Estas cosas son importantes para mí

La Parte 3.1 le pide que describa lo que significa “vivir bien” para usted. Por ejemplo, que es lo que más extrañaría si se enfermara y no pudiera vivir como lo hace ahora.

Esta parte del formulario incluye una lista de cosas que puede que sean importantes para usted. Puede tildar todos los casilleros que se aplican a usted. También puede escribir actividades, intereses o hobbies que son importantes para usted.

Ejemplos

- Pasar tiempo con mi familia y amigos es importante para mí.
- Que mi hija me visite a menudo es muy importante para mí.
- Tener mis mascotas cerca de mí o al menos poder verlas a menudo es importante para mí.
- He sido parte de la comunidad lesbica toda mi vida y me gustaría que esta conexión siga.
- Soy china y disfruto pasar tiempo con personas que hablan cantonés.

La historia de Rita

Rita (87 años) visita regularmente su Club Croata para ver a sus amigos, hablar su lengua materna de Hrvatska y jugar juegos tradicionales de su país natal. Rita ha escrito en su Directiva de Salud Anticipada que no desea visitar el Club si se vuelve incapaz de hablar o moverse con facilidad.

3.2 Estas son cosas que me preocupan cuando pienso en mi salud futura

La Parte 3.2 le pide que describa lo que le preocupa sobre su salud futura y atención médica. Por ejemplo, cualquier resultado permanente de una enfermedad o lesión que no sea aceptable para usted.

Si usted se enfermara o lesionara en el futuro, los tratamientos y cuidados puede que lo ayuden a mejorarse y su salud puede volver a como estaba antes de que se enfermara. Sin embargo, es posible que, dependiendo de su enfermedad o lesión, los tratamientos y cuidados solo lo ayuden un poco y no pueda volver a vivir de la misma forma en que lo hacía antes.

Ejemplos

- Me preocupa estar en dolor constante.
- Me preocupa que no pueda comunicarme o hacerme entender por mis familiares o amigos.
- Sería infeliz si no pudiera vivir de forma independiente.
- Me parecería inaceptable si no pudiera alimentarme a mí mismo.
- Me resultaría muy difícil si no pudiera reconocer a mi familia y amigos.

La historia de Nicole

A Nicole (43 años) le han diagnosticado recientemente Parkinson. En su Directiva de Salud Anticipada, ha escrito que le resultaría inaceptable si no pudiera alimentarse a sí misma de forma permanente. Nicole quiere que su familia sepa lo que es importante para ella ya que ellos la cuidarán si su enfermedad hiciera que pierda el control de sus manos u otras partes del cuerpo.



3.3 Cuando me esté acercando a la muerte, aquí es donde me gustaría estar

La Parte 3.3 le pide que describa en dónde le gustaría pasar sus últimos días o semanas cuando usted se esté acercando a la muerte.

Hay 4 opciones suministradas en esta parte del formulario. Puede elegir una opción únicamente. Puede incluir más información sobre su opción elegida en el recuadro provisto.

Ejemplos:

- Estar en la naturaleza es importante para mí. Me gustaría estar en algún lugar que tenga un jardín con flores o cerca de la playa.
- Mi familia y amigos son una gran parte de mi vida. Preferiría estar cerca de ellos lo que más sea posible para que me puedan visitar con facilidad y regularidad.
- Me identifico como gay y es importante para mí estar en un lugar donde mi sexualidad sea aceptada y respetada.

La historia de Raymond

Raymond (95 años) vivió en una residencia de ancianos durante los últimos 5 años de su vida. La residencia se volvió su hogar. Raymond tenía una Directiva de Salud Anticipada. Escribió que quería morir en donde vivía, con su familia a su alrededor. La salud de Raymond se deterioró con rapidez. Sus profesionales de la salud utilizaron su Directiva de Salud Anticipada para guiar su cuidado en las últimas semanas de su vida. Falleció en paz en la residencia de ancianos rodeado de su familia.



3.4 Cuando me esté acercando a la muerte estas cosas son importantes para mí

La Parte 3.4 le pide que escriba lo que lo reconforta y a quiénes le gustaría tener alrededor cuando se esté acercando a la muerte. Pensar en sus deseos para el final de su vida puede ser difícil. Piense en lo que sería más importante para usted en ese momento. Puede que quiera pensar en qué tradiciones espirituales, religiosas o culturales son importantes para usted o lo que es probable que le otorgue una sensación de paz y tranquilidad.

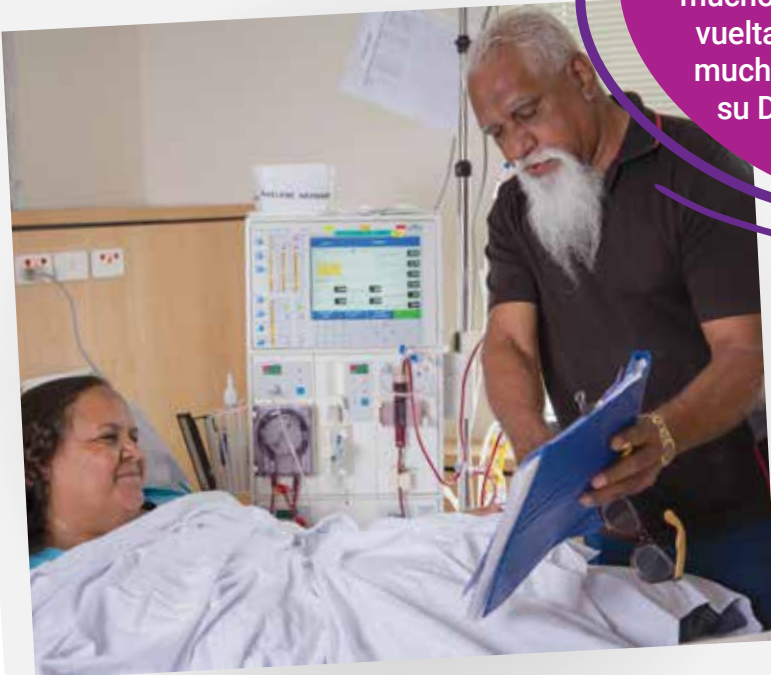
Puede tildar todos los casilleros que se apliquen a usted. Puede incluir más información en los recuadros provistos.

Ejemplos:

- Soy un anciano aborígen. Es importante que mi familia y comunidad puedan realizar las prácticas sagradas y habituales de mi cultura, antes, durante y después de mi muerte.
- Cuando esté muriendo, me gustaría que mi habitación tenga iluminación tenue y música meditativa. Este es un ambiente que me resulta calmante.
- Cuando esté muriendo, no quiero ir a un hospital a menos que mi comodidad y dignidad no pueda mantenerse en mi casa.
- Soy hindú y me gustaría tener a mi familia extendida alrededor de mí para que puedan realizar varios rituales tradicionales.

La historia de Aunty

Aunty (64 años) ha tenido problemas de salud como diabetes durante varios años. Su gente vive en Turkey Creek. Si ella se enferma mucho, le gustaría que su hija, Carol, la lleve de vuelta al campo si ella puede viajar y si no es mucha carga para su familia. Escribir esto en su Directiva de Salud Anticipada le da paz y tranquilidad de que sus deseos están claros.



Parte 4: Mi Directiva de Salud Anticipada

Debe tomar al menos una decisión sobre tratamientos en la Parte 4 para hacer la Directiva de Salud Anticipada válida. Tache cualquier parte que no desee completar.

Puede utilizar la Parte 4 para realizar decisiones sobre tratamientos futuros que quiere o no. Esto incluye tratamientos o intervenciones que pueden utilizarse para mantenerlo con vida. Estos se llaman "tratamientos de soporte vital". También puede tomar decisiones sobre si desea formar parte de investigaciones médicas en el futuro. Los profesionales de la salud deben seguir las decisiones que usted anote en la Parte 4.

Un tratamiento es cualquier tratamiento médico o quirúrgico, que incluye cuidados paliativos o medidas de soporte vital, tratamientos dentales o cualquier otra atención médica.

Una decisión de tratamiento en una Directiva de Salud Anticipada es una decisión para consentir o negar consentimiento o continuación de cualquier tratamiento.

Se recomienda encarecidamente que discuta sus decisiones sobre tratamientos con su médico antes de completar su Directiva de Salud Anticipada.

Su médico y otros profesionales de la salud pueden aconsejarlo sobre opciones de tratamientos y cómo estos pueden afectarlo.

4.1 Decisiones de tratamientos de soporte vital

Tache esta sección si no desea completarla. Nota: debe tomar al menos una decisión de tratamiento dentro de la Parte 4 para que su Directiva de Salud Anticipada sea válida.

La Parte 4.1 le pide que tome decisiones sobre tratamientos o intervenciones que usted quiere o no para mantenerlo con vida. Esta información solo se utilizará si usted no pudiera tomar o comunicar decisiones por sí mismo.

Al tomar decisiones sobre tratamientos de soporte vital que usted desea o no, piense en las cosas que usted anotó como importantes en la [Parte 3: Mis valores y preferencias](#).

Para ayudarlo a completar este formulario, hable con su médico u otros profesionales de la salud sobre:

- los tratamientos de soporte vital que puede necesitar en el futuro;
- los riesgos o efectos secundarios de los posibles tratamientos de soporte vital;
- cómo se podrá ver afectada su salud a largo plazo y su calidad de vida por los diferentes tratamientos de soporte vital.



Sujeto a excepciones limitadas, los profesionales de la salud deben seguir sus directivas para tratamientos de soporte vital. Sin embargo, solo porque usted completó la Parte 4.1, esto no significa que usted necesitará definitivamente o recibirá los tratamientos que elija. Si un tratamiento no lo beneficiará, el médico no está obligado a suministrarlo.

Vea [Preguntas Frecuentes](#) en la Sección 3: Información útil para más información sobre tratamientos de soporte vital. information about life-sustaining treatments.

Hay 5 opciones en la Parte 4.1. Solo puede elegir una opción.

- **Opción 1:** Doy consentimiento para todos los tratamientos dirigidos a sostener o prolongar mi vida.
- **Opción 2:** Doy consentimiento para todos los tratamientos dirigidos a sostener o prolongar mi vida a menos que sea aparente que estoy tan mal por lesión o enfermedad que no hay posibilidades razonables de que me recuperaré al punto de que pueda sobrevivir sin tratamientos de soporte vital continuos. En tal caso, retiro mi consentimiento para los tratamientos de soporte vital.
- **Opción 3:** No doy consentimiento para ningún tratamiento dirigido a sostener o prolongar mi vida.
- **Opción 4:** Tomo las siguientes decisiones sobre tratamientos de soporte vital específicos tal como siguen en la tabla debajo.
- **Opción 5:** No puedo decidir en este momento.

Sus decisiones en la Parte 4.1 se refieren a tratamientos de soporte vital únicamente. Los profesionales de la salud le seguirán dando atención para minimizar el dolor y hacerlo sentir cómodo (esto es, cuidados paliativos), incluso si usted elige no recibir ningún tratamiento de soporte vital.

Si no desea recibir tratamientos de cuidados paliativos, debe especificar esto en la Parte 4.2

Si elige la Opción 4 deberá tomar decisiones sobre diferentes tipos de tratamientos de soporte vital que desea o no recibir.



Todos tienen su propia opinión sobre qué tratamientos desean o no recibir. Los ejemplos debajo puede que lo ayuden mientras considera sus opciones. Puede que también desee dar más información. Puede elegir la Opción 5 si todavía no está listo para tomar una decisión sobre tratamientos de soporte vital que desea o no recibir en el futuro.

Ejemplos

Ejemplo: Opción 1. La historia de Nathan

- Nathan tuvo un ataque al corazón hace 5 semanas. Su médico clínico le dijo que es muy probable que necesite una cirugía de corazón. Nathan querría cualquier tratamiento que sostenga o prolongue su vida.
- **Nathan elige: Opción 1. Doy consentimiento para todos los tratamientos dirigidos a sostener o prolongar mi vida.**

Ejemplo: Opción 2. La historia de Linda

- A Linda le han diagnosticado enfermedad del riñón. Su madre falleció de insuficiencia renal. Linda recuerda que su madre experimentó muchas náuseas hacia el final de su vida. Ella recuerda que las náuseas eran peores por tratamientos dados para la enfermedad subyacente, a pesar de que no había posibilidades razonables de que se recuperaría. Linda no quiere esto para ella.
- **Linda elige: Opción 2. Doy consentimiento para todos los tratamientos dirigidos a sostener o prolongar mi vida a menos que sea aparente que estoy tan mal por lesión o enfermedad que no hay posibilidades razonables de que me recuperaré al punto de que pueda sobrevivir sin tratamientos de soporte vital continuos. En tal caso, retiro mi consentimiento para los tratamientos de soporte vital.**

Ejemplo: Opción 3. La historia de Mia

- Mia ha recibido tratamiento para el cáncer de mama anteriormente. Le han avisado recientemente que el cáncer ha vuelto, y que es poco probable que el tratamiento prolongue su vida más allá de los próximos pocos meses.
- La amiga de Mia tuvo cáncer de mama y Mia tiene opiniones firmes sobre la quimioterapia que recibió que prolongó su vida y su sufrimiento. Mia ha decidido que esta vez no quiere más tratamientos que demoren su muerte y quiere que los profesionales de la salud se enfoquen en mantenerla lo más cómoda y libre de dolor que sea posible.
- **Mia elige: Opción 3. No doy consentimiento para ningún tratamiento dirigido a sostener o prolongar mi vida.**

Ejemplo: Opción 4. La historia de Peter

- A Peter le han diagnosticado enfermedad pulmonar obstructiva crónica (una enfermedad crónica de los pulmones). Tiene 70 años y sabe que su condición solo empeorará. Si bien siente que todavía podría tener una buena calidad de vida viviendo en su casa, incluso si esto significa usar oxígeno, no quiere estar **permanentemente** con un respirador en una residencia de ancianos o en un hospital. .
- **Peter elige: Opción 4. Tomo las siguientes decisiones sobre tratamientos de soporte vital específicos tal como siguen en la tabla debajo.**
 - **Él tilda el casillero (B) para ventilación asistida y da los siguientes detalles:** Solo si es temporario y si luego pudiera volver a casa, incluso con oxígeno. No deseo estar con un respirador permanentemente en un hospital o una residencia de ancianos.
 - **Él tilda el casillero (C) para todos los demás tratamientos:** No doy consentimiento para otros tratamientos de soporte vital.

Ejemplo: Opción 5. La historia de William

- William tiene 25 años y nunca experimentó la muerte de un familiar cercano o que alguna persona cercana necesitara tratamiento de soporte vital.
- **William elige: Opción 5. No puedo decidir en este momento.**

4.2 Otras decisiones sobre tratamientos

Tache esta pregunta si no desea responderla. Nota: Debe tomar al menos una decisión sobre tratamientos dentro de la Parte 4 para que la Directiva de Salud Anticipada sea válida.

La Parte 4.2 le pide que tome decisiones sobre otros tratamientos (aparte de los tratamientos de soporte vital de la Parte 4.1) que usted desea o no recibir en el futuro. Esta información solo se utilizará si usted no puede tomar o comunicar decisiones por sí mismo.

Otros tratamientos pueden incluir drogas usadas para prevenir ciertas condiciones de salud (p. ej., aspirinas, tratamientos para el colesterol) o transfusiones de sangre.

Si usted anota una decisión sobre un tratamiento en particular, debe describir las circunstancias en las cuales usted querría o no el tratamiento.

Por ejemplo, si usted no quiere tomar aspirinas, ¿eso es en todas las circunstancias o solo en circunstancias específicas?

Puede proveer más detalles en los casilleros provistos. Si necesita más espacio, complete las páginas adicionales para la [Parte 4.2. Otras decisiones sobre tratamientos](#) provistas con esta guía y adjúntelas a la Parte 4.2 de su Directiva de Salud Anticipada.

Vea las [Preguntas Frecuentes](#) en la Sección 3: Información útil para más información sobre cómo agregar páginas a su Directiva de Salud Anticipada.

Ejemplos

Circunstancias de salud	Mis decisiones sobre tratamientos
Tengo colesterol alto	No me den inhibidores de absorción de colesterol. No tolero los efectos secundarios.
Todas las circunstancias	No me den transfusiones de sangre ni hemoderivados. Esto va en contra de mi fe.
Tengo migrañas regularmente	No me den aspirinas. Me dan dolor de estómago.

4.3 Investigación médica

Tache esta pregunta si no desea contestarla. Nota: Debe tomar al menos una decisión sobre tratamientos dentro de la Parte 4 para que su Directiva de Salud Anticipada sea válida.

La Parte 4.3 le pide que tome decisiones sobre formar parte de investigaciones médicas. Esta información solo se utilizará si usted no pudiera tomar o comunicar decisiones por sí mismo.

Formar parte de investigaciones médicas puede ayudar a avanzar el conocimiento médico y científico para prevenir, detectar o tratar enfermedades. La Parte 4.3 detalla diferentes tipos de actividades de investigación médica. Puede tildar las circunstancias en las que consiente o no participar en las actividades de investigación médica detalladas. La tabla debajo le da ejemplos de cada actividad de investigación médica detallada en la Parte 4.3.

Las investigaciones médicas deben llevarse a cabo bajo normas estrictas y con la aprobación de un comité de expertos en investigaciones que involucren a seres humanos (el Comité de Ética de Investigación Humana obedece a la *Declaración Nacional sobre Conducta Ética en Investigación Humana*).

Si usted da su consentimiento para formar parte en investigaciones médicas futuras, esto solo se aplica a investigaciones que hayan sido aprobadas por el Comité de Investigación Humana y que siga los lineamientos de investigación nacional. Para más información sobre investigaciones médicas, visite el sitio web de Office of the Public Advocate (Defensoría del Pueblo) en publicadvocate.wa.gov.au. Los [Términos Comunes](#) en la Sección 3: Información útil también le dan más información.



Actividades de investigación	Ejemplos de este tipo de investigación
El uso de equipamiento o un dispositivo	Probar la eficiencia de un nuevo tipo de máscara de oxígeno o marcapasos.
Suministrar atención médica que no haya aún ganado el apoyo de un número sustancial de profesionales en esa área de atención médica.	Probar una droga o tipo de equipamiento nuevo que hasta el momento solo haya funcionado en un estudio con un número pequeño de pacientes.
Suministrar atención médica para llevar a cabo una evaluación comparativa.	Un estudio que compara los efectos en una enfermedad de dos tipos diferentes de drogas o tratamientos. En este tipo de investigación, un grupo de pacientes recibe un tratamiento y el otro grupo recibe un tratamiento diferente.
Tomar muestras de sangre	Investigaciones que involucran tomar muestras de sangre para que sean examinadas en un laboratorio para ver cambios, por ejemplo, cambios en el número o tipo de glóbulos.
Tomar muestras de tejido o fluidos del cuerpo, como boca, garganta, cavidad nasal, ojos u orejas.	Realizar una biopsia de un lunar o peca (en la cual el lunar o la peca se corta bajo un anestésico local) para buscar signos de cáncer de piel. Tomar una muestra con un hisopo del interior de la nariz para comprobar la presencia de un virus o bacteria.
Cualquier examinación no intrusiva de la boca, garganta, cavidad nasal, ojos u orejas.	Iluminar con una luz las orejas, ojos o boca para ver cualquier cambio o signos de enfermedad.
Una examinación no intrusiva de estatura, peso o visión.	Utilizar una balanza para pesar a la persona. Realizar un examen de visión para evaluar la visión de la persona.
Ser observado	Pruebas en las cuales el ritmo de respiración o facilidad de movimiento es evaluado mientras se realizan diferentes tipos de actividades.
Realizar una encuesta, entrevista o formar parte de un grupo de sondeo	Responder una encuesta en papel o en un sitio web con preguntas sobre tratamientos y cuidados. Ir a una entrevista o encuentro de un grupo pequeño para compartir ideas sobre lo que podría mejorar la experiencia de cuidados.
Juntar, utilizar o divulgar información, incluso información personal	Investigaciones en las que se comparte información de la historia médica del paciente (con el permiso del paciente) con investigadores, junto con información de otras historias médicas de otros pacientes para entender las diferencias y similitudes entre grupos de pacientes, por ejemplo, cada cuánto tiempo una persona con una condición específica es internada durante un período de 10 años.
Considerar o evaluar muestras o información tomadas en alguna de las actividades descritas anteriormente.	Comparar los resultados de exámenes de sangre de diferentes pacientes para buscar similitudes y diferencias como parte de una investigación para entender una enfermedad y su tratamiento.

Parte 5: Personas que me ayudaron a completar mi Directiva de Salud Anticipada

Puede elegir completar algunas, todas o ninguna de las preguntas en la Parte 5. Tache cualquier pregunta que no desee responder.

Puede que tenga que incluir información adicional en su Directiva de Salud Anticipada para algunas preguntas (p. ej., declaración de un traductor).

Puede utilizar la Parte 5 para anotar las personas que lo ayudaron a completar su Directiva de Salud Anticipada.

5.1 ¿Utilizó los servicios de un traductor al completar este formulario?

La Parte 5.1 le pregunta si utilizó o no un traductor al realizar su Directiva de Salud Anticipada.

Hay 3 opciones para esta pregunta:

- **Opción 1: el inglés es mi lengua materna. No necesité un traductor.**

Elija esta opción si usted se siente cómodo utilizando el idioma inglés y no utilizó un traductor para completar este formulario.

- **Opción 2: El inglés no es mi lengua materna. Utilicé un traductor para realizar esta Directiva de Salud Anticipada y he adjuntado la declaración de un traductor.**

Elija esta opción si utilizó un traductor para que proveer una traducción del formulario. Debe completar la [declaración del traductor](#) provista en esta guía y adjuntarla a la Parte 5.1 de su Directiva de Salud Anticipada.

- **Opción 3: el inglés no es mi lengua materna. No utilicé un traductor para realizar mi Directiva de Salud Anticipada.**

Elija esta opción si el inglés no es su lengua materna, pero completó el formulario sin la ayuda de un traductor.

Puede tildar un casillero solamente o tachar esta pregunta si no desea responderla.

Si elige la Opción 2, se recomienda que usted y su traductor se refieran a las [Preguntas Frecuentes](#) en la Sección 3: Información útil para más información sobre cómo acceder a un traductor.

Si elige la Opción 2. Usted y su traductor deben completar la declaración del traductor provista en esta guía y adjuntarla con su Directiva de Salud Anticipada.



5.2 ¿Ha realizado un Poder de Tutela Permanente (EPG)?

La Parte 5.2 le pide que detalle información sobre si realizó un Poder de Tutela Permanente.

Un Poder de Tutela Permanente es un documento legal que le permite nombrar y designar legalmente a una o más personas para que tomen decisiones de estilo de vida o atención médica por usted si usted ya no pudiera tomar o comunicar tales decisiones. Si usted realiza un Poder de Tutela Permanente, se recomienda encarecidamente que incluya los detalles en su Directiva de Salud Anticipada.

Una persona que usted designe para tomar decisiones por usted se llama un tutor permanente.

Un tutor permanente no puede invalidar decisiones tomadas por usted en su Directiva de Salud Permanente, excepto en circunstancias especiales (p. ej., si hubiera nuevas opciones de tratamientos que no existían cuando usted completó su Directiva de Salud Anticipada).

Puede tildar un casillero únicamente o tachar la pregunta si no desea responderla. Si elige la Opción 2, debe incluir los detalles de su Poder de Tutela Permanente y su tutor permanente.


Vea [Preguntas Frecuentes](#) en la Sección 3: Información útil para más información sobre los Poderes de Tutela Permanentes y sobre cómo designar un tutor permanente.

5.3 ¿Buscó asesoramiento médico o legal para realizar esta Directiva de Salud Anticipada?

La Parte 5.3 le pide que dé información sobre cualquier asesoramiento médico o legal que recibió cuando realizó su Directiva de Salud Anticipada.

Puede que le resulte útil buscar asesoramiento médico legal para asegurarse a usted y a sus seres cercanos de que las decisiones que está tomando en su Directiva de Salud Anticipada son para su bien y apropiadas para sus circunstancias de salud.

Puede tildar un casillero únicamente en relación con el asesoramiento médico, y un casillero únicamente en relación con el asesoramiento legal. Tache la pregunta si no desea responderla.



Se recomienda (pero no es un requisito) que busque asesoramiento médico o legal para realizar una Directiva de Salud Anticipada.



Parte 6: Firma y testigos

Debe completar esta parte de la Directiva de Salud Anticipada y debe cumplir ciertos requisitos específicos sobre los testigos.

Para asegurarse de que su Directiva de Salud Anticipada sea válida, debe cumplir con los siguientes requisitos para firmar y atestiguar su Directiva de Salud Anticipada.

- Debe firmar la Directiva de Salud Anticipada ante la presencia de dos testigos. Ambos testigos deben verlo firmar la Directiva de Salud Anticipada.
- Los testigos también deben firmar la Directiva de Salud Anticipada. Usted debe ver a ambos testigos firmar la Directiva de Salud Anticipada. Cada testigo debe ver al otro testigo firmar la Directiva de Salud Anticipada.
- Los dos testigos deben ser de al menos 18 años de edad y con capacidad legal plena.
- Uno de los testigos debe ser una persona que esté autorizada para atestiguar declaraciones juradas.

Para una lista detallada de las personas autorizadas a firmar declaraciones juradas en WA, puede referirse a la *Ley de Juras, Afidávits y Declaraciones Juradas de 2005*, (Oaths, Affidavits and Statutory Declarations Act 2005) Anexo 2 en wa.gov.au/government/publications/authorised-witnesses-statutory-declarations.

Una lista simplificada de las personas autorizadas incluye:

- Académicos (instituciones de educación terciaria)
- Contadores
- Arquitectos
- Funcionario Consular Australiano
- Funcionario Diplomático Australiano
- Alguacil
- Gerente de banco
- Secretario colegiado
- Farmacéutico
- Quiropráctico
- Auditor o liquidador de empresas
- Funcionario judicial
- Funcionario de la Fuerza de Defensa
- Odontólogo
- Médico
- Funcionario electoral de un Miembro del Parlamento Estatal
- Ingeniero
- Secretario de organización industrial
- Agente de seguros
- Juez de paz
- Funcionario de Landgate
- Abogado
- Director General o vicedirector General de gobierno local
- Concejal de gobierno local
- Ajustador de seguros
- Celebrante de matrimonios
- Miembro del Parlamento
- Partera
- Clérigo
- Enfermera
- Optometrista
- Paramédico
- Abogado Permanente de Patentes
- Fisioterapeuta
- Podólogo
- Oficial de policía
- Gerente de Oficina de correos
- Psicólogo
- Notario público
- Funcionario público (Commonwealth o Estado)
- Agente inmobiliario
- Gestor
- Comisario o subcomisario
- Agrimensor
- Maestro
- Funcionario de tribunal
- Cirujano veterinario

Al suministrar las direcciones de sus testigos, utilice una dirección física y no una casilla de correo postal. La dirección física puede ser una dirección comercial, lugar de empleo o dirección residencial de los testigos.

Vea las [Preguntas Frecuentes](#) en la Sección 3: Información útil para más información sobre el rol y las responsabilidades de los testigos.

¿Qué sucede si no puedo firmar mi Directiva de Salud Anticipada?

Si usted no es capaz de firmar su Directiva de Salud Anticipada que ha completado, puede realizar una marca de cualquier tipo, como una inicial, cruz o huella digital del pulgar.

Si utiliza una marca que no sea una firma, deberá completar la cláusula para personas que no pueden firmar provista en esta guía y adjuntarla en la Parte 6 de su Directiva de Salud Anticipada. Si incluye esta cláusula se recomienda que busque asesoramiento legal (abogado o servicio legal comunitario)

Vea las [Preguntas Frecuentes](#) en la Sección 3: Información útil para más información sobre cómo completar una Directiva de Salud Anticipada si tiene problemas de vista o no puede leer o escribir.



Sección 3: Información útil

Esta sección provee preguntas frecuentes y una lista de verificación para preparar, completar y guardar su Directiva de Salud Anticipada.

Preguntas frecuentes

Esta sección provee respuestas a algunas preguntas comunes sobre cómo realizar una Directiva de Salud Anticipada

General

¿Cuándo se utilizará mi Directiva de Salud Anticipada?

Su Directiva de Salud Anticipada solo se utilizará en los momentos en que usted no pueda tomar o comunicar decisiones sobre sus tratamientos y atención médica y si se aplica a los tratamientos que usted necesita.

¿Por cuánto tiempo es válida mi Directiva de Salud Anticipada?

Las decisiones que usted tome en su Directiva de Salud Anticipada son válidas:

- hasta que muera o;
- revoque (cancele) su Directiva de Salud Anticipada o;
- mientras sus opciones de tratamientos detalladas en su Directiva de Salud Anticipada permanezcan relevantes. Su Directiva de Salud Anticipada no se aplicará a opciones de tratamientos nuevas que puedan estar disponibles luego de que usted complete la Directiva de Salud Anticipada.

Si utilicé un modelo viejo para mi Directiva de Salud Anticipada, ¿sigue siendo válida?

Sí. Si usted realizó una Directiva de Salud Anticipada utilizando una versión vieja del formulario antes del 4 de febrero del 2023 y siguió todos los requisitos legales para completar el formulario, seguirá siendo válida.

¿Tengo que registrar mi Directiva de Salud Anticipada?

No. No se requiere legalmente que registre su Directiva de Salud Anticipada. Se recomienda que le diga a sus seres cercanos y aquellas personas involucradas en sus cuidados que ha hecho una Directiva de Salud Anticipada y comparta una copia con ellos. Para más información vea [¿Qué debo hacer con mi Directiva de Salud Anticipada completa?](#)

¿Mi profesional de la salud deberá seguir siempre mis decisiones en mi Directiva de Salud Anticipada?

Sí. En la mayoría de las situaciones, si usted no pudiera tomar o comunicar decisiones sobre su tratamiento y cuidados, los profesionales de la salud deben seguir su Directiva de Salud Anticipada, excepto en algunas excepciones limitadas. Una excepción limitada puede ocurrir si:

- las circunstancias relevantes sobre su decisión de tratamiento han cambiado desde que usted tomó la decisión y;
- usted no podría haber anticipado razonablemente aquellos cambios cuando realizó su Directiva de Salud Anticipada, y;
- es probable que una persona razonable con conocimiento del cambio de circunstancias cambiaría su opinión sobre la decisión de tratamiento.

¿Cada cuánto y cuándo debería revisar mi Directiva de Salud Anticipada?

Se recomienda que revise su Directiva de Salud Anticipada cada 2 a 5 años, o si sus circunstancias cambian. Por ejemplo, si se le diagnostica una enfermedad crónica nueva o que limita la vida, puede que tenga que revisar su Directiva de Salud Anticipada antes de los 2 a 5 años.

¿Cuál es la diferencia entre planificación anticipada de cuidados, un Formulario de Valores y Preferencias, un Plan de Cuidado Anticipado y una Directiva de Salud Anticipada?

La planificación anticipada de cuidados es el proceso voluntario de planificación para su salud futura y cuidados personales en el cual hace conocer sus valores, creencias y preferencias, para guiar la toma de decisiones en un momento en el futuro en el cual usted no pueda tomar o comunicar sus decisiones.

Como parte de este proceso, usted puede elegir completar un documento de planificación anticipada de cuidados para registrar sus valores, creencias y preferencias y decisiones de tratamientos. En WA, los documentos de planificación anticipada de cuidados incluyen:

- Un **Formulario de Valores y Preferencias: Planificar para mi cuidado futuro**, es un documento en el cual usted puede registrar lo que valora y lo que quiere para sus cuidados en el futuro incluso en dónde quiere vivir, y otras cosas que sean importantes para usted. Este formulario puede considerarse una Directiva de Common-Law (para más información vea debajo [¿Cuál es la diferencia entre una Directiva de Common-Law y una Directiva de Salud Anticipada?](#))
- Un **Plan Anticipado de Cuidados para alguien con una capacidad insuficiente de toma de decisiones** es un documento escrito en su nombre por una persona reconocida para tomar decisiones que tiene una relación cercana y continua con usted (esto es, la persona más alta en la jerarquía de personas que toman decisiones de tratamientos que esté disponible y dispuesto a tomar decisiones). Este documento puede utilizarse para guiar a las personas que toman decisiones y los profesionales de la salud al momento de tomar decisiones sobre tratamientos médicos en su nombre, si usted no tiene una Directiva de Salud Anticipada válida o un Formulario de Valores y Preferencias. Solo debe utilizarse cuando una persona ya no tiene la capacidad de tomar decisiones para completar un Formulario de Valores y Preferencias o una Directiva de Salud Anticipada. Este documento es un documento no reglamentario y no es un documento en el cual una persona sea capaz de dar consentimiento legal para consentir o negarse a un tratamiento. Los documentos no reglamentarios no son reconocidos según la legislación específica.
- Una **Directiva de Salud Anticipada** es un registro legal de sus decisiones sobre tratamientos que usted desea o no recibir si se enfermara o lesionara en el futuro. Solo puede realizarse por una persona mayor de 18 años que sea capaz de tomar y comunicar sus propias decisiones. La Directiva de Salud Anticipada es un documento reglamentario ya que es reconocido según la legislación. Los documentos reglamentarios son la forma más certera y formal de registrar sus deseos.

¿Cuál es la diferencia entre una Directiva del Common-Law y una Directiva de Salud Anticipada?

Las Directivas de Common Law son comunicaciones escritas o verbales en las cuales una persona expresa sus deseos en relación con su salud futura y cuidados personales a suministrarse o no en circunstancias futuras específicas. No hay requisitos formales en relación con las Directivas de Common Law. Puede haber dificultades significativas para establecer si una Directiva de Common Law específica es válida jurídicamente y puede seguirse. Por esta razón, no se recomiendan para tomar decisiones.

Una Directiva de Salud Anticipada es un registro legal de sus decisiones sobre qué tratamientos desea recibir o no si se enfermara o lesionara en el futuro. Solo puede realizarse para una persona mayor de 18 años que sea capaz de tomar y comunicar sus propias decisiones. La Directiva de Salud Anticipada es un documento reglamentario ya que es reconocida según la legislación. Los documentos reglamentarios son la forma más fuerte y formal de registrar sus deseos.

Testigos, firmas y compartir

¿Se me puede forzar a firmar una Directiva de Salud Anticipada en contra de mi voluntad?

No. Todas las decisiones sobre tratamientos hechas en una Directiva de Salud Anticipada deben tomarse voluntariamente. Una decisión sobre tratamientos que se le obligó a tomar/o en contra de su voluntad con incentivos o coerción no es válida.

Si un miembro familiar o profesional de la salud sospecha que una Directiva de Salud Anticipada no fue hecha voluntariamente o fue influenciada con incentivos o coerción, se debe realizar una aplicación al Tribunal Administrativo del Estado (State Administrative Tribunal) según la *Ley de Tutelas y Administración de 1990 (Guardianship and Administration Act 1990)* para que se determine su (in)validez.

¿Puedo pedirle a mi médico que atestigüe mi Directiva de Salud Anticipada?

Sí. Le puede pedir a su médico que atestigüe su Directiva de Salud Anticipada. Su médico debe firmar como testigo, en presencia de otro testigo (quien también debe ser mayor de 18 años).

¿Puedo pedirle a un miembro familiar que atestigüe mi Directiva de Salud Anticipada?

Sí. Sin embargo, se recomienda que se elijan testigos independientes antes que miembros familiares.

¿Le puedo pedir a mi traductor que atestigüe mi Directiva de Salud Anticipada?

No. Si utilizó los servicios de un traductor al preparar su Directiva de Salud Anticipada, su traductor no puede atestiguar su firma en la Directiva de Salud Anticipada.

¿Necesito avisarle a la gente que realicé una Directiva de Salud Anticipada?

Es muy recomendable que les avise a sus seres cercanos, y a las personas involucradas en su cuidado, que ha realizado una Directiva de Salud Anticipada y comparta una copia con ellos. Dígalas donde ha guardado su Directiva de Salud Anticipada para que puedan acceder a ella con facilidad si fuera necesario en el futuro.

Ampliaciones, cambios, inclusiones y revocaciones (cancelaciones)

¿Puedo incluir páginas adicionales en mi Directiva de Salud Anticipada?

Sí. Puede agregar más información a su Directiva de Salud Anticipada siempre y cuando lo haga antes de que se firme y atestigüe. No puede agregar páginas adicionales una vez que su Directiva de Salud Anticipada haya sido firmada y atestiguada.

¿Cómo agrego páginas a mi Directiva de Salud Anticipada?

Para agregar las páginas de su Directiva de Salud Anticipada, asegúrese de que:

- Utilice un formato que sea consistente con la sección relevante de la Directiva de Salud Anticipada a la que le está agregando páginas
 - si le está agregando páginas a la Parte 4.2, puede usar las [páginas adicionales de la Parte 4.2. Otras decisiones sobre tratamientos](#) provista en esta guía;
 - si está agregando una declaración de un traductor, use la [declaración del traductor](#) provista en esta guía y adjúntela a la Parte 5.1;
 - si está agregando una cláusula para personas que no pueden firmar, use la [cláusula para personas que no pueden firmar](#) provista en esta guía y adjúntela a la Parte 6.
- Adjunte físicamente (p. ej., abroche) las páginas adicionales a la sección relevante de la Directiva de Salud Anticipada.
- Firme y ponga la fecha al pie de las páginas adicionales cuando firme su Directiva de Salud Anticipada (Parte 6) en frente de sus testigos.

Asegúrese de que sus testigos:

- Firmen al pie de la página de todas las páginas adicionales adjuntadas a la Directiva de Salud Anticipada al mismo tiempo que firman la Parte 6.



¿Puedo realizar adiciones o cambios a las decisiones de mi Directiva de Salud Anticipada una vez que haya sido firmada y atestiguada?

No. No puede agregar o cambiar las decisiones en su Directiva de Salud Anticipada después de que haya sido firmada y atestiguada.

Si necesita cambiar su Directiva de Salud Anticipada, debe revocar (o cancelar) su Directiva de Salud Anticipada y puede realizar una nueva.

¿Qué pasa si cambio mi dirección o información de contacto después de que mi Directiva de Salud Anticipada haya sido firmada y atestiguada?

Su Directiva de Salud Anticipada permanece siendo válida si usted cambia su dirección o información de contacto. No necesita revocar (cancelar) su Directiva de Salud Anticipada si solo cambia sus datos personales. Simplemente avíseles a las personas que tienen una copia de su Directiva de Salud Anticipada que ha actualizado sus datos personales.

¿Cómo revoco (o cancelo) mi Directiva de Salud Anticipada?

Para revocar mi Directiva de Salud Anticipada, debe tener capacidad legal plena. La ley provee amparos para asegurar que las Directivas de Salud Anticipadas no puedan cambiarse, enmendarse o revocarse si una persona no tiene la capacidad.

Hay una declaración en la Directiva de Salud Anticipada que le permite indicar que está revocando una versión anterior.

El Departamento de Salud de WA le recomienda que les escriba a todos (personas u organizaciones) para avisarles que ha revocado (cancelado) su Directiva de Salud Anticipada. Esto puede incluir su médico clínico, otros profesionales de la salud, proveedores de atención médica, familiares o amigos que actualmente tienen una copia de su Directiva de Salud Anticipada.

Todos los que tienen una copia de su Directiva de Salud Anticipada deben devolvérsela y usted debe destruir las copias viejas.

¿Una Directiva de Salud Anticipada puede incluir permiso para donación de órganos y tejidos?

No. Una Directiva de Salud Anticipada no puede usarse para registrar formalmente su interés de donar órganos y tejidos. La donación de órganos y tejidos debe registrarse formalmente en donatelife.gov.au. Es importante que hable con sus familiares sobre sus decisiones sobre donación de órganos y tejidos, ya que se les preguntará a sus parientes si están de acuerdo si usted muere.

¿Puedo dar consentimiento para muerte asistida voluntaria en mi Directiva de Salud Anticipada?

No. La muerte asistida voluntaria (health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying) es una opción legal para las personas de Western Australia que cumplen con los requisitos de elegibilidad. No es posible incluir la muerte asistida voluntaria en una Directiva de Salud Anticipada, pero si esto es algo que usted puede que considere como una opción, puede hablar con su proveedor de atención médica o contactarse con el WA Statewide Care Navigator Service. Los guías de cuidado que trabajan en el servicio son profesionales de la salud calificados con una enorme cantidad de conocimiento sobre la muerte asistida voluntaria como elección de fin de vida. Tienen mucha experiencia en el apoyo a pacientes, familias y profesionales de la salud.

¿La Directiva de Salud Anticipada está disponible en otros idiomas aparte del inglés?

No. La Directiva de Salud Anticipada solo está disponible en inglés y sus respuestas deben estar escritas en inglés para que sean válidas. Esta guía y otra información sobre planificación anticipada de cuidados está disponible en múltiples idiomas. Vea healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives para más información.

¿Puede acceder a un traductor para que me ayude con mi Directiva de Salud Anticipada?

Sí. Puede utilizar los servicios de un traductor para realizar su Directiva de Salud Anticipada. Se recomienda que su traductor esté calificado o tenga credenciales para traducir. Vea [Parte 5.1 en la Sección 2: Guía Paso a Paso](#). La sección [Dónde ir para más información](#) de esta guía incluye información de dónde encontrar los servicios de un traductor.

¿Puede pedirle a mi médico que utilice un intérprete para que podamos discutir mi Directiva de Salud Anticipada?

Sí. Si le gustaría discutir su Directiva de Salud Anticipada con su médico (o cualquier otro profesional de la salud involucrado en su cuidado), puede pedir el uso de un servicio de interpretación. El intérprete puede estar en la habitación con usted o puede interpretar la discusión por teléfono.

¿Qué debemos hacer mi traductor y yo para completar la Directiva de Salud Anticipada?

Usted y su traductor deben completar la [declaración del traductor](#) provista en esta guía y adjuntarla a la Parte 5.1 de su Directiva de Salud Anticipada completa.

¿Cómo realizo una Directiva de Salud Anticipada si tengo problemas de visión, o si no puedo leer o escribir?

No poder leer o escribir, o firmar su nombre no le impide realizar una Directiva de Salud Anticipada. Puede pedirle a alguien que le lea la Directiva de Salud Anticipada (y esta guía), y puede pedir ayuda para completar la Directiva de Salud Anticipada.

Si no puede firmar la Directiva de Salud Anticipada completa, puede pedirle a alguien que la firme en su nombre. La persona que firme en su nombre deberá completar la segunda opción en la página de firmas en la Parte 6.

Si desea “firmar” la Directiva de Salud Anticipada usted mismo haciendo una marca de cualquier tipo, que no sea una firma, debe completar la [cláusula de personas que no pueden firmar](#) provista en esta guía y adjuntarla a la Parte 6 de su Directiva de Salud Anticipada. Los mismos requisitos de testigos aplican incluso si utiliza una cláusula de personas que no pueden firmar.

Si incluye una cláusula de personas que no pueden firmar, se recomienda que busque asesoramiento legal de un abogado o servicio legal comunitario. La sección de [Dónde ir para más información](#) en esta guía le provee información sobre donde ir para buscar asesoramiento legal.

Tratamientos de soporte vital

¿Qué es un tratamiento de soporte vital?

Los tratamientos de soporte vital son atención médica dirigida a mantener una persona con vida o seguir vivo si están en riesgo de morir. Ejemplos de tratamientos de soporte vital incluyen:

- RCP (resucitación cardiopulmonar) (p. ej., tratamiento para mantener su corazón bombeando si ha dejado de latir).
- Ventilación asistida (p. ej., una máquina que ayuda a la respiración con una máscara facial o un tubo de respiración).
- Hidratación artificial (p. ej., fluidos dados a través de un tubo a las venas, tejidos o estómago).
- Nutrición artificial (p. ej., un tubo de alimentación a través de la nariz o estómago).
- Recibir hemoderivados (p. ej., transfusión de sangre).
- Antibióticos (p. ej., drogas provistas para ayudar a luchar contra una infección, dadas mediante inyección bucal o un tubo de goteo).

Poder de Tutela Permanente

¿Qué es un Poder de Tutela Permanente?

Un Poder de Tutela Permanente (EPG) es un documento legal que autoriza a una persona de su elección, a realizar decisiones importantes personales, de estilo de vida y sobre tratamientos en su nombre en caso de que usted fuera incapaz de tomar o comunicar decisiones por sí mismo.

Esta persona se conoce como tutor permanente. Usted puede autorizar a un tutor permanente para que tome decisiones sobre dónde vive, los servicios de apoyo a los que tiene acceso, y el tratamiento que recibe. No puede autorizar a su tutor permanente a tomar decisiones sobre su propiedad o asuntos financieros. Puede tener más de un tutor permanente, pero ellos deben actuar en conjunto lo que significa que deben llegar a un acuerdo sobre cualquier decisión que tomen en su nombre.

Para más información sobre los Poderes de Tutela Permanentes y tutores permanentes, vea el sitio web de la Oficina de la Defensoría del Pueblo en justice.wa.gov.au/epg.

Si realizo una Directiva de Salud Anticipada, ¿necesito realizar un Poder de Tutor Permanente también?

No. No tiene obligación de realizar un Poder de Tutela Permanente solo porque ha realizado una Directiva de Salud Anticipada.

Sin embargo, al nombrar un tutor, incrementará las posibilidades de que las decisiones tomadas en su nombre reflejen sus valores, creencias y preferencias si no pudiera tomar o comunicar estas decisiones por sí mismo.



Copias certificadas y guardado

¿Cómo hago una copia certificada de mi Directiva de Salud Anticipada?

Una copia certificada es una fotocopia de un documento que ha sido certificado como copia directa del documento original por un testigo autorizado. No hay legislación en WA sobre cómo certificar una copia o quién puede hacerlo.

Sin embargo, usualmente los documentos se certifican por una persona que está autorizada como testigo para las declaraciones reglamentarias según el Anexo 2 de la *Ley de Juramentos, Afidávits y Declaraciones Reglamentarias de 2005*. Para más información sobre cómo certificar copias de su Directiva de Salud Anticipada, vea el sitio web de la Oficina de la Defensoría del Pueblo en publicadvocate.wa.gov.au o la ficha técnica del Departamento de Justicia – Certificar copias de documentos: justice.wa.gov.au.

¿Qué debo hacer con mi Directiva de Salud Anticipada completa?

Debe guardar el original de su Directiva de Salud Anticipada en un lugar seguro.

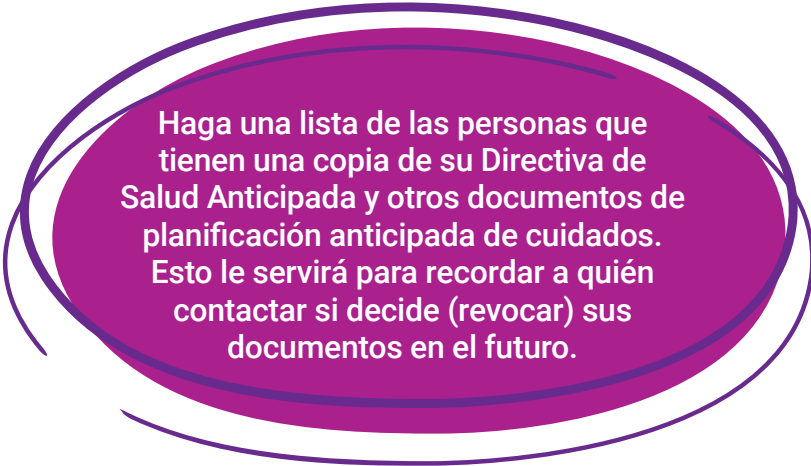
Puede guardar una copia de su Directiva de Salud Anticipada en línea utilizando Mi Registro de Salud (My Health Record). Para subir su Directiva de Salud Anticipada a My Health Record diríjase a digitalhealth.gov.au.

Se recomienda que le avise a sus seres cercanos y las personas que están involucradas en sus cuidados que ha hecho una Directiva de Salud Anticipada. Puede compartir una copia de su Directiva de Salud Anticipada con toda la gente que sea cercana que usted quiera. Estos pueden incluir:

- su familia, amigos y cuidadores
- tutores permanentes
- médico clínico/médico local
- otros especialistas o profesionales de la salud
- residencia de ancianos
- hospital local
- profesionales legales

También puede utilizar los siguientes mecanismos, para avisarle a la gente que usted tiene una Directiva de Salud Anticipada:

- Llevar una tarjeta de alerta de su Directiva de Salud Anticipada en su billetera o cartera: puede pedir una tarjeta de alerta al con al Departamento de Salud, Línea de Planificación Anticipada de Cuidados al 9222 2300 o por correo electrónico a acp@health.wa.gov.au.
- Usar un brazalete MedicAlert (medicalert.org.au).



Haga una lista de las personas que tienen una copia de su Directiva de Salud Anticipada y otros documentos de planificación anticipada de cuidados. Esto le servirá para recordar a quién contactar si decide (revocar) sus documentos en el futuro.

Lista de verificación de una Directiva de Salud Anticipada

Las acciones en **negrita** se requieren para asegurarse de que su Directiva de Salud Anticipada es válida.

- Lea la Directiva de Salud Anticipada y utilice esta guía para prepararse y entender qué tener en cuenta mientras completa su Directiva de Salud Anticipada.
- Piense en lo que más le importa sobre sus valores, salud y atención médica y lo que más le importará si se enfermara o lesionara de gravedad en el futuro.
- Hable con familiares y amigos cercanos sobre lo que es importante para usted y sus valores y preferencias sobre atención médica, incluso cuidados de fin de vida.
- Pídale a su médico que le explique las opciones de tratamientos detalladas en la Directiva de Salud Anticipada.
- Piense en si quiere designar un tutor permanente para que se responsabilice de sus decisiones sobre sus asuntos de salud y estilo de vida. Si lo desea, considere a quien quiere designar y hable con ellos sobre sus deseos.
- Considere cómo realizar una Directiva de Salud Anticipada puede afectar sus otros documentos de planificación anticipada de cuidados que haya completado.
- Complete los datos en su Directiva de Salud Anticipada a mano o escríbalos en el formulario electrónico en PDF.
- Complete Parte 1: Mis datos personales.**
- Tome al menos una decisión en la Parte 4: Mis decisiones sobre tratamientos de mi Directiva de Salud Anticipada.**
- Si ha utilizado los servicios de un traductor para realizar su Directiva de Salud Anticipada, complete la Parte 5.1 y complete la declaración del traductor provista en esta guía, y adjúntela a la Parte 5.1 de su Directiva de Salud Anticipada.
- Complete la Parte 6 con la firma de su Directiva de Salud Anticipada en la presencia de dos testigos mayores de 18 años, incluyendo una persona que esté autorizada para ser testigo en declaraciones reglamentarias en WA.**
- Si utilizó una marca que no sea una firma en su Directiva de Salud Anticipada, complete la cláusula de personas que no pueden firmar provista en esta guía y adjúntela a la Parte 6 de su Directiva de Salud Anticipada.**
- Haga copias certificadas y suba una copia a su [My Health Record \(myhealthrecord.gov.au\)](https://myhealthrecord.gov.au) (Mi Registro de Salud) para asegurarse de que esté disponible para los profesionales de la salud que los están tratando si es necesario.
- Guarde el original de su Directiva de Salud Anticipada en un lugar seguro.
- Dele copias certificadas de su Directiva de Salud Anticipada a sus familiares y amigos cercanos y personas que estén involucradas en su cuidado.
- Planifique un tiempo (en 2 a 5 años) para revisar su Directiva de Salud Anticipada o hágalo de inmediato si sus circunstancias de salud cambian.

Dónde dirigirse para más información

Esta sección le provee una lista de organizaciones que le pueden ayudar a entender y realizar una Directiva de Salud Anticipada.

Directiva de Salud Anticipada

Departamento de Salud de WA. Línea de Planificación Anticipada de Cuidados

Consultas generales y para pedir recursos gratuitos de planificación anticipada de cuidados (p. ej., directivas de Salud Anticipada)

Teléfono: 9222 2300

Correo electrónico: acp@health.wa.gov.au

Sitio web: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

Línea de Ayuda de Cuidados Paliativos

Información y apoyo sobre temas relacionados con la planificación anticipada de cuidados, cuidados paliativos, dolor y pérdida

Teléfono: 1800 573 299 (9 a. m. a 5 p. m. todos los días)

Sitio web: palliativecarewa.asn.au

Cuidados paliativos WA

Consultas generales, recursos e información sobre talleres comunitarios de planificación anticipada de cuidados

Teléfono: 1300 551 704 (lunes a jueves)

Sitio web: palliativecarewa.asn.au

Servicio de Apoyo Gratuito de Planificación Anticipada de Cuidados Australia

Consultas generales de profesionales de la salud y consumidores, y apoyo para completar documentos de planificación anticipada de cuidados

Teléfono: 1300 208 582 (lunes a viernes 9 a. m. a 5 p. m. AEST)

Sitio web: advancecareplanning.org.au

Poder de Tutela Permanente

Oficina de Defensoría del Pueblo

Información sobre Poder de Tutela Permanente, tutores permanentes y evaluación de capacidad

Teléfono: 1300 858 455

Correo electrónico: opa@justice.wa.gov.au

Sitio web: publicadvocate.wa.gov.au

Servicio médico

Vea a su médico clínico, médico local o especialista para asesorarse

healthdirect Australia

Servicio telefónico confidencial para asesoramiento médico. Puede dirigirlo a un médico clínico o hablar con una enfermera registrada

Teléfono: 1800 022 222 (Disponible en todo momento, todos los días del año)

Sitio web: healthdirect.gov.au

Asesoramiento legal

Vea a su abogado o procurador para asesorarse

Sociedad de Derecho de Western Australia

Teléfono: 9324 8600

Busque un abogado en la sección de pedidos de referencias: lawsocietywa.asn.au/find-a-lawyer

Oficina de Asesoramiento a Ciudadanos

Teléfono: 9221 5711

Sitio web: cabwa.com.au

Centros Legales Comunitarios

Teléfono: 9221 9322

Sitio web: communitylegalwa.org.au

Ayuda Legal WA

Teléfono: 1300 650 579

Sitio web: legalaids.wa.gov.au

Aplicaciones sobre el funcionamiento del Poder de Tutela Permanente y Directivas de Salud Anticipada

Tribunal Administrativo Estatal (SAT)

Teléfono: 1300 306 017

Sitio web: sat.justice.wa.gov.au

Si necesita un traductor o intérprete

Si tiene dificultad para entender esta guía y le gustaría traducirla a otro idioma, el Instituto de Traductores e Intérpretes de Western Australia (WAITI) y la Autoridad Nacional de Acreditación de Traductores e Intérpretes (NAATI) tienen directorios en línea con listados de traductores e intérpretes calificados y con credenciales que lo pueden asistir. También puede contactar a Aboriginal Interpreting WA (Intepretación Aborigen WA).

Aboriginal Interpreting WA (Intepretación aborigen WA)

Teléfono: 0439 943 612

Sitio web: aiwaac.org.au

Si es hipoacúsico o tiene problemas de audición o habla



Utilice el Servicio de Repetición Nacional para llamar a cualquiera de las agencias de esta sección. Para más información visite: communications.gov.au/accesshub

Términos comunes

Esta sección le da definiciones de términos comunes usados en la Directiva de Salud Anticipada.

Planificación Anticipada de Cuidados

Un proceso voluntario de planificación para su salud futura y cuidados personales por el cual se dan a conocer los valores, creencias y preferencias de una persona para guiar la toma de decisiones en un momento futuro en el que esa persona no pueda tomar o comunicar sus decisiones.

Documentos de planificación anticipada

Un término multifunción para incluir documentos (incluso reglamentarios o no reglamentarios) que resultan de la planificación anticipada de cuidados. En WA, esto incluye Directivas de Salud Anticipadas, el Formulario de Valores y Preferencias: Planear para mi cuidado futuro, Poderes de Tutela Permanentes, y el Plan Anticipado de Cuidados para Personas con Capacidad de Toma de decisiones Insuficientes.

Plan Anticipado de Cuidados

Documentos que reflejan las creencias, valores y preferencias de una persona en relación con sus decisiones futuras de cuidados, pero que no cumple con los requisitos de reconocimiento reglamentario o Common Law debido a la falta de competencia de la persona o capacidad de toma de decisiones insuficiente, o falta de formalidades (como identificación inadecuada de la persona, firma o fecha). Un Plan Anticipado puede ser oral o escrito, aunque se prefiere escrito.

Directiva de Salud Anticipada

Es un documento voluntario legal hecho por personas completado por un adulto con capacidad legal plena que se enfoca en los valores y preferencias de un individuo para decisiones futuras de cuidado, incluso sus resultados y cuidados preferidos.

Especifica los tratamientos para los que se da o niega consentimiento en circunstancias específicas y solo entra en efecto si la persona no pudiera comunicar sus deseos.

Capacidad

Una persona es capaz cuando:

- entiende cualquier información o asesoramiento que se le da para ayudarlo a tomar decisiones en su Directiva de Salud Anticipada;
- entiende los posibles efectos de las decisiones que tome en su Directiva de Salud Anticipada en sus tratamientos y cuidados futuros;
- es capaz de considerar los posibles pros y contras de sus decisiones sobre sus tratamientos y cuidados futuros;
- es capaz de comunicar sus decisiones sobre sus tratamientos y atención médica futuros de alguna manera.

Copia certificada

Una fotocopia de una Directiva de Salud Anticipada atestiguada apropiadamente que ha sido certificada como copia directa del documento original por un testigo autorizado.

Fin de vida

El marco de tiempo en el cual una persona vive con una condición que limita la vida o potencialmente fatal. Se considera que las personas están acercándose al fin de la vida si es probable que mueran durante los próximos 12 meses.

Poder de Notarial Permanente

Un documento en el cual una persona designa a alguien (también conocido como representante legal) para gestionar sus asuntos financieros.

Poder de Tutela Permanente (EPG)

Un Poder de Tutela Permanente es un documento legal en el cual una persona designa a alguien como tutor permanente para tomar decisiones personales, de estilo de vida y tratamiento en su nombre en el caso de que no pudieran realizar juicios razonables sobre estos asuntos en el futuro.

Tutor permanente

Una persona designada con un Poder de Tutor Permanente para tomar decisiones personales, de estilo de vida, tratamientos e investigación médica en nombre de la persona que lo designó.

Atención médica

Atención médica puede incluir tratamientos médicos, tratamientos de soporte vital, cirugía, tratamiento de salud mental, medicaciones, tratamiento dental, cuidados de maternidad, atención de emergencia, cuidados de enfermería, podología, fisioterapia, optometría, terapia psicológica, atención médica aborígen, terapia ocupacional, y otros servicios provistos por profesionales de la salud registrados como medicina tradicional china.

Profesional de la salud

Todo profesional registrado que practica una disciplina o profesión en el área de salud que involucra la aplicación de un cuerpo de conocimientos, incluso una persona que pertenece a una profesión designada específicamente por legislación.

LGBTQIA+

Personas que se identifican como lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersex, queer, asexual u otras orientaciones sexuales diversas e identidades de género.

Medidas o tratamientos de soporte vital

Procedimientos médicos, cirugías o de enfermería que reemplazan las funciones vitales del cuerpo que es incapaz de funcionar de forma independiente. Incluye ventilación asistida y resucitación cardiopulmonar.

Investigación médica

Investigación realizada con o sobre individuos, o sus datos o tejido, en el campo de la medicina o salud, e incluye una actividad llevada a cabo para los propósitos de esa investigación.

Cuidados paliativos

Atención médica enfocada en mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades o condiciones potencialmente fatales, incluso sus familiares y cuidadores.

Los cuidados paliativos reconocen a la persona y la importancia y la singularidad de su familia/cuidadores. Considera las aflicciones físicas, sociales, financieras, emocionales y espirituales, las cuales pueden influir en la experiencia de la persona y los resultados de su tratamiento.

Defensoría del Pueblo

Un funcionario reglamentario designado según la *Ley de Tutela y Administración de 1990* para proteger y promover los derechos de los adultos con una discapacidad para tomar decisiones.

Tribunal Estatal Administrativo (SAT)

La entidad judicial que, según la *Ley de Tutela y Administración de 1990*, se ocupa de casos sobre el funcionamiento de Poderes de Tutores Permanentes y Directivas de Salud Anticipadas.

Decisión sobre tratamiento

Una decisión de dar o negar consentimiento para comenzar o continuar cualquier tratamiento.

Tratamiento urgente

Tratamiento urgente necesario para un paciente para salvar la vida de una persona, para prevenir daños graves a la salud de la persona o para prevenir que la persona sufra o continúe sufriendo dolor o aflicción significativos.

Debajo puede encontrar términos médicos usados en la Directiva de Salud Anticipada

Antibióticos

Un tipo de medicina usada para tratar infecciones.

Hidratación artificial

Fluidos provistos a través de un tubo a una vena, tejido o el estómago.

Nutrición artificial

Alimentos provistos a través de un tubo a través de la nariz o el estómago.

Hemoderivados

La sangre contiene glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas, anticuerpos y proteínas de soporte vital p. ej., aquellas que nos ayudan a detener el sangrado. El término "hemoderivados" incluye cualesquiera productos derivados de un componente de la sangre.

Transfusión de sangre

Sangre o hemoderivados provistos a través de un tubo a los vasos sanguíneos de un paciente.

Resucitación cardiopulmonar (RCP)

Medidas de emergencia para mantener el corazón bombeando (mediante compresión del pecho o uso de un desfibrilador) y asistir a la ventilación cuando el corazón o la respiración se han detenido.

Quimioterapia

Medicinas utilizadas para tratar el cáncer. La quimioterapia implica el uso de drogas para matar o detener la propagación de células cancerígenas al cuerpo.

Diálisis

Un procedimiento usualmente realizado en pacientes con insuficiencia renal para remover los desechos de la sangre y corregir el fluido y los desbalances de electrolitos.

Enfermedad

Una enfermedad o mal con síntomas específicos y bien definidos.

Terapia intensiva

Una rama de la medicina que se ocupa de dar soporte vital o soporte de órganos para personas que estén enfermas de gravedad y requieran control intensivo. También se conoce como medicina de cuidados críticos.

Intubación y ventilación

Procedimientos médicos utilizados cuando una persona no puede respirar por sí misma. La intubación es el pasaje de un tubo (usualmente a través de la boca) a los pulmones. La ventilación es la acción de pasar aire a través del tubo.

Intravenoso

Una palabra que significa "en la vena". Por ejemplo, los fluidos intravenosos son fluidos que se dan mediante una inyección o goteo en las venas de una persona.

Enfermedad/condición que limita la vida

Una enfermedad, condición o lesión que es probable que resulte en la muerte, pero no se restringe a la fase terminal en la cual la muerte es inminente.

Medicación para aliviar el dolor

Cualquier medicina provista con el propósito de reducir el dolor. La medicación para el dolor se puede dar a través de diversos medios como la boca, una inyección o a través de un parche aplicado en la piel.

Paciente

Cualquier persona que necesita tratamiento

Parálisis

La pérdida de la habilidad de usar o controlar ciertos músculos del cuerpo. La parálisis suele ser causada por daño de los nervios.

Septicemia

Una condición potencialmente fatal que ocurre cuando un cuerpo daña sus propios tejidos y órganos como respuesta a una infección. La septicemia puede causar shock séptico, insuficiencia de órganos e incluso la muerte si la septicemia no se diagnostica y trata tempranamente.

Ataque cerebral

Una pérdida súbita de función cerebral causada por un bloqueo o ruptura de un vaso sanguíneo al cerebro, caracterizada por la pérdida del control muscular, disminución o pérdida de sensaciones o conciencia, mareos, dificultad para hablar, u otros síntomas que varían según el alcance o gravedad del daño al cerebro.

Ejemplo de una Directiva de Salud Anticipada Completa

Las siguientes páginas proveen un ejemplo de una Directiva de Salud Anticipada completa. Puede referirse a esta para ayudarse a preparar y completar su propia Directiva de Salud Anticipada.

Recuerde, completar su Directiva de Salud Anticipada lleva tiempo. No tiene que completarla de una sola vez. Puede completarla en partes.

Encartes provistos en esta guía

Una Directiva de Salud Anticipada en blanco es provista como encarte con esta guía.

También se proveen páginas adicionales para utilizar si:

- requiere espacio adicional para completar la Parte 4.2. Otras decisiones sobre tratamientos;
- utilizó los servicios de un traductor para realizar su Directiva de Salud Anticipada;
- usted usa una marca de cualquier tipo que no sea una firma para firmar su Directiva de Salud Anticipada.

Estos documentos también están disponibles en:

healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives.



XY310580

Advance Health Directive

This form is for people who want to make an Advance Health Directive in Western Australia.

To make an Advance Health Directive, you **must be 18 years or older and have full legal capacity.** Your Advance Health Directive is about your future treatment. It will only come into effect if you are unable to make reasonable judgements or decisions at a time when you require treatment.



Part 4 marked with this symbol, contains your treatment decisions. If you choose not to make any treatment decisions in Part 4, then the document is not considered a valid Advance Health Directive under the *Guardianship and Administration Act 1990*.

Please tick the box below to indicate that by making this Advance Health Directive you revoke all prior Advance Health Directives completed by you.

In making this Advance Health Directive, I revoke all prior Advance Health Directives made by me.

This form includes instructions to help you complete your Advance Health Directive. For more information on how to complete the form and to see examples, please read the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia*.

Before you make your Advance Health Directive, you are encouraged to seek medical and/or legal advice, and to discuss your decisions with family and close friends. It is important that people close to you know that you have made an Advance Health Directive and where to find it. Once you complete your Advance Health Directive, it is recommended that you:

- store the original in a safe and accessible place
- tell your close family and friends that you have made an Advance Health Directive and where to find it
- upload a copy of your Advance Health Directive to My Health Record – this will ensure that your Advance Health Directive is available to your treating doctors if it is needed
- give a copy of your Advance Health Directive to health professionals regularly involved in your healthcare (for example, your General Practitioner (GP), a hospital you attend regularly, and/or other health professionals involved in your care).

If English is not your first language, you may choose to engage a translator. Western Australian Institute of Translators and Interpreters (WAITI) and National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) have online directories which list qualified and credentialed translators able to assist you.

Advance Health Directive

Part 1: My personal details

You must complete this section

You **must** complete this section.

You **must** include the date, your full name, date of birth and address.

This Advance Health Directive is made under the **Guardianship and Administration Act 1990 Part 9B** on the:

of:	15th	(day)
	October	(month)
	2021	(year)
by:	Marie Catherine Richards	(name)

Full name	Marie Catherine Richards		
Date of birth	3rd October 1951		
Address	5 Richmond Street		
	Canning Vale	WA	6155
	Suburb	State	Postcode
Phone number	9000 0000		
Email	marierichards@gmail.com.au		

Part 2: My health

2.1 My major health conditions

Use Part 2.1 to list details about your major health conditions (physical and/or mental).

Cross out Part 2.1 if you do not want to complete it.

Please list any major health conditions below:

I was diagnosed with bowel cancer 7 years ago. I had surgery and chemotherapy.

I am in remission but have been told there is a chance the cancer may come back.

I also have high blood pressure and cholesterol. I am on medication for the blood pressure.

2.2 When talking with me about my health, these things are important to me

Use Part 2.2 to provide information about what is important to you when talking about your treatment.

This might include:

- How much do you like to know about your health conditions?
- What do you need to help you make decisions about treatment?
- Would you like to have certain family members with you when receiving information from your health professionals?

Cross out Part 2.2. if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you when talking to health professionals about your treatment:

I like to know as much as I can about all my health conditions.

It takes me a long time to understand what my GP and health professionals tell me in appointments. I like to take my son with me to appointments – he knows how best to explain everything to me.

Part 3: My values and preferences

This part encourages you to think about your values and preferences relating to your health and care now and into the future. This may help you to decide what future treatment decisions you want to make in Part 4: My Advance Health Directive Treatment Decisions.

In this part, you are not making decisions about your future treatment. Use Part 4 to make decisions about your future treatments.

Cross out any parts that you do not want to complete.

3.1 These things are important to me

Use Part 3.1 to provide information about what 'living well' means to you now and into the future.

This might include:

- What are the most important things in your life?
- What does 'living well' mean to you?

Cross out Part 3.1 if you do not want to complete it.

Please describe what 'living well' means to you now and into the future. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe:

My family and friends are the most important thing in my life. I also like to go to my local lawn bowls at the community centre where I have a regular group of friends that I bowl with every week. I would like to keep visiting them and bowling for as long as I can.

- Spending time with family and friends
- Living independently
- Being able to visit my home town, country of origin, or spending time on country
- Being able to care for myself (e.g. showering, going to the toilet, feeding myself)
- Keeping active (e.g. playing sport, walking, swimming, gardening)
- Enjoying recreational activities, hobbies and interests (e.g. music, travel, volunteering)
- Practising religious, cultural, spiritual and/or community activities (e.g. prayer, attending religious services)
- Living according to my cultural and religious values (e.g. eating halal, kosher foods only)
- Working in a paid or unpaid job

Part 3: My values and preferences

3.2 These are things that worry me when I think about my future health

Use Part 3.2 to provide information about things that worry you about your future health.

This might include:

- Being in constant pain.
- Not being able to make your own decisions.
- Not being able to care for yourself.

Cross out Part 3.2 if you do not want to complete it.

Please describe any worries you have about the outcomes of future illness or injury:

I have occasional aches and pains that come with being 70 years old but I really worry about constant pain. I don't think I could cope if I was always in pain.

I also worry about my family and friends not being able to understand me and about not being able to communicate as I have always done.

3.3 When I am nearing death, this is where I would like to be

Use Part 3.3 to indicate where you would like to be when you are nearing death.

When you are nearing death, do you have a preference of where you would like to spend your last days or weeks?

Cross out Part 3.3. if you do not want to complete it.

Please indicate where you would like to be when you are nearing death. Tick the option that applies you. You can provide more detail about the option you choose in the space below.

- I want to be at home – where I am living at the time
- I do not want to be at home – provide more details below
- I do not have a preference – I would like to be wherever I can receive the best care for my needs at the time
- Other – please specify:

Please provide more detail about your choice:

I would really like to stay at home for as long as possible. If my family find it too hard to look after me at home, then I understand it will be best if I move into a nursing home. I trust them to choose a home that is right for me.

Part 3: My values and preferences

3.4 When I am nearing death, these things are important to me

Use Part 3.4 to provide information about what is important to you when you are nearing death.

This might include:

- What would comfort you when you are dying?
- Who would you like around you?

Cross out Part 3.4 if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you and what would comfort you when you are nearing death. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe: *I grew up on a farm in the country so I would really like to visit the countryside and be near open spaces as I am nearing death.*

- I do not want to be in pain, I want my symptoms managed, and I want to be as comfortable as possible. (Please provide details of what being comfortable means to you)

- I want to have my loved ones and/or pets around me (Please provide details of who you would like with you)

I would like my sister, my children, grandchildren and my dog, Abbey, to be with me.

- It is important to me that cultural or religious traditions are followed (Please provide details of any specific traditions that are important for you)

- I want to have access to pastoral/spiritual care (Please provide details of what is important for you)

- My surroundings are important to me (e.g. quiet, music, photographs) (Please provide details of what is important for you.)

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions

This part of your Advance Health Directive contains treatment decisions in respect of your future treatment. A **treatment** is any medical or surgical treatment including palliative care and life-sustaining measures (such as assisted ventilation and cardiopulmonary resuscitation), dental treatment, or other healthcare.

A **treatment decision** in an Advance Health Directive is a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of any treatment and includes a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of the person's participation in medical research. This decision applies at any time you are unable to make reasonable judgements in respect of that treatment.

Treatment to which you consent in this Advance Health Directive can be provided to you. Treatment to which you refuse consent to in this Advance Health Directive cannot be provided to you. Your enduring guardian or guardian or another person cannot consent or refuse consent on your behalf to any treatment to which this Advance Health Directive applies.

It is recommended that you discuss your treatment decisions with your doctor before completing this part.

Cross out any parts if you do not want to complete them.

Note: You MUST make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions

Use Part 4.1 to indicate your instructions for future life-sustaining treatments.

You can give an overall instruction or list individual treatments that you consent or refuse consent to receiving in future. You can also list circumstances in which you consent or refuse consent to a particular treatment.

Life-sustaining treatments are treatments used to keep you alive or to delay your death.

Read all options before making a decision. The options are over 2 pages.

Cross out Part 4.1 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

If I do not have the capacity to make or communicate treatment decisions about my healthcare in the future, I make the following decisions about life-sustaining treatment:

Tick only one of the following options. If you choose Option 4, complete the table overleaf.

Option 1 **I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.**

Or

Option 2 **I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life unless it is apparent that I am so unwell from injury or illness that there is no reasonable prospect that I will recover to the extent that I can survive without continuous life-sustaining treatments. In such a situation, I withdraw consent to life-sustaining treatments.**

Or

Option 3 **I refuse consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.**

Or

Option 4 **I make the following decisions about specific life-sustaining treatments as listed in the table below. (Tick a box in each row of the table).**

Or

Option 5 **I cannot decide at this time.**

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued*

**Please complete this table if you have ticked Option 4 above.
If you have ticked Option 1, 2, 3 or 5, do not complete this table.**

This table lists some common life-sustaining treatments. Use the boxes to indicate which treatments you consent to or refuse consent to receiving. You can also list circumstances in which you consent to treatment. There is also space for you to add any life-sustaining treatments not listed here.

Tick one box per row in the table below.

If you choose Option B for any treatments, please specify the circumstances in which you consent to the treatment.

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
CPR Cardiopulmonary resuscitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Assisted ventilation A machine that helps you breathe using a face mask or tube	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment? <i>Only if this treatment was temporary and if I could then return home, even with oxygen. I do not want to be permanently on a breathing machine in hospital or in a nursing home.</i>			
Artificial hydration Fluids given via a tube into a vein, tissues or the stomach	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Artificial nutrition A feeding tube through the nose or stomach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued*

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
Receiving blood products such as a blood transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Antibiotics Drugs given to help fight infection, given by mouth, injection or by drip tube	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Use the boxes below to list any other life-sustaining treatments you do/do not consent to receive:				
Other life-sustaining treatment (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Other life-sustaining treatment (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.2 Other treatment decisions

Use Part 4.2 to indicate your decisions for other (non-life-sustaining) treatments.

There are a range of other treatments that may be options for you in future.

Examples include treatments for mental health (e.g. electroconvulsive therapy) and drugs used to prevent certain health conditions (e.g. aspirin, cholesterol treatments).

When making the treatment decision, list the circumstances in which you want your decision to apply (e.g. in all circumstances, or specify particular circumstances).

A treatment decision only applies in the circumstances you specify.

Please ensure you indicate in the 'My treatment decisions' column whether you consent or refuse consent to any treatment you refer to.

If you need more space, use the blank My Advance Health Directive treatment decisions form provided as an insert with the Advance Health Directive form.

Cross out Part 4.2 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Health circumstances	My treatment decisions
<i>I have very high cholesterol</i>	<p><i>Do not give me cholesterol absorption inhibitors.</i></p> <p><i>I cannot tolerate the side effects.</i></p>

I have made more treatment decisions using the template and attached _____ (specify number of pages) additional pages.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research

Use Part 4.3 to provide treatment decisions about the types of medical research you consent or refuse consent to take part in, and any circumstances in which these decisions apply.

Taking part in medical research may be an option for you even if you are unable to make or communicate decisions.

A treatment decision may include deciding whether to start or continue to take part in medical research. Your involvement in medical research, and any treatments you receive as part of the medical research, must be consistent with what you have agreed in your Advance Health Directive. The decisions you make in your Advance Health Directive about participating in medical research only operate while you are alive.

If you do not make a decision about participation in medical research, Part 9E of the *Guardianship and Administration Act 1990* will operate as to how decisions will be made about participation in medical research.

Cross out Part 4.3 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Please tick a box showing whether you consent to taking part in the listed medical research activities and the circumstances in which you would consent. You may tick more than one circumstance for each research activity.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
The administration of pharmaceuticals or placebos (inactive drug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
The use of equipment or a device	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Providing health care that has not yet gained the support of a substantial number of practitioners in that field of health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Providing health care to carry out a comparative assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Taking blood samples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taking samples of tissue or fluid from the body, including the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any non-intrusive examination of the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A non-intrusive examination of height, weight or vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Being observed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Undertaking a survey, interview or focus group	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Collecting, using or disclosing information, including personal information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considering or evaluating samples or information taken under an activity listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Any other medical research not listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Part 5: People who helped me complete this form

5.1 Did you use the services of a translator when completing this form?

Use Part 5.1 to show whether you engaged a translator in completing this form.

If English is not your first language, you can engage a translator when completing this form.

If you engaged a translator when making this Advance Health Directive, you and your translator should complete the translator statement provided in the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia* and attach it to your Advance Health Directive.

Cross out Part 5.1 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1	<input checked="" type="checkbox"/>	English is my first language – I did not need to engage a translator.
Option 2	<input type="checkbox"/>	English is not my first language – I engaged a translator when making this Advance Health Directive and I have attached a translator statement.
Option 3	<input type="checkbox"/>	English is not my first language – I did not engage a translator when making this Advance Health Directive.

Part 5: People who helped me complete this form

5.2 Have you made an Enduring Power of Guardianship (EPG)?

Use Part 5.2 to indicate whether you have made an Enduring Power of Guardianship (EPG) and provide details if relevant.

An Enduring Power of Guardianship (EPG) allows you to name and legally appoint one or more people to make decisions about your lifestyle and healthcare if you lose capacity.

A person you appoint to make decisions on your behalf is called an enduring guardian.

An enduring guardian cannot override decisions made in your Advance Health Directive.

Cross out Part 5.2 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1	<input type="checkbox"/> I have not made an Enduring Power of Guardianship.
Option 2	<input checked="" type="checkbox"/> I have made an Enduring Power of Guardianship.

My EPG was made on:

10th	(day)
of: March	(month)
2015	(year)

My EPG is kept in the following place (be as specific as possible):

The top drawer of my office drawers with my birth certificate.

I appointed the following person/s as my enduring guardian:

Name: Anna Falkner	Phone: 9222 0000
--------------------	------------------

Joint Enduring Guardian (if appointed):

Name: <input type="text"/>	Phone: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

Substitute enduring guardian/s (if any):

Name: <input type="text"/>	Phone: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

Other substitute enduring guardian (if more than one):

Name: <input type="text"/>	Phone: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

Part 5: People who helped me complete this form

5.3 Did you seek medical and/or legal advice about making this Advance Health Directive?

Use Part 5.3 to indicate whether you obtained medical and/or legal advice before making this Advance Health Directive and provide details if relevant.

You are encouraged (but not required) to seek medical and/or legal advice to make an Advance Health Directive.

Cross out Part 5.3 if you do not want to complete it.

Medical advice

Option 1	<input type="checkbox"/>	I did not obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.
Option 2	<input checked="" type="checkbox"/>	I did obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained medical advice from:

Name:	Dr Alan Ng
Phone:	9000 0000
Practice:	Shepperton Road Family Practice

Legal advice

Option 1	<input checked="" type="checkbox"/>	I did not obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.
Option 2	<input type="checkbox"/>	I did obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained legal advice from:

Name:	
Phone:	
Practice:	

Part 6: Signature and witnessing

You must complete this section

- You **must** sign this Advance Health Directive in the presence of 2 witnesses. If you are physically incapable of signing this Advance Health Directive, you can ask another person to sign for you. You must be present when the person signs for you.
- 2 witnesses must be present when you sign this Advance Health Directive or when another person signs for you.
- Each of the witnesses must be 18 years of age or older and cannot be you or the person signing for you (if applicable).
- At least one of the witnesses must be authorised by law to take statutory declarations.
- The witnesses must also sign this Advance Health Directive. Both witnesses must be present when each of them signs. You and the person signing for you (if applicable) must also be present when the witnesses sign.

You must sign this form in the presence of 2 witnesses. Both witnesses must be present when you sign this form. The witnesses must sign in each other's presence.

Signed by: (signature of person making this Advance Health Directive)



Date: (dd/mm/year)

Or


Signed by: (name of person who the maker of Advance Health Directive has directed to sign)

Date: (dd/mm/year)


In the presence of, and at the direction of: (insert name of maker of Advance Health Directive)

Date: (dd/mm/year)

Witnessed by a person authorised by law to take statutory declarations:

Authorised witness's signature:	
Authorised witness's full name:	Georgina Tulloch
Address:	16 Wallock Street, West Leederville, WA 6007
Occupation of authorised witness:	Teacher
Date: (dd/mm/year)	04/08/2022

And witnessed by another person:

Witness's signature:	
Witness's full name:	Robert Williams
Address:	45 Fort Avenue, Wembley, WA 6014
Date: (dd/mm/year)	04/08/2022

Podemos proporcionarle este documento en otros formatos alternativos a pedido para una persona con discapacidad. (contáctese con 9222 2300 o acp@health.wa.gov.au).

© Departamento de Salud 2022

Los derechos de autor de este material pertenecen al estado de Western Australia a menos que se indique lo contrario. Excepto por cualquier uso de buena fe para los propósitos de estudio privado, investigación, crítica o reseña, según lo permitido en las disposiciones de la *Ley de Derechos de Autor de 1968*, no se podrá reproducir o reutilizar parte alguna para todo propósito cualquiera que fuera sin la autorización escrita del estado de Western Australia.