



My Advance Care Plan (Please Complete in English)

Mi Plan Anticipado de Cuidado Médico

(Sírvasse completar en inglés)

Last name: / *Apellido*: _____

First name: / *Nombre*: _____ Date of birth / *Fecha de nacimiento* ____ / ____ / ____

Address: / *Domicilio*: _____

My Advance Care Plan is a record of your advance care planning discussion and a way of informing those who are caring for you of your preferences. Your preferences may not necessarily be health related but will guide your treating health professionals, Enduring Guardian and or family as to how you wish to be treated including any special requests or messages.

Please note: Should you wish to make legally binding treatment decisions, it is recommended that you record these decisions in an Advance Health Directive. You may also wish to give consideration to appointing an Enduring Guardian to make personal, lifestyle and treatment decisions on your behalf. See the Guide for further detail.

I have given a copy of my Advance Care Plan to:

Mi Plan Anticipado de Cuidado Médico es un registro de su análisis sobre el Plan Anticipado de Cuidado Médico y una manera de informar sus preferencias personales a quienes le están proporcionando cuidados. Sus preferencias pueden no estar relacionadas necesariamente con la salud pero orientarán a los profesionales de la salud tratantes, Tutor Perdurable o a la familia en cuanto a cómo le gustaría que lo traten incluyendo cualquier pedido especial o mensajes.

Para tener en cuenta: Si deseara tomar decisiones sobre un tratamiento que sean legalmente vinculantes, se recomienda registrar estas decisiones en una Directiva Anticipada de Atención de la Salud (AHD). También es posible que considere nombrar un Tutor Perdurable para tomar decisiones personales, de estilo de vida y tratamiento en su nombre. Vea más datos en la Guía.

He entregado una copia de mi Plan Anticipado de Cuidado Médico a:

Full name / <i>Nombre completo</i>	Telephone / <i>Teléfono</i>	Mobile / <i>Celular</i>	Relationship to me / <i>Relación conmigo</i>

MR00H.01 MY ADVANCE CARE PLAN – SPANISH

I have completed one or more of the following:

He cumplimentado una o más de las siguientes opciones:

Advance Health Directive

Directiva Anticipada de Atención de la Salud

Yes/No (please circle)

Sí/No (marque con un círculo)

I have stored a copy at: / *He guardado una copia en:* _____

A copy can also be obtained from: / *También se puede obtener una copia de:*

Name: / *Nombre:* _____

Telephone: / *Teléfono:* _____

Enduring Power of Guardianship

Poder de Tutela Perdurable

Yes/No (please circle)

Sí/No (marque con un círculo)

I have stored a copy at: / *He guardado una copia en:* _____

A copy can also be obtained from: / *También se puede obtener una copia de:*

Name: / *Nombre:* _____

Telephone: / *Teléfono:* _____

Enduring Power of Attorney

Poder Notarial Perdurable

Yes/No (please circle)

Sí/No (marque con un círculo)

I have stored a copy at: / *He guardado una copia en:* _____

A copy can also be obtained from: / *También se puede obtener una copia de:*

Name: / *Nombre:* _____

Telephone: / *Teléfono:* _____

Will

Testamento

Yes/No (please circle)

Sí/No (marque con un círculo)

I have stored a copy at: / *He guardado una copia en:* _____

A copy can also be obtained from: / *También se puede obtener una copia de:*

Name: / *Nombre:* _____

Telephone: / *Teléfono:* _____

Preferences for my future care

These are my preferences, in relation to my future care.
Please refer to the *Advance Care Planning Guide for Patients*.

Preferencias para mi cuidado futuro

Estas son mis preferencias, en cuanto a cuidados futuros. Consulte la Guía del Plan Anticipado de Cuidado Médico para Pacientes.

Other outcomes of the Advance Care Planning conversation:

For example, you may have considered completing other relevant legal documents such as an Advance Health Directive or Enduring Power of Guardianship or you may have decided to become an organ donor.

Otros resultados de la conversación sobre el Plan Anticipado de Cuidado Médico:

Por ejemplo, puede haber tenido en cuenta cumplimentar otros documentos legales pertinentes como una Directiva Anticipada de Atención de la Salud (AHD) o Poder de Tutela Perdurable (EPG) o puede haber decidido ser donante de órganos.

Outcome / Resultado	Description / Descripción

If I have lost capacity or am approaching end of life, where practical and appropriate, I would prefer to be cared for:

Si he perdido mi capacidad o estoy llegando al fin de mi vida, cuando resulte factible y oportuno, preferiría recibir cuidados:

Initial the option you prefer: / *Coloque su inicial en la opción preferida:*

In my usual home: / *En mi hogar habitual:* _____

At a family member's home: / *En la casa de un miembro de la familia:* _____

At a hospice or palliative care unit / *En una residencia para enfermos terminales o unidad de cuidados paliativos*

In hospital / *En un hospital*

On country (for Aboriginal and Torres Strait Islanders) / *En mis tierras originarias (para Aborígenes e Isleños de Estrecho de Torres)*

At another place: / *En otro lugar:* _____

I would like to leave the following message(s)

For example: I am a carer for my partner/family member or I would like the following person to care for my pet, or I would like a particular song played or I would like a particular complementary therapy to be used or I would like my family to respect my preferences to be an organ donor etc.

Quisiera dejar los siguientes mensajes

Por ejemplo: Soy cuidador de mi compañero/miembro de la familia o quisiera que la siguiente persona cuidara mi mascota, o quisiera que reprodujeran una canción en especial o quisiera que usaran una terapia complementaria en especial o quisiera que mi familia respetara mis preferencias de ser donante de órganos, etc.

Signed: / *Firmado:* _____ Date: / *Fecha:* ____ / ____ / ____

This document can be made available in alternative formats on request for a person with disability.
Este documento está disponible en formatos alternativos solicitados para una persona con una discapacidad.

Produced by WA Cancer and Palliative Care Network
© Department of Health 2017

Copyright to this material is vested in the State of Western Australia unless otherwise indicated. Apart from any fair dealing for the purposes of private study, research, criticism or review, as permitted under the provisions of the *Copyright Act 1968*, no part may be reproduced or re-used for any purposes whatsoever without written permission of the State of Western Australia.