Kōkua Mau
"Continuous Care"
Hawai'i Hospice and Palliative Care Organization

Background Information about the Multilingual Hawaii Advance Directive

The **Hawaii Advance Health Care Directive** (HI AD) or 'Advance Directive' (AD) as it is commonly known, is a written statement about your future medical care. Starting May 2016 the HI AD is available in 10 languages. To facilitate the discussion for providers and loved ones, the HI AD is a bilingual document translated content block by content block.

Please keep in mind that **most providers speak English only**. To ensure that your wishes and instructions are understood and can be honored, please fill out your HI AD in **English**. In order to complete an advance directive you need to either have two witnesses or a notary public for it to be valid.

Important limitation: If you choose to complete the English portion of a bilingual HI AD, State of Hawaii regulations require a **bilingual Notary** to notarize your bilingual version of the advance directive.

"The notarization of a document that has been written in a foreign language should only be performed by a notary who has a thorough understanding of the foreign language in which the document and/or notarial certificate are written." **[...]** *Similarly, a notary should not notarize a document written in English if the parties to the document who appear before the notary do not appear to speak, read, or understand English."* Page 5, Notary Manual 2010.

Call the Notary Public Program (808) 586-1216 for a **bilingual notary**, or go to their website https://notary.ehawaii.gov/notary/public/publicsearch.html ('Search Category': choose 'Language' in the fold down menu and in 'Search Terms' type in the language you want).

Please call the notary public office if you have more questions regarding using a bilingual notary.

Two recommendations for completing your bilingual AD:

1) Use **two witnesses** to complete a bilingual HI AD. Witnesses cannot be health care providers (like a doctor, nurse or social worker), employees of a health care facility, or the person you choose as an agent. One of the two persons cannot be related to you or have inheritance rights.

OR

2) Use a **bilingual notary**.

This page is left intentionally blank

HAWAI'I ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE *Spanish*

My name is: ____

Last First Middle initial Date of Birth Date

PART 1: HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY – DESIGNATION OF AGENT:

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

____

Name and relationship of individual designated as health care agent

____

Street Address City State Zip

____

Home Phone Cell Phone E-mail

If I revoke my agent's authority or if my agent is not willing, able, or reasonably available to make decisions for me, I designate the following individual as my alternate agent:

____

Name and relationship of individual designated as health care agent

____

Street Address City State Zip

____

Home Phone Cell Phone E-mail

AGENT'S AUTHORITY AND OBLIGATION:

My healthcare agent should make decisions as I have instructed in Part 2 of this form or as I may otherwise provide orally or in writing. If there are decisions for which I have not provided instructions, I want my agent to make such decisions as I would have chosen to do, basing them on my values, goals, and preferences rather than those of my agent. If a guardian of my person needs to be appointed for me by a court, I nominate my agent.

WHEN AGENT'S AUTHORITY BECOMES EFFECTIVE:

My agent's authority becomes effective when my primary physician determines that I am unable to make my own health care decisions unless I mark the following box.

__ ☐ If I mark this box, my agent's authority to make health care decisions for me takes effect immediately. However, I always retain the right to make my own decisions about my health care. I can revoke this authority at any time as long as I have mental capacity.

DIRECTIVA POR ANTICIPADO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE HAWÁI

Mi nombre es: ____

Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento Fecha

PARTE 1: PODER NOTARIAL DE ATENCIÓN MÉDICA – DESIGNACIÓN DE AGENTE:

Por la presente designo a la siguiente persona como mi agente para tomar decisiones de atención médica por mí:

____

Nombre y relación de la persona designada como agente de atención médica

____

Dirección Ciudad Estado Código postal

____

Teléfono de casa Teléfono celular Correo electrónico

Si revoco la autoridad de mi agente o si mi agente no está dispuesto, no puede, o no está disponible razonablemente para mí, designo a la siguiente persona como mi agente alternativo:

Nombre y relación de la persona designada como agente de atención médica

Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa Teléfono celular Correo electrónico

AUTORIDAD Y OBLIGACIÓN DEL AGENTE:
Mi agente de atención médica debe tomar decisiones como se me ha indicado en la Parte 2 de este formulario o como pueda de otra manera indicarlo oralmente o por escrito. Si hay decisiones para las cuales no se me han dado instrucciones, quiero que mi agente tome tales decisiones que yo habría elegido tomar, basándolas en mis valores, metas y preferencias en lugar de las de mi agente. Si un tutor de mi persona necesita ser nombrado para mí por un tribunal, yo nombro a mi agente.

CUÁNDO SE VUELVE EFECTIVA LA AUTORIDAD DEL AGENTE:
La autoridad de mi agente se vuelve efectiva cuando mi médico de atención primaria determina que no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica, a menos que marque la siguiente casilla.

__ ☐ Si marco esta casilla, la autoridad de mi agente para tomar decisiones de atención médica por mí entra en efecto de inmediato. Sin embargo, siempre conservaré el derecho a tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica. Puedo revocar esta autoridad en cualquier momento siempre que tenga capacidad mental.

PART 2: INDIVIDUAL INSTRUCTIONS (You may modify or strike through anything with which you do not agree. Initial and date any modifications.)

A. END OF LIFE DECISIONS

- If I have an incurable and irreversible condition that will result in my death within a relatively short time, OR
- If I have lost the ability to communicate my wishes regarding my health care and it is unlikely that I will ever recover that ability, OR
- If the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits.

THEN I direct that my health-care providers and others involved in my care provide, withhold, or withdraw treatment in accordance with the choice I have marked below: Check only one of the following boxes. You may also initial your selection.

__ ☐ I want to stop or withhold medical treatment that would prolong my life.

OR

__ ☐ I want medical treatment that would prolong my life as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.

PARTE 2: INSTRUCCIONES INDIVIDUALES (Usted puede modificar o tachar cualquier cosa con la cual no esté de acuerdo. Escriba sus iniciales y fecha de cualquier modificación.)

A. DECISIONES DE FIN DE VIDA

- Si tengo una afección incurable e irreversible que resultará en mi muerte dentro de un tiempo relativamente corto; O
- Si he perdido la capacidad de comunicar mis deseos con respecto a mi atención médica y es improbable que alguna vez recupere mi capacidad; O
- Si los riesgos probables y cargas del tratamiento sobrepasarían los beneficios esperados.

ENTONCES Ordeno que mis proveedores de atención médica y otros involucrados en mi atención proporcionen, retengan o retiren el tratamiento de acuerdo con la elección que he marcado a continuación: Marque solo una de las siguientes casillas. También puede escribir sus iniciales en su selección.

__ ☐ Quiero detener o retirar el tratamiento médico que prolongaría mi vida.

O

__ ☐ Quiero tratamiento médico que prolongaría mi vida el mayor tiempo posible dentro de los límites de las normas de atención médica generalmente aceptadas.

B. ARTIFICIAL NUTRITION AND HYDRATION - FOOD AND FLUIDS:
Artificial nutrition and hydration must be provided, withheld or withdrawn in accordance with the choice I have made in the preceding paragraph A unless I mark the following box.

__ ☐ If I mark this box, artificial nutrition and hydration must be provided under all circumstances as long as it is within the limits of generally accepted healthcare standards.

B. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES – ALIMENTOS Y FLUIDOS:
La nutrición e hidratación artificiales deben ser proporcionadas, retenidas o retiradas de acuerdo con la elección que haya hecho en el párrafo A anterior a menos que marque la siguiente casilla.

__ ☐ Si marco esta casilla, la nutrición e hidratación artificiales deben ser proporcionadas bajo toda circunstancia siempre que esté dentro de los límites de las normas de atención médica generalmente aceptadas.

C. RELIEF FROM PAIN:

__ ☐ If I mark this box, I choose treatment to alleviate pain or discomfort even if it might hasten my death.

C. ALIVIO DEL DOLOR:

__ ☐ Si marco esta casilla, elijo tratamiento para aliviar el dolor o incomodidad incluso si podría apresurar mi muerte.

D. OTHER

__ ☐ If I mark this box, the additional instructions or information I have attached are to be incorporated into my care. (Sign and date each added page and attach to this form.)

D. OTRO

__ ☐ Si marco esta casilla, las instrucciones o información adicionales que he adjuntado serán incorporadas en mi atención. (Firme y fecha cada página añadida y adjúntelas a este formulario.)

E. WHAT IS IMPORTANT TO ME: (Optional. Add additional sheets if needed.) The things that I value and that make life worth living to me are: (examples: gardening, walking my pet, shopping, participating in family gatherings, attending church or temple):

____

____

____

____

____

____

____

____

____

☐ I have attached _____ additional sheet/s

E. QUÉ ES IMPORTANTE PARA MÍ: (Opcional. Agregue hojas adicionales si es necesario.) Las cosas que valoro y que pueden hacer que la vida valga la pena para mí son: (ejemplos: jardinería, sacar a caminar a mi mascota, participar en reuniones familiares, asistir a la iglesia o al templo):

☐ He adjuntado _____ hoja(s) adicional(es)

My thoughts about when I would not want my life prolonged by medical treatment (Examples include: If I no longer have the mental capacity to make my own decisions, if I have lost all ability to communicate, if I can no longer safely swallow, etc):

☐ I have attached _____ additional sheet/s

Mis pensamientos acerca de cuándo no quisiera que se prolongara mi vida mediante tratamiento médico (los ejemplos incluyen: Si ya no tengo la capacidad mental de tomar mis propias decisiones, si he perdido la capacidad de comunicarme, si ya no puedo tragar con seguridad, etc.):

☐ He adjuntado _____ hoja(s) adicional(es)

YOUR NAME: (Please sign in front of witnesses or notary public)

Print Your Full Name | Your Signature | Date of Birth | Date

SU NOMBRE: (Firme en presencia de testigos o notario público)

Escriba su nombre completo con letra de imprenta | Su firma | Fecha de nacimiento | Fecha

WITNESSES: CHOOSE EITHER OPTION 1 OR 2, NOT BOTH.

Important: Witnesses cannot be your health care agent, a health care provider or an employee of a health care facility. One witness cannot be a relative or have inheritance rights.

OPTION 1: WITNESSES

I (Witness 1) declare that the person completing this advance health care directive is personally known to me, that she/he signed or acknowledged this power of attorney in my presence and appears to be of sound mind and under no undue influence. I am not related by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge I am not entitled to any part of her/his estate. I am not the person appointed as agent by this document, and I am not a health-care provider, nor an employee of a health-care provider or facility.

Witness #1 Print Name | Witness Signature | Date

Street Address | City | State | Zip

TESTIGOS: ELIJA LA OPCIÓN 1 O 2, NO AMBAS.

Importante: Los **testigos** no pueden ser su agente de atención médica, un proveedor de atención médica ni un empleado de un centro de atención médica. Un testigo no puede ser un pariente ni tener derechos a herencia.

OPCIÓN 1: TESTIGOS

Yo (Testigo 1) declaro que conozco personalmente a la persona que completa esta Directiva por anticipado de la atención de la salud, que él/ella firmó o aceptó este poder notarial en mi presencia y que parece tener lucidez mental y que no está bajo influencia indebida. No estoy relacionado por sangre, matrimonio, o adopción, y a mi leal saber y entender no tengo derecho a ninguna parte de su patrimonio. No soy la persona nombrada como agente mediante este documento, y no soy un proveedor de atención médica, ni tampoco un empleado de un proveedor o centro de atención médica.

Nombre con letra de imprenta del Testigo N.°1 | Firma del testigo | Fecha

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

I (Witness 2) declare that the person completing this advance health care directive is personally known to me, that she/he signed or acknowledged this power of attorney in my presence and appears to be of sound mind and under no undue influence. I am not the person appointed as agent by this document, and I am not a health-care provider, nor an employee of a health-care provider or facility.

Witness #2 Print Name	Witness Signature	Date
Street Address	City	State Zip

Yo (Testigo 2) declaro que conozco personalmente a la persona que completa esta Directiva por anticipado de la atención de la salud, que él/ella firmo o aceptó este poder notarial en mi presencia y que parece tener lucidez mental y que no está bajo influencia indebida. No soy la persona nombrada como agente mediante este documento, y no soy un proveedor de atención médica, ni tampoco un empleado de un proveedor o centro de atención médica.

Nombre con letra de imprenta del Testigo N.° 2	Firma del testigo	Fecha
Dirección	Ciudad	Estado Código postal

OPTION 2: NOTARY PUBLIC

State Hawaiʻi,
(City and) County of ______________________ } ss.

On this ___________ day of ____________________, in the year _______________, before me, ____, (insert name of notary public) appeared ____, personally known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person whose name is subscribed to this ___ -page Hawaiʻi Advance Health Care Directive dated on ___________________, in the _________________Judicial Circuit of the State of Hawaiʻi, and acknowledged that he/she executed the same as his/her free act and deed.

____
Signature of Notary Public

My Commission Expires:_____________________

A copy has the same effect as the original.
www.kokuamau.org/resources/advance-directives
Developed by the Executive Office on Aging and
Kōkua Mau - Hawaiʻi Hospice and Palliative Care Organization
December 2015

Place Notary Seal or Stamp Above

OPCIÓN 2: NOTARIO PÚBLICO

En este día ___________ del mes de ____________________, en el año _______________, ante mí, ____, (inserte el nombre del notario público) compareció ____, conocido personalmente por mí (o comprobó ante mí sobre la base de evidencia satisfactoria) ser la persona cuyo nombre está suscrito en esta página ___ de Directiva por anticipado de la atención de la salud de Hawái ____________________, en el _________________Circuito Judicial del Estado de Hawái, y reconoció que formalizó la misma conforme a su plena voluntad y libre albedrío.

____

Firma del notario público

Mi cargo expira el:______________________

Coloque el sello o estampilla del notario arriba

Una copia tiene el mismo efecto que el original.
www.kokuamau.org/resources/advance-directives
Desarrollado por la Oficina Ejecutiva sobre Envejecimiento y Kōkua Mau - Hawaiʻi Hospice and Palliative Care Organization
Enero de 2016