



# NOTAS PARA MI FAMILIA

## INTRODUCCIÓN

Preparado por:

Fecha:

# BIENVENIDO A NOTAS PARA MI FAMILIA



*Notas para mi familia* se creó con el fin de ayudar a las personas a dejar información a sus familiares. En la fundación Hospice Giving Foundation hemos aprendido que el final de la vida se suele destinar a recabar detalles e información en lugar de disfrutar las últimas semanas y días junto a los seres queridos.

*Notas para mi familia* es una herramienta de planificación, organizada en cuatro módulos, que le brinda a las personas un espacio práctico para expresar sus deseos para el final de la vida y catalogar información importante. A continuación, se incluyen una breve descripción de la información que se le recomendará catalogar en cada módulo. La herramienta es amplia, por lo que es usted quien decide qué información es importante en su caso.

Hacia el final de este módulo “Introducción”, encontrará un glosario con definiciones de términos a los que se hace referencia a lo largo de *Notas para mi familia*. Esperamos que puedan ser útiles para usted y su familia en el proceso de planificación y lo ayude a que los miembros de su familia tengan una comprensión más clara y a su vez compartida de sus deseos.

*Para garantizar su privacidad y protección, la versión digital de este documento le pedirá que cree una contraseña de seguridad. Este documento contiene información detallada acerca de sus finanzas y atención médica, además de información personal. Si lo imprime y lo completa a mano, asegúrese de guardarlo en un lugar seguro bajo llave. Asegúrese de que quienes necesiten esta información sepan cómo acceder y encontrar los archivos. Gracias.*



## **Módulo Uno - Usted y su familia:**

- Datos personales, identificación y antecedentes
- Información de contacto para familiares, amigos y contactos cercanos
- Cómo manejar sus necesidades cotidianas básicas

**Módulo Dos - Bienes, finanzas y cuestiones legales:** *Notas para mi familia no brinda asesoramiento legal ni lo reemplaza. Sin embargo, esta herramienta sí le ofrece una hoja de ruta útil que puede redundar en una mayor eficiencia cuando se reúne con sus asesores legales más adelante.*

- Contabilidad: Bancos, tarjetas de crédito, jubilación o cajas de ahorro
- Préstamos e hipotecas
- Planes y pólizas de seguro
- Bienes y escrituras
- Testamento y fideicomisos
- Contactos profesionales

## **Módulo Tres - Información médica:**

- Enfermedades previas, cirugías, medicamentos y alergias.
- Directivas de cuidado: Formulario POLST (Orden Médica de Tratamiento para Mantener la Vida), Directiva anticipada o “Cinco deseos”;
- Poder notarial duradero para el cuidado de la salud, quién puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted;
- Sus preferencias en lo que respecta a cuidados fuera del hogar/vida asistida, de ser necesario.

## **Módulo Cuatro - Deseos y recuerdos:**

- Planes, servicios y preferencias funerarias
- A quién notificar su fallecimiento
- Intenciones acerca de la donación de órganos
- Reflexiones personales acerca de su vida que desea comunicar a los demás

# INTRODUCCIÓN



## ¿CÓMO UTILIZAR ESTE ORGANIZADOR?

Esta herramienta está diseñada para su uso en computadoras de escritorio. En dispositivos móviles, su uso será menos intuitivo. Si está utilizándola en una computadora pública, asegúrese de guardar el archivo en una unidad flash y, luego, eliminarlo de la máquina.

Siempre recuerde conservar este documento en un lugar seguro a fin de proteger su información.

### Consejos útiles

- *Le recomendamos tomarse el tiempo necesario y ser paciente a la hora de completar este proyecto.*
- *Es aconsejable revisar cada sección para poder tener una mejor idea de la información que querrá organizar.*
- *Recabe la información y los respectivos documentos con anticipación, ya que parte de ella puede ser difícil de conseguir.*
- *Recuerde, es posible que algunas secciones no le parezcan tan importantes.*

Cada sección cuenta con un video relacionado con guías y consejos de personas que consideran que este proceso es valioso. Compartirán su experiencia y le ofrecerán su apoyo y ayuda a lo largo del recorrido. A lo largo de este kit de herramientas, encontrará “Consejos útiles”; sugerencias que lo ayudarán a tomar algunas decisiones y organizarse.

### Manejar estos documentos en formato PDF

Si usted está completando este documento en su computadora, la manera más fácil de pasar de una página a la otra es con el mouse y las flechas en la parte inferior de las páginas. (También puede utilizar la “tecla Tab” de su teclado para moverse de campo a campo y de página a página). La flecha que apunta a la izquierda lo llevará nuevamente a la página previa mientras que la flecha que apunta a la derecha lo adelantará a la página siguiente. En la última página del PDF encontrará una flecha que apunta hacia arriba. Si hace clic en esta flecha, volverá al comienzo del documento.

### Conservar la documentación importante junto con este organizador en formato PDF

Al comenzar cada módulo encontrará una lista de documentos importantes que debería tener a mano.

A continuación, encontrará una lista de buenas sugerencias para organizar estos documentos. Algunas personas prefieren guardar todos los documentos en una “copia impresa”; y no digitalmente en la computadora. De ser posible, guarde una lista de documentos en *Notas para mi familia* con instrucciones acerca de dónde encontrarlos.

Si ese es su caso:

- Piense en comprar una caja plástica con manija para los archivos. Estas cajas no son demasiado grandes y pueden conservarse fácilmente en un lugar seguro.
- Considere una carpeta de tres anillas para archivar todos sus documentos con separadores para las distintas secciones.
- Si cuenta con una caja de seguridad en la que pueda guardar sus documentos, asegúrese de incluir la combinación de la caja de seguridad en *Notas para mi familia*.

Algunas personas prefieren escanear los documentos y guardarlos en su computadora. Si ese es su caso:

- Guarde las carpetas de su computadora en una carpeta principal llamada *Notas para mi familia*.
- Cree subcarpetas para cada módulo de *Notas para mi familia* y désígnele el nombre que le corresponda a cada carpeta; por ejemplo, Usted y su familia: Documentos.
- Considere crear una carpeta protegida por una contraseña para que solamente las personas correctas tengan acceso a su información.

Es muy importante para nosotros que usted proteja su información personal y privada. Y es por eso que le ofrecemos un apéndice de soporte técnico con instrucciones específicas sobre cómo guardar los documentos en su computadora de forma segura e inteligente. Es simplemente un documento técnico que está disponible para su referencia. Puede ser aconsejable repasarlo con alguna persona que entienda bastante sobre computadoras para asegurarse de que su información esté protegida.

## INTRODUCCIÓN (CONTINUACIÓN)

---

### Guardar sus documentos en formato PDF

Una vez que haya descargado un documento PDF a su computadora, podrá guardarlo (así como su contenido) en cualquier momento con solo elegir **Archivo > Guardar** de la barra superior del menú en el software que utilice para leer documentos PDF. Luego podrá abrir el documento PDF en otro momento y continuar agregando información. Cada PDF se guardará automáticamente con el nombre del título; por ejemplo, Usted y su familia.

Le recomendamos que elija **Archivo > Guardar como** para guardar el documento PDF con un nombre diferente. Por ejemplo, puede agregar su apellido y la fecha de edición al nombre del PDF, y guardar una copia actualizada del PDF como Usted y su familia **Su apellido y fecha**. Esto puede ser de utilidad cuando esté guardando varias versiones del documento PDF.

### NUESTRA MISIÓN EN HOSPICE GIVING FOUNDATION

La Hospice Giving Foundation cree que vivir bien incluye también morir pacíficamente, en un ámbito de contención y con dignidad. Con miras a la promoción de un cuidado para el final de la vida compasivo, recaudamos fondos y adjudicamos subsidios para fortalecer las capacidades de los proveedores locales de servir a nuestra comunidad. Fomentamos la planificación anticipada para que las familias puedan prepararse y tengan acceso a opciones para el cuidado del final de la vida.

La fundación Hospice Giving Foundation es una entidad independiente que hace concesiones exclusivamente para el final de la vida. Sin estar afiliada a un proveedor directo de atención al paciente, la fundación Hospice Giving Foundation es quien financia principalmente a diversas agencias calificadas sin fines de lucro que ofrecen cuidado compasivo para el final de la vida en los condados de Monterey y San Benito. Desde 1997, Hospice Giving Foundation ha entregado subvenciones por más de \$ 25 millones.

Brindamos nuestro apoyo en un área singular y esto nos permite ser una voz sólida para un tema difícil. Esta fundación promueve la innovación y el diálogo activo sobre el cuidado digno al final de la vida centrado en el paciente y en su familia. Las subvenciones están destinadas al cuidado paliativo y de hospicio, el apoyo en el duelo, los servicios especializados para niños que padecen enfermedades terminales y sus familias, y los servicios para aquellos con enfermedades terminales como el Alzheimer. Ofrecemos programas de servicios sociales y educamos para que las familias puedan planificar el final de la vida de sus seres queridos. A través de nuestras subvenciones, las iniciativas educativas y otras herramientas como *Notas para mi familia*, la fundación Hospice Giving Foundation respalda el acceso al cuidado del final de la vida, brinda esperanza a las familias y paz mental a nuestra comunidad. La generosidad permanente de nuestra comunidad hace que esto sea posible. Esperamos que pueda apreciar el valor de esta herramienta, y aguardamos sus comentarios y sugerencias. Si desea realizar una donación a la fundación Hospice Giving Foundation, visite [hospicegiving.org/donate](https://hospicegiving.org/donate). Gracias.



# INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS



## EN CASO DE UNA EMERGENCIA

¿A quiénes se debería llamar primero?

Nombre:	<input type="text"/>	Nombre:	<input type="text"/>
Teléfono 1:	<input type="text"/>	Teléfono 1:	<input type="text"/>
Teléfono 2:	<input type="text"/>	Teléfono 2:	<input type="text"/>
Relación:	<input type="text"/>	Relación:	<input type="text"/>

Enumere las alertas médicas o alergias:

¿Quién tiene autoridad legal para tomar decisiones en su nombre?

Nombre:	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	Poder notarial médico
Teléfono 1:	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	Otro: <input type="text"/>
Teléfono 2:	<input type="text"/>		

Consigne la información de contacto de su médico de cabecera y/o médico especialista:

Nombre:	<input type="text"/>	Nombre:	<input type="text"/>
Teléfono 1:	<input type="text"/>	Teléfono 1:	<input type="text"/>
Teléfono 2:	<input type="text"/>	Teléfono 2:	<input type="text"/>

Sus amigos y vecinos son los que lo ayudarán frente a una emergencia o enfermedad grave. Considere quién realizará cada tarea y recuerde incluir los números de teléfono de estas personas.

Para padres de hijos menores de edad: ¿Quién se ocupará de sus hijos?	Nombre:	<input type="text"/>
	Teléfono:	<input type="text"/>
	Relación:	<input type="text"/>

¿Quién?

Traerá su ropa:	Nombre:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Realizará los llamados:	Nombre:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Cuidará a su mascota:	Nombre:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Pagará sus cuentas:	Nombre:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Ordenará y cerrará su casa:	Nombre:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>

### Consejos útiles

Lista de documentos de emergencia

- *Formulario POLST (Orden Médica de Tratamiento para Mantener la Vida)*
- *Agente para decisiones relacionadas con temas de salud o poder notarial duradero para el cuidado de la salud (DPA, por sus siglas en inglés)*
- *Directivas anticipadas (AHCD, por sus siglas en inglés)*
- *Poder notarial general*
- *Lista de medicamentos y alergias*





<b>Directiva anticipada</b>	Documento legal que le permite delinear por escrito sus deseos en lo que respecta a su cuidado médico y nombrar a una persona que asegurará que esos deseos se cumplan efectivamente.
<b>Beneficiario</b>	Persona u organización que obtiene beneficios a partir de un testamento o fideicomiso.
<b>RCP</b>	La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una técnica para salvar vidas que resulta útil en muchas emergencias, lo que incluye ataque cardíaco o ahogamiento inminente, en las que la respiración o los latidos cardíacos han cesado.
<b>Curatela</b>	Disposición legal mediante la que un tribunal le otorga a un adulto la autoridad y responsabilidad de manejar los asuntos financieros de otro adulto.
<b>Orden de no reanimar (ONR)</b>	Documento legal que prohíbe al personal médico realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) para prolongar o salvar la vida.
<b>Poder notarial duradero para el cuidado de la salud</b>	Documento legal que se puede usar para permitirle a alguien que tome decisiones de índole médica en nombre de otra cuando ésta no pueda tomarlas por sí misma. La persona que usted designe para que actúe en su nombre se denomina agente, apoderado, representante para el cuidado de la salud, defensor del paciente o similar, según el lugar en donde resida.
<b>Patrimonio</b>	Patrimonio es la suma total de todos los bienes de una persona. Existen distintas subcategorías dentro del patrimonio. El patrimonio de una sucesión testamentaria incluye todos los bienes que deben procesarse en una sucesión o proceso judicial testamentario. El patrimonio sucesorio en fideicomiso incluye todos los bienes mantenidos en un fideicomiso. El patrimonio imponible incluye todos los bienes sujetos al impuesto sobre las sucesiones.
<b>Plan patrimonial</b>	Un plan patrimonial es la preparación de un plan para llevar adelante la administración y disposición de los bienes de una persona según sus deseos, ya sea antes o después de su fallecimiento. El objetivo del plan patrimonial es preservar la flexibilidad para la persona así como la mayor cantidad de riqueza posible antes de su fallecimiento, de acuerdo con la legislación federal y estatal.
<b>Planificación sucesoria</b>	Proceso de previsión y organización de la transferencia o disposición de los bienes de un ser querido anticipándose a su fallecimiento o con posterioridad a este.
<b>Albacea</b>	Persona que administra el patrimonio de una persona fallecida. El albacea es la persona responsable de reunir todos los bienes del fallecido y entregarlos a los respectivos beneficiarios.
<b>Administrador fiduciario</b>	Persona o entidad que tiene la obligación legal de actuar principalmente en beneficio de otra.

<b>Tutor</b>	Persona que cuenta con la facultad legal para tomar decisiones respecto del cuidado de la salud y manejar los asuntos patrimoniales y financieros en representación de otra. Un tutor puede ser designado por un tribunal en aquellos casos en los que se carezca de un representante para el cuidado de la salud.
<b>Formulario para la donación de órganos</b>	Si decide ser donante de órganos, este formulario legal constituye una prueba de que desea donar sus órganos o tejido luego de su fallecimiento.
<b>Formulario POLST (Orden Médica de Tratamiento para Mantener la Vida)</b>	Formulario en el que se expresa, de manera clara, qué tipos de tratamientos médicos desea recibir una persona, lo que incluye medidas extraordinarias (como el uso de respirador o sonda de alimentación) y RCP. El formulario POLST, impreso en papel rosado brillante y firmado por el médico y el paciente, brinda a los pacientes que padecen una enfermedad grave la posibilidad de tener mayor control sobre los cuidados médicos que reciben. El formulario POLST debe contener su firma y la de su médico (en el caso de California, la de la enfermera especializada o de la asistente del médico a partir de 2016) para que sea legalmente vinculante.
<b>Poder notarial</b>	Documento que le da a otra persona la facultad legal para actuar en representación suya. Si usted otorga dicho documento, se lo llamará autorizante y la persona a la que usted confirió esta autoridad se llamará su representante o apoderado. Si usted hiciera un poder notarial duradero, este documento continuará en efecto aún si usted quedara incapacitado.
<b>Sucesión</b>	El proceso supervisado por un tribunal que se lleva a cabo con posterioridad al fallecimiento de una persona e incluye: <ul style="list-style-type: none"><li>• la prueba de autenticidad del testamento de la persona fallecida,</li><li>• la designación de una persona que manejará los asuntos de la persona fallecida,</li><li>• la identificación y el inventario del patrimonio de la persona fallecida,</li><li>• el pago de las deudas e impuestos,</li><li>• la identificación de los herederos y</li><li>• la distribución del patrimonio de la persona fallecida según lo establezca el testamento o, en caso de no existir un testamento, lo que indique la legislación estadual.</li></ul>
<b>Fideicomiso</b>	Un acuerdo legal mediante el cual cierta propiedad es mantenida y manejada por un fiduciario en beneficio de otra persona. La persona que constituye el fideicomiso es el fideicomitente. La persona que mantiene el bien en beneficio del otro es el fiduciario. La persona en favor de quien se crea el fideicomiso es el beneficiario.
<b>Fiduciario</b>	La persona o compañía que administra bienes en un fideicomiso en nombre del beneficiario. En general, durante la vida, la persona que estableció el fideicomiso es el fiduciario inicial.
<b>Fiduciario sucesor o albacea suplente</b>	Puede ser un banco, un administrador fiduciario privado, un miembro de la familia o algún amigo o consejero de confianza.
<b>Testamento</b>	Documento legal que establece las intenciones de la persona fallecida con relación a la distribución de su patrimonio.



Sus documentos de *Notas para mi familia* contendrán información confidencial. Es posible que desee proteger el contenido a través de una contraseña. Recuerde que no aceptamos responsabilidad alguna por la pérdida de alguno de esos documentos o por el acceso no autorizado a ellos.

### Protección gratuita con contraseña para computadoras iOS (Apple iMacs, etc.) a través de Preview

(Nota: el procedimiento puede variar según la versión de Preview y la versión de sistema operativo que utilice). Si usted utiliza una computadora Apple en la que está instalado Preview gratuito para archivos, entonces puede proteger cualquier documento PDF con una contraseña. El usuario deberá conocer la contraseña para poder ver el archivo. Sin embargo, hay que recordar que una vez que el documento se guarda usando Preview, al abrirlo nuevamente para editarlo, Preview crea una copia del archivo para que usted modifique, la que tendrá que guardar nuevamente con una contraseña. Cuando necesite actualizarlo nuevamente, repita el proceso.

#### Para utilizar Preview y proteger su documento PDF con una contraseña:

- Abra el documento PDF con Preview.
- Complete los campos del documento PDF.
- Elija Archivo > Exportar.
- En la parte superior de la ventana que aparecerá, ingrese un nombre para el archivo PDF y luego navegue a la carpeta a la que desea exportar el archivo.
- Para “Formato”, elija PDF y para “Filtro de Cuarzo”, elija Ninguno.
- En la parte inferior de la ventana, complete el casillero que diga “Encriptado”.
- Ingrese y reingrese su contraseña en los campos que aparecen.
- Haga clic en Guardar.

### Protección con contraseña con Adobe Acrobat Standard para computadoras Mac o Windows:

(Nota: el procedimiento puede variar según la versión de Acrobat que utilice y la plataforma de su computadora). Adobe Acrobat Standard puede adquirirse a un precio bajo a través de una suscripción de 1 mes de Adobe Creative Cloud. Una vez que esté suscripto puede usar Adobe Acrobat Standard para abrir el documento PDF y protegerlo con una contraseña. El usuario tendrá que conocer la contraseña para visualizar y/o editar el archivo. Una vez que tenga la protección con contraseña, el documento mantiene esa protección para el futuro incluso si usted cancela su suscripción de Creative Cloud. La protección con contraseña es un proceso de dos pasos que debe seguirse con cuidado.

*Le sugerimos que cree una contraseña de más de 14 caracteres que incluya mayúsculas y minúsculas, símbolos y números. Posiblemente sea una buena idea también usar un programa de almacenamiento de contraseñas de manera segura para guardar su contraseña.*

#### El paso 1 agrega los permisos de protección con contraseña para el documento PDF.

- Para agregar funciones de encriptado a su documento PDF:
- Abra su documento y elija Guardar como.
- En el cuadro de diálogo, elija Edición restringida. Luego aparecerá un nuevo cuadro de diálogo que le pedirá crear y luego verificar una Contraseña de permisos.
- Ingrese la contraseña, haga clic en OK y luego guarde su documento PDF.

#### El paso 2 le permite determinar qué función (ver, editar, imprimir) está protegida con contraseña.

- Abra su documento PDF nuevamente. Notará que ahora aparece la palabra SEGURO en paréntesis luego del nombre del archivo.
- Elija Propiedades del menú del Archivo.
- En el cuadro de diálogo que aparece, asegúrese de seleccionar la Pestaña de seguridad en la parte superior del cuadro y luego seleccionar Seguridad de contraseña del menú desplegable al lado de Método de seguridad.
- Haga clic en Cambio de configuración y se le pedirá que ingrese la contraseña que ha creado en el Paso 1.
- Aparecerá un nuevo cuadro de diálogo. Utilícelo para establecer contraseñas para ver, editar o imprimir el documento PDF.





## NOTAS PARA MI FAMILIA

### MÓDULO 1: *Usted y su familia*

Preparado por:

Fecha:

## USTED Y SU FAMILIA



Este módulo le ofrecerá la oportunidad de brindar detalles que podrían ayudar a los demás a saber más de usted. Según lo que decida compartir, esta información podría comunicar a los miembros de su familia acerca de aspectos

de su historia personal y cómo desea que lo recuerden. Además, en la página 5, puede incluir indicaciones de a quién contactar durante una enfermedad grave o en sus últimos momentos de vida.

Lo instamos a que sea lo más detallado posible en esta sección. Tenga en cuenta a las generaciones venideras y el valor que tendrá para ellos contar con esta información. Permítales sentir consuelo y orgullo al conocer quién vino antes de ellos: usted.

### Consejos útiles

*Procure tener la siguiente información lista antes de comenzar a completar este documento.*

#### Lista de documentos del módulo Usted y su familia

- Certificado de nacimiento
- Documentación de ciudadanía, cuando sea de aplicación
- Certificados de defunción
- Sentencia de divorcio
- Medicare u otra credencial de seguro
- Pasaporte
- Credencial de seguridad social
- Credencial de identificación como veterano de guerra

Notas:

*Aproveche esta oportunidad para contarle a sus familiares o amigos alguna anécdota o historia familiar que pudieran disfrutar. También puede usar el Módulo 4 del organizador, Deseos y recuerdos, para redactar estas historias.*

## INFORMACIÓN PERSONAL

---

Nombre de pila:  Segundo nombre:

Apellido:  Apellido de soltero/a:

Domicilio actual:

Ciudad:  Estado:  Código postal:

País:  Código del país:

Teléfono residencial:  Teléfono laboral:  Teléfono celular:

Contraseña para el contestador del teléfono residencial:  Contraseña para el contestador del teléfono laboral:  Contraseña para el contestador del teléfono celular:

Fecha de nacimiento:  Lugar de nacimiento:

Número de seguridad social:  Número de licencia de conducir/Estado:

Número de Medicare:  Número de pasaporte:

Veterano de guerra:  SÍ  NO Fecha de servicio:

Sector de servicio:  Rango

Ciudadano de país extranjero:  SÍ  NO

País de origen:  Fecha de ingreso a EE.UU.:

Soltero/a  Casado/a  Unión de hecho  Divorciado/a  Viudo/a

Nombre del cónyuge o pareja:

Teléfono del cónyuge o pareja:  Fecha de nacimiento del cónyuge o pareja:

Fecha de celebración del matrimonio:  Lugar de celebración del matrimonio:

Si su cónyuge o pareja ha fallecido, fecha de fallecimiento:

Nombre:  Si es viudo/a, nombre del cónyuge fallecido/a:

## FAMILIARES, AMIGOS Y RELACIONES

---

Como cada familia es un mundo, ofrecemos este espacio para que haga una lista de las personas que son importantes para usted, ya sean familiares de sangre o por elección. Es posible que desee incluir a sus padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos, sobrinos, mejores amigos, mentores o discípulos. Si lo desea, puede adjuntar más páginas, de ser necesario.

### PERSONA 1

Nombre de pila:  Segundo nombre:  Apellido:

¿Qué relación tiene con esta persona?

Domicilio:  Ciudad:  Estado:  Código postal:

País:  Correo(s) electrónico(s):

Teléfono residencial:  Teléfono celular:  Teléfono laboral:

Notas:

### PERSONA 2

Nombre de pila:  Segundo nombre:  Apellido:

¿Qué relación tiene con esta persona?

Domicilio:  Ciudad:  Estado:  Código postal:

País:  Correo(s) electrónico(s):

Teléfono residencial:  Teléfono celular:  Teléfono laboral:

Notas:

### PERSONA 3

Nombre de pila:  Segundo nombre:  Apellido:

¿Qué relación tiene con esta persona?

Domicilio:  Ciudad:  Estado:  Código postal:

País:  Correo(s) electrónico(s):

Teléfono residencial:  Teléfono celular:  Teléfono laboral:

Notas:

## FAMILIARES, AMIGOS Y RELACIONES (CONTINUACIÓN)

---

### PERSONA 4

Nombre de pila:  Segundo nombre:  Apellido:

¿Qué relación tiene con esta persona?

Domicilio:  Ciudad:  Estado:  Código postal:

País:  Correo(s) electrónico(s):

Teléfono residencial:  Teléfono celular:  Teléfono laboral:

Notas:

### PERSONA 5

Nombre de pila:  Segundo nombre:  Apellido:

¿Qué relación tiene con esta persona?

Domicilio:  Ciudad:  Estado:  Código postal:

País:  Correo(s) electrónico(s):

Teléfono residencial:  Teléfono celular:  Teléfono laboral:

Notas:

### PERSONA 6

Nombre de pila:  Segundo nombre:  Apellido:

¿Qué relación tiene con esta persona?

Domicilio:  Ciudad:  Estado:  Código postal:

País:  Correo(s) electrónico(s):

Teléfono residencial:  Teléfono celular:  Teléfono laboral:

Notas:

## FAMILIARES, AMIGOS Y RELACIONES (CONTINUACIÓN)

---

### PERSONA 7

Nombre de pila:  Segundo nombre:  Apellido:

¿Qué relación tiene con esta persona?

Domicilio:  Ciudad:  Estado:  Código postal:

País:  Correo(s) electrónico(s):

Teléfono residencial:  Teléfono celular:  Teléfono laboral:

Notas:

### PERSONA 8

Nombre de pila:  Segundo nombre:  Apellido:

¿Qué relación tiene con esta persona?

Domicilio:  Ciudad:  Estado:  Código postal:

País:  Correo(s) electrónico(s):

Teléfono residencial:  Teléfono celular:  Teléfono laboral:

Notas:

### PERSONA 9

Nombre de pila:  Segundo nombre:  Apellido:

¿Qué relación tiene con esta persona?

Domicilio:  Ciudad:  Estado:  Código postal:

País:  Correo(s) electrónico(s):

Teléfono residencial:  Teléfono celular:  Teléfono laboral:

Notas:



## RELACIONES (CONTINUACIÓN)

---

*Notas:*

Utilice este espacio para brindar más información o historias acerca de personas que son importantes para usted. En el caso de que haya alguna persona a la que específicamente no desee que se contacte, indíquela aquí.

## SU MUNDO VIRTUAL

---

¿Su computadora está protegida? De ser así, ingrese su información de acceso.

Usuario de la computadora:  Contraseña de la computadora:

Si usted tiene una página web:

Dirección de su página web:

Usuario de la página web:  Contraseña de la página web:

Sus cuentas de correo electrónico:

Primera dirección de correo electrónico:  Contraseña de la primera dirección:

Segunda dirección de correo electrónico:  Contraseña de la segunda dirección:

Tercera dirección de correo electrónico:  Contraseña de la tercera dirección:

Cuentas virtuales/en la redes sociales

Sitio 1:  Cerrada al momento de mi muerte  Sí  No  
Nombre de usuario:  Contraseña:

Sitio 2:  Cerrada al momento de mi muerte  Sí  No  
Nombre de usuario:  Contraseña:

Sitio 3:  Cerrada al momento de mi muerte  Sí  No  
Nombre de usuario:  Contraseña:

Sitio 4:  Cerrada al momento de mi muerte  Sí  No  
Nombre de usuario:  Contraseña:

Sitio 5:  Cerrada al momento de mi muerte  Sí  No  
Nombre de usuario:  Contraseña:

Sitio 6:  Cerrada al momento de mi muerte  Sí  No  
Nombre de usuario:  Contraseña:

Sitio 7:  Cerrada al momento de mi muerte  Sí  No  
Nombre de usuario:  Contraseña:

Sitio 8:  Cerrada al momento de mi muerte  Sí  No  
Nombre de usuario:  Contraseña:

Dirección de correo electrónico principal para recuperar la contraseña:

## HISTORIAL PERSONAL

---

Domicilios anteriores y fechas

--

Educación/formación/artesanías

--

## EMPLEO

---

Lo invitamos a completar el formulario que se incluye a continuación o a adjuntar una copia reciente de su currículum vitae.

Empleador actual (o último):  Contacto:

Ocupación:  Duración del empleo:

Domicilio:

Ciudad:  Estado:  Código postal:  País:

Teléfono:  Correo electrónico:  Página web:

Notas:

Empleador anterior:

Ocupación:

Notas:

Empleador anterior:

Ocupación:

Notas:

Empleador anterior:

Ocupación:

Notas:

## SU COMUNIDAD E INTERESES

---



Utilice esta sección para compartir información acerca de los que pertenecen a su comunidad. Incluya grupos u organizaciones con las que esté conectado. Tenga en cuenta grupos de intereses especiales, religiosos, espirituales, políticos, comunitarios y sociales, o sus servicios voluntarios.

Nombre de la organización:

Tarea que desempeño:  Página web:

Ciudad:  Estado:  Contacto:

Notas:

Nombre de la organización:

Tarea que desempeño:  Página web:

Ciudad:  Estado:  Contacto:

Notas:

Nombre de la organización:

Tarea que desempeño:  Página web:

Ciudad:  Estado:  Contacto:

Notas:

Nombre de la organización:

Tarea que desempeño:  Página web:

Ciudad:  Estado:  Contacto:

Notas:

Nombre de la organización:

Tarea que desempeño:  Página web:

Ciudad:  Estado:  Contacto:

Notas:

## SU COMUNIDAD E INTERESES (CONTINUACIÓN)

---

Nombre de la organización:

Tarea que desempeño:  Página web:

Ciudad:  Estado:  Contacto:

Notas:

Nombre de la organización:

Tarea que desempeño:  Página web:

Ciudad:  Estado:  Contacto:

Notas:

Nombre de la organización:

Tarea que desempeño:  Página web:

Ciudad:  Estado:  Contacto:

Notas:

Nombre de la organización:

Tarea que desempeño:  Página web:

Ciudad:  Estado:  Contacto:

Notas:

Nombre de la organización:

Tarea que desempeño:  Página web:

Ciudad:  Estado:  Contacto:

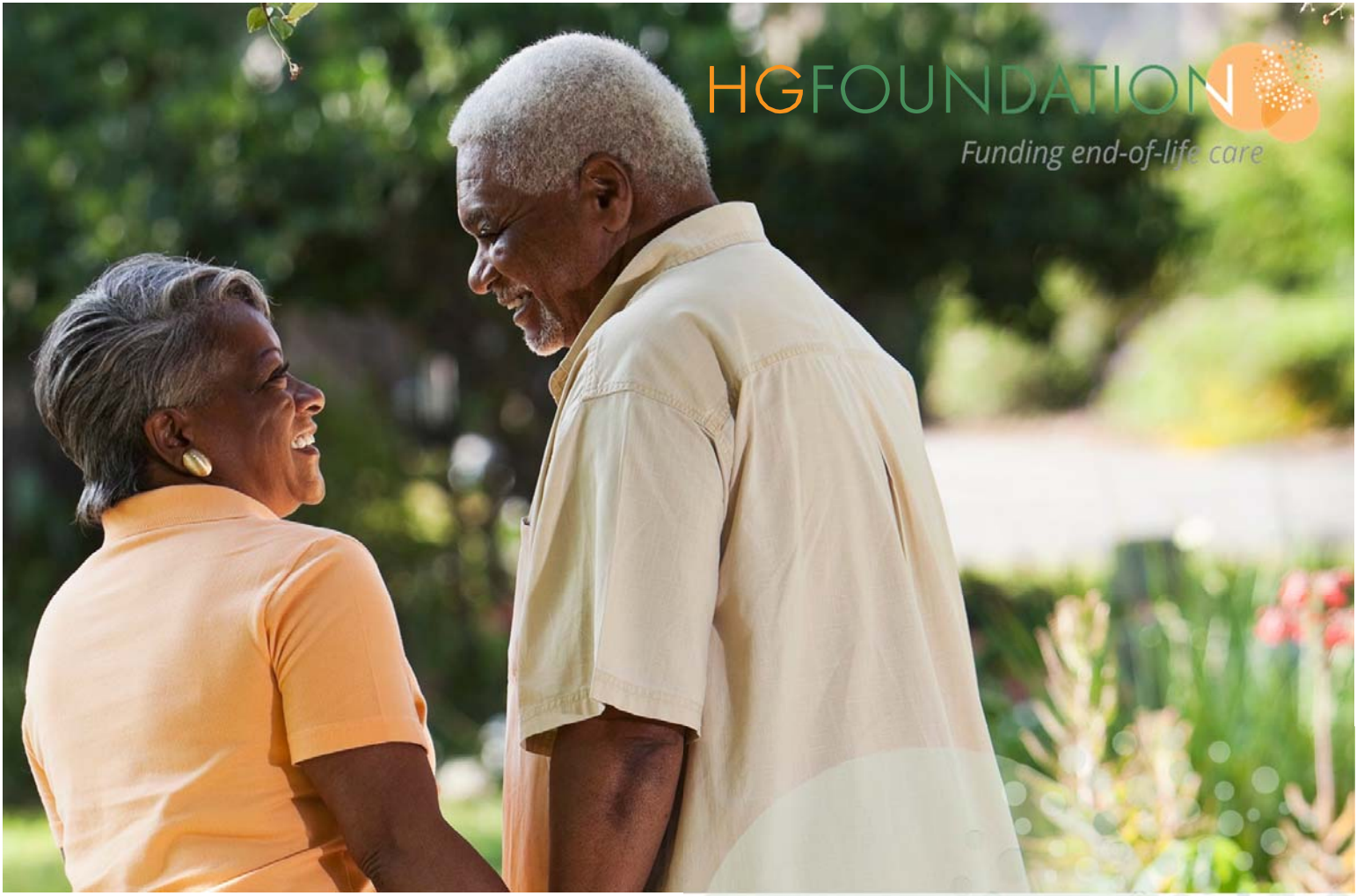
Notas:



## SU COMUNIDAD E INTERESES (CONTINUACIÓN)

---

Utilice esta sección para proporcionar más detalles acerca de sus afiliaciones en la comunidad o detalles de servicio militar.



## NOTAS PARA MI FAMILIA

### MÓDULO 2: Bienes, finanzas y cuestiones legales

Preparado por

Fecha:



Este módulo lo ayudará a prepararse para las cuestiones legales, que pueden resultar muy complejas sin la debida planificación.

*Notas para mi familia* no es un reemplazo del asesoramiento legal. Sin embargo, esta herramienta le ofrece una hoja de ruta útil que puede redundar en una mayor eficiencia cuando se reúna con sus asesores legales más adelante. Aquí podrá encontrar preguntas útiles para formularle a su abogado o asesor acerca de cuestiones financieras o legales, así como de sus bienes.

Hacia el final del documento “Introducción” en formato PDF, encontrará un glosario con definiciones simples y fáciles de comprender, y algunas mejores prácticas que podrán beneficiarlo a usted y su familia. A modo de recordatorio, no deje de revisar sus planes y testamentos anualmente.

### Consejos útiles

*Procure tener la siguiente información lista antes de comenzar a completar este documento.*

#### Lista de documentos del módulo Bienes, finanzas y cuestiones legales.

- Información sobre su cuenta corriente o caja de ahorros, que incluya usuarios y contraseñas de su banca electrónica
- Información sobre sus tarjetas de crédito y débito
- Información sobre su cuenta de retiro
- Títulos de propiedad de automóviles, barcos, etc.
- Detalles de la propiedad
- Información sobre testamentos, fideicomisos y poderes notariales

#### ASESOR FINANCIERO:

Nombre:  Empresa:   
Teléfono:  Correo electrónico:   
Domicilio:

El miembro de mi familia o la principal persona designada saben cómo ponerse en contacto con esta persona  Sí  No

#### CONTADOR PÚBLICO:

Nombre:  Empresa:   
Teléfono:  Correo electrónico:   
Domicilio:

El miembro de mi familia o la principal persona designada saben cómo ponerse en contacto con esta persona  Sí  No

#### Notas:

# INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE SU ADMINISTRACIÓN CONTABLE



## ¿CÓMO PAGA SUS FACTURAS ACTUALMENTE? MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE PUEDAN SER DE

- Cheques librados a mano (usted prepara los cheques y los ingresa en un registro simple de cheques)
- Las facturas se pagan por Internet a través del software que se indica a continuación
- Pago de facturas de servicios a través de mi institución bancaria; especifique:
- Pago de facturas de servicios a través de proveedores (tales como PG&E, cable, tiendas departamentales, etc.) Enumere los proveedores que paga de esta manera:

- Mi contador maneja todas mis facturas
- Banca electrónica/programas de contabilidad  
(Especifique el software que utiliza y si es una versión basada en la nube o de escritorio, como Quicken, Quickbooks, Freshbooks, etc.)

Software:

Usuario:

Formato:  De escritorio  Basado en la nube

Contraseña:

Uso:  Uso personal  Uso comercial

Software:

Usuario:

Formato:  De escritorio  Basado en la nube

Contraseña:

Uso:  Uso personal  Uso comercial

Software:

Usuario:

Formato:  De escritorio  Basado en la nube

Contraseña:

Uso:  Uso personal  Uso comercial

## ¿PERCIBE ALGÚN TIPO DE INGRESO, COMO SEGURIDAD SOCIAL O BENEFICIOS DE VETERANO, A TRAVÉS DE DEPÓSITO DIRECTO?

SÍ  NO

En caso afirmativo, especifique el tipo de ingreso:

Fecha mensual de depósito:

## INSTITUCIONES FINANCIERAS Y CUENTAS



Existen muchos tipos de cuentas financieras que utilizamos en nuestra vida cotidiana como cuentas bancarias, corrientes, de ahorro o inversión. Utilice esta página para detallar estas cuentas junto con el nombre de la institución, el usuario y contraseña para acceder a estas cuentas online si tuviera alguna.

### TIPO DE CUENTA

Nombre de la institución:

Número de cuenta:

Número de tarjeta de débito/crédito:

(en caso de ser aplicable) Fecha de vencimiento:

Usuario:

Contraseña:

¿Utiliza esta cuenta para pagar facturas?  Sí  No

Notas:

### TIPO DE CUENTA

Nombre de la institución:

Número de cuenta:

Número de tarjeta de débito/crédito:

(en caso de ser aplicable) Fecha de vencimiento:

Usuario:

Contraseña:

¿Utiliza esta cuenta para pagar facturas?  Sí  No

Notas:

### TIPO DE CUENTA

Nombre de la institución:

Número de cuenta:

Número de tarjeta de débito/crédito:

(en caso de ser aplicable) Fecha de vencimiento:

Usuario:

Contraseña:

¿Utiliza esta cuenta para pagar facturas?  Sí  No

Notas:

## TARJETAS DE CRÉDITO



Utilice esta sección para registrar las tarjetas de crédito o débito adicionales que no estén asociadas a una cuenta financiera.

Número de tarjeta:

Tipo:

Nombre de la institución:

Fecha de vencimiento:

Número de tarjeta:

Tipo:

Nombre de la institución:

Fecha de vencimiento:

Número de tarjeta:

Tipo:

Nombre de la institución:

Fecha de vencimiento:

Número de tarjeta:

Tipo:

Nombre de la institución:

Fecha de vencimiento:

Número de tarjeta:

Tipo:

Nombre de la institución:

Fecha de vencimiento:

Número de tarjeta:

Tipo:

Nombre de la institución:

Fecha de vencimiento:

### Consejos útiles

*Es posible que desee hacer una copia de sus tarjetas de crédito para facilitar la referencia. Recuerde actualizarlas, de ser necesario. Archive las impresiones junto con sus otros registros, por si le roban sus tarjetas. ¡Es una referencia fácil y rápida!*

## PAGO AUTOMÁTICO DE FACTURAS

Nombre del servicio:

Cuenta de la que se debita:

Fecha de débito:

Nombre del servicio:

Cuenta de la que se debita:

Fecha de débito:

Nombre del servicio:

Cuenta de la que se debita:

Fecha de débito:

Nombre del servicio:

Cuenta de la que se debita:

Fecha de débito:

Nombre del servicio:

Cuenta de la que se debita:

Fecha de débito:

Nombre del servicio:

Cuenta de la que se debita:

Fecha de débito:



# CUENTAS DE RETIRO



Utilice esta página para registrar sus cuentas o planes de retiro. Especifique el tipo de cuenta o plan para cada una de las cuentas enumeradas. Algunos de los tipos más comunes son el IRA, ROGHT, 401K, 403B así como otros planes de gobierno. Incluya cualquier otro tipo de información adicional dentro de la sección de notas.

## TIPO DE PLAN

Número de cuenta:

Nombre de la institución:

Domicilio:

Teléfono de la institución:

Correo electrónico de la institución:

Beneficiario:

Teléfono del beneficiario:

Correo electrónico del beneficiario:

Notas:

## TIPO DE PLAN

Número de cuenta:

Nombre de la institución:

Domicilio:

Teléfono de la institución:

Correo electrónico de la institución:

Beneficiario:

Teléfono del beneficiario:

Correo electrónico del beneficiario:

Notas:

## TIPO DE PLAN

Número de cuenta:

Nombre de la institución:

Domicilio:

Teléfono de la institución:

Correo electrónico de la institución:

Beneficiario:

Teléfono del beneficiario:

Correo electrónico del beneficiario:

Notas:

# CRÉDITOS



Utilice esta página para registrar sus créditos pendientes y cualquier información adicional. Lo instamos a que también registre aquello que ya se ha pagado y que tome nota del lugar en el que se encuentra la documentación oficial.

Acreeador:	<input type="text"/>
Número de cuenta:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text"/>
Fecha de cierre:	<input type="text"/>
Condiciones (años):	<input type="text"/>
Condiciones (tasa porcentual):	<input type="text"/>

Notas/Objetivo:

Acreeador:	<input type="text"/>
Número de cuenta:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text"/>
Fecha de cierre:	<input type="text"/>
Condiciones (años):	<input type="text"/>
Condiciones (tasa porcentual):	<input type="text"/>

Notas/Objetivo:

Acreeador:	<input type="text"/>
Número de cuenta:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text"/>
Fecha de cierre:	<input type="text"/>
Condiciones (años):	<input type="text"/>
Condiciones (tasa porcentual):	<input type="text"/>

Notas/Objetivo:

## INFORMACIÓN SOBRE PROPIEDADES/OBJETOS QUE VALORA



### SU RESIDENCIA O PROPIEDAD PRINCIPAL:

Domicilio:	<input type="text"/>	Pies cuadrados	<input type="text"/>
Ciudad:	<input type="text"/>	Año de construcción:	<input type="text"/>
Estado:	<input type="text"/>	Fecha de pago:	<input type="text"/>
Código postal:	<input type="text"/>	Baños/habitaciones:	<input type="text"/>
País:	<input type="text"/>	Valor estimado:	<input type="text"/>
Impuestos inmobiliarios:	<input type="text"/>	¿Renta este inmueble?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
¿Es propietario de este inmueble?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	Si es propietario, ubicación del título de propiedad: <input type="text"/>	

#### Notas

### OTRA RESIDENCIA O PROPIEDAD

Indique el tipo de propiedad, como un segundo inmueble residencial, comercial, de alquiler, finca o terreno no urbanizado.

Domicilio:	<input type="text"/>	Pies cuadrados	<input type="text"/>
Ciudad:	<input type="text"/>	Año de construcción:	<input type="text"/>
Estado:	<input type="text"/>	Fecha de pago:	<input type="text"/>
Código postal:	<input type="text"/>	Baños/habitaciones:	<input type="text"/>
País:	<input type="text"/>	Valor estimado:	<input type="text"/>
Impuestos inmobiliarios:	<input type="text"/>	¿Renta este inmueble?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
¿Es propietario de este inmueble?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	Si es propietario, ubicación del título de propiedad: <input type="text"/>	

#### Notas

*Agregue otra página, de ser necesario.*

**BIENES IMPORTANTES DE SU HOGAR**

*Consejos útiles*

*Una forma rápida de realizar un inventario de sus artículos domésticos es describirlos a medida que los anota. Si el artículo posee un número de serie o alguna otra marca distintiva, procure identificarla también.*

ÍTEM	NÚMERO DE SERIE	PRECIO DE COMPRA	FECHA DE COMPRA	VALOR ESTIMADO



## Consejos útiles

Asegúrese de incluir todos los tipos de pólizas de seguro que tenga. Algunos de los seguros más comunes son los seguros inmobiliarios para propietarios o inquilinos, seguros para automotores, de vida, de salud y de cuidado prolongado.

### TIPO DE PÓLIZA:

Contacto/Nombre del agente:

Nombre de la agencia:

Número de la póliza o cuenta:

Teléfono:

Correo electrónico:

Página web:

Beneficiario, en caso de ser aplicable:

Valor de la póliza, en caso de ser aplicable:

Notas/Objetivo:

### TIPO DE PÓLIZA:

Contacto/Nombre del agente:

Nombre de la agencia:

Número de la póliza o cuenta:

Teléfono:

Correo electrónico:

Página web:

Beneficiario, en caso de ser aplicable:

Valor de la póliza, en caso de ser aplicable:

Notas/Objetivo:

### TIPO DE PÓLIZA:

Contacto/Nombre del agente:

Nombre de la agencia:

Número de la póliza o cuenta:

Teléfono:

Correo electrónico:

Página web:

Beneficiario, en caso de ser aplicable:

Valor de la póliza, en caso de ser aplicable:

Notas/Objetivo:

## SEGUROS (CONTINUACIÓN)

---

**TIPO DE PÓLIZA:**

Contacto/Nombre del agente:

Nombre de la agencia:

Número de la póliza o cuenta:

Teléfono:

Correo electrónico:

Página web:

Beneficiario, en caso de ser aplicable:

Valor de la póliza, en caso de ser aplicable:

Notas/Objetivo:

**TIPO DE PÓLIZA:**

Contacto/Nombre del agente:

Nombre de la agencia:

Número de la póliza o cuenta:

Teléfono:

Correo electrónico:

Página web:

Beneficiario, en caso de ser aplicable:

Valor de la póliza, en caso de ser aplicable:

Notas/Objetivo:

**TIPO DE PÓLIZA:**

Contacto/Nombre del agente:

Nombre de la agencia:

Número de la póliza o cuenta:

Teléfono:

Correo electrónico:

Página web:

Beneficiario, en caso de ser aplicable:

Valor de la póliza, en caso de ser aplicable:

Notas/Objetivo:



## SU TESTAMENTO

He preparado un testamento:

SÍ  NO

En caso afirmativo, una copia oficial del testamento está guardada en:

**Fecha de constitución:**

Abogado:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

País:

Teléfono:

Correo electrónico:

Notas:

## INFORMACIÓN SOBRE MI FIDEICOMISO EN VIDA

He preparado un fideicomiso en vida:

SÍ  NO

En caso afirmativo, una copia oficial del fideicomiso está guardada en:

**Fecha de constitución:**

Abogado:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

País:

Teléfono:

Correo electrónico:

Notas:

## INFORMACIÓN LEGAL (CONTINUACIÓN)

---

### PODER NOTARIAL FINANCIERO:

He preparado un poder notarial financiero:  SÍ  NO

En caso afirmativo, una copia oficial del poder está guardada en:

Fecha de constitución:

Abogado:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

País:

Teléfono:

Correo electrónico:

Notas:



## DIRECTIVAS ANTICIPADAS

**Consejos útiles** Asegúrese de entregarle copias de estos documentos importantes a aquellas personas que estén autorizadas para actuar en representación suya. Si bien son herramientas comunes, no son las únicas que puede utilizar. Pregúntele a su médico o a su abogado cuál le conviene.

Seleccione aquellas que haya completado e indique el lugar en el que se puede encontrar la copia original firmada.

### POLST

Una copia oficial de mi POLST está guardada en:

Fecha de constitución:

Firmada por:

Agente o apoderado:

Correo electrónico del agente:

Teléfono residencial:

Teléfono celular:

Verifique que su POLST sea parte de su historia clínica en el hospital local.

Notas:

### PODER NOTARIAL DURADERO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Una copia oficial de mi poder notarial duradero para el cuidado de la salud está guardada en:

Fecha de constitución:

Firmada por:

Agente o apoderado:

Correo electrónico del agente:

Teléfono residencial:

Teléfono celular:

Verifique que su poder notarial duradero sea parte de su historia clínica en el hospital local.

Notas:

### DIRECTIVA ANTICIPADA/CINCO DESEOS

Una copia oficial de mi formulario "Cinco deseos" está guardada en:

Fecha de constitución:

Firmada por:

Agente o apoderado:

Correo electrónico del agente:

Teléfono residencial:

Teléfono celular:

Verifique que su formulario "Cinco deseos" sea parte de su historia clínica en el hospital local.

Especifique formulario utilizado y notas:

## CONTACTOS IMPORTANTES

---

### ABOGADO/S:

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Esta persona tiene mi testamento y sabe quién más puede acceder a él.  Sí  No

### ABOGADO/S:

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Esta persona tiene mi testamento y sabe quién más puede acceder a él.  Sí  No

### FIDUCIARIO:

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Esta persona tiene mi testamento y sabe quién más puede acceder a él.  Sí  No

### FIDUCIARIO SUCESOR:

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Esta persona tiene mi testamento y sabe quién más puede acceder a él.  Sí  No

### ALBACEA:

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Esta persona tiene mi testamento y sabe quién más puede acceder a él.  Sí  No

### OTRO:

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Esta persona tiene mi testamento y sabe quién más puede acceder a él.  Sí  No

### OTRO:

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Esta persona tiene mi testamento y sabe quién más puede acceder a él.  Sí  No

### OTRO:

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Esta persona tiene mi testamento y sabe quién más puede acceder a él.  Sí  No

# NOTAS GENERALES

---



## NOTAS PARA MI FAMILIA

### MÓDULO 3: Información médica

Preparado por:

Fecha:

## INFORMACIÓN MÉDICA



En este módulo, Información médica, se le pedirá que documente información importante sobre su salud y su historia clínica, que incluye enfermedades previas, cirugías, medicamentos y alergias. Cuanto más detallado y específico pueda ser, más útil resultará el módulo. Esto también incluye la especificación de enfermedades que han estado presentes en su familia inmediata y extendida.

Una de las conversaciones más importantes que usted debería mantener con su médico se centra en el tipo de cuidado que desea, las medidas que no desea, y la manera en la que usted desea ser tratado en el supuesto de una enfermedad grave. Su médico es quien estará a su lado para ocuparse de usted y gestionar su enfermedad pero usted debe informarle sus preferencias. Este módulo de *Notas para mi familia* puede guiarlo a usted y/o a la persona que designe para tomar las decisiones respecto del cuidado de su salud, para ser su mejor defensor.

En esta sección, encontrará dos formularios: la Directiva anticipada y el formulario POLST (Orden Médica de Tratamiento para Mantener la Vida). Estos son documentos clave que deberán ser completados junto con su médico y los miembros de su familia. Su hospital local puede conservar una copia de su POLST dentro de su historial médico. Los profesionales de la salud recomiendan mantener una copia del formulario POLST en su automóvil o bien exhibirlo en un lugar visible para el caso en el que surja una emergencia. Todos los contactos de emergencia deben también tener una copia del formulario POLST. Estos documentos deberán revisarse anualmente y actualizarse si fuera necesario.

### Consejos útiles

*Revise sus registros médicos anteriores y reúnase con su médico para asegurarse de que toda la información de esta sección está completa.*

#### Lista de documentos del módulo Información médica

- Poder notarial duradero para el cuidado de la salud
- Formulario POLST (Orden Médica de Tratamiento para Mantener la Vida)
- Lista de medicamentos bajo receta y medicamentos de venta libre que tome actualmente
- Información de contacto actualizada de su médico y sus profesionales de la salud
- Registros médicos importantes

Notas:



## INCLUYA LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE:

### Su médico de cabecera y/o especialista(s)

Nombre:

Especialidad:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nombre:

Especialidad:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nombre:

Especialidad:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nombre:

Especialidad:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

### Su hospital local

Nombre:

Especialidad:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

### Su farmacia de preferencia

Nombre:

Especialidad:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

### Su agencia de cuidadores de la salud

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

### Otro

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

### Otro

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

### Otro

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

## INFORMACIÓN MÉDICA PARA SU FAMILIA

---



¿Sufre alguna alergia que implique un riesgo de vida? Procure enumerar todos los medicamentos que toma para las alergias. Sea específico sobre las reacciones, complicaciones y tratamiento actual.

Tener una lista actualizada y precisa de sus medicamentos es vital para el cuidado de su salud. Dado que los medicamentos pueden cambiar de forma frecuente, le recomendamos que prepare una lista y que la conserve junto con su POLST y en su botiquín de medicamentos. Es muy importante actualizar su lista cada vez que cambien sus medicamentos o las dosis. Asegúrese de incluir la fecha cada vez que actualice su lista. Cualquier persona que la revise así sabrá que está actualizada.

Sí, he preparado una lista de medicamentos. Se encuentra:

- Junto con mi POLST
- En mi botiquín de medicamentos
- En la guantera de mi auto
- La llevo conmigo cuando viajo

Otro:

## INFORMACIÓN MÉDICA PARA SU FAMILIA (CONTINUACIÓN)

---

¿Tiene alguna enfermedad hereditaria o genética que los miembros de su familia deban conocer? Explique:

¿Tiene alguna enfermedad, tratamiento médico u operación que los miembros de su familia deban conocer? Explique e incluya detalles como la fecha de la operación, los tratamientos actuales o los lugares en los que se llevan adelante esos tratamientos:



## DIRECTIVAS ANTICIPADAS

---



El aspecto más valioso de las directivas anticipadas es que le permiten designar formalmente a la persona que tomará las decisiones respecto de los asuntos médicos en el caso de que usted no pueda hablar por sus propios medios. En la página 15 del segundo módulo, Bienes, finanzas y cuestiones legales, usted debe registrar el contenido de tres documentos específicos. A continuación, le recordamos cuáles son.

Las directivas de cuidado se utilizan si su doctor determina que usted no cuenta con la habilidad, generalmente llamada “capacidad”, de tomar decisiones sobre su propio cuidado. Dicho de otro modo, carecer de esta capacidad significa generalmente que usted está tan enfermo o lesionado que no puede expresar de ninguna forma sus deseos para su propio cuidado.

El formulario POLST le permite especificar, si usted no pudiera hablar por sus propios medios, los tratamientos que desearía recibir, tales como RCP o un tubo de alimentación. Su médico con el que converse sobre POLST **deberá firmarlo** para que pueda convertirse en un documento legal.

Un poder notarial duradero para el cuidado de la salud es el documento en el cual usted nombra una persona en la que usted confía para que sea su representante para el cuidado de la salud, tome cualquier decisión médica necesaria en su nombre y controle que los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud le provean el tipo de cuidado que usted desea recibir. Además, en su Directiva anticipada, puede nombrar a un agente para decisiones relacionadas con temas de salud.

El documento “Cinco deseos” es un testamento en vida que se utiliza con frecuencia ya que está redactado en un lenguaje cotidiano y ayuda a las personas a expresar sus deseos sobre las áreas que más le interesan: la personal y la espiritual además de la médica y la legal. Sin embargo, no todos los hospitales o casas funerarias aceptan “Cinco deseos”. Asegúrese de preguntar si se acepta, o si se requieren documentos adicionales.

### A CONTINUACIÓN ENCONTRARÁ UNA LISTA QUE LO AYUDARÁ A UTILIZAR ESTOS DOCUMENTOS DE MANERA APROPIADA:

- Lo he conversado con mi médico y está firmado correctamente. (Únicamente para POLST, se requiere firma)
- Los miembros de mi familia comprenden mis deseos y hemos conversado tanto sobre los tratamientos e intervenciones que deseo que se realicen como aquellos que no.
- En caso de emergencia, el documento se encuentra en un lugar de fácil acceso.

### LAS SIGUIENTES PERSONAS CUENTAN CON UNA COPIA DEL DOCUMENTO:

- Los miembros de mi familia; especifique:
- Mi médico de cabecera; especifique:
- Mi hospital local; especifique:
- Mi agente para decisiones relacionadas con temas de salud; especifique:

Notas:

## OPCIONES DE VIDA ASISTIDA

### Consejos útiles

Es una buena idea conversar sobre las opciones de vida asistida (y los costos relacionados) con su familia y amigos antes de que llegue el momento de implementar estos cambios.

Si, debido a mis necesidades médicas, no puedo permanecer de manera segura e independiente en mi hogar, acepto lo siguiente:

- Ir a la residencia para la vida asistida que se indica a continuación;
- Contratar atención de enfermería domiciliaria de tiempo completo y pagarla con recursos que he reservado para tal fin;
- Vivir con los siguientes miembros de mi familia que aceptaron hacerse cargo de mi atención:

Nombre:

Teléfono:  Correo electrónico:

Conversé con los siguientes miembros de mi familia o personas de contacto designadas sobre este tema:

Nombre:

Teléfono:  Correo electrónico:

### Cuidador o agencia que proveerá el cuidado en el hogar

Contacto:

Agencia:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Tal como se menciona en la página 3.

Deseo que la persona que me proporcione cuidados sepa lo siguiente acerca de mí.  Sí  No

### Lugar de preferencia como opción de vida asistida

Contacto:

Agencia:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

He contactado a esta persona o agencia acerca de cuestiones organizativas.  Sí  No

(comparta toda clase de detalles personales o preferencias que considere que ayudarán a comprender mejor sus necesidades)

Tengo seguro de cuidado prolongado para ayudar a cubrir estos costos. Consulte la información acerca de políticas en el *Módulo 2*.

## CUIDADO DE HOSPICIO

---



El cuidado de hospicio está considerado como el modelo de cuidado compasivo de calidad para personas que padecen enfermedades que limitan su vida. El hospicio le ofrece al paciente un enfoque en equipo para el cuidado médico y el tratamiento del dolor, así como un apoyo emocional y espiritual expresamente diseñado según las necesidades y los deseos del paciente. También se le brinda apoyo a los seres queridos del paciente.

El hospicio se enfoca en el cuidado, no la cura. En la mayoría de los casos, el cuidado se ofrece en el lugar que el paciente considere como más apropiado y cómodo: su propio hogar, el de un pariente o amigo, un centro de jubilados o un centro de asistencia prolongada. Los servicios de hospicio están disponibles para pacientes que padezcan cualquier enfermedad terminal y tengan una expectativa de vida de hasta seis meses. El hospicio está cubierto por el seguro y Medicare. Siempre se aconseja revisar la póliza de seguro para determinar los beneficios de los que podrá gozar.

### Proveedor de cuidado de hospicio:

Contacto:	<input type="text"/>
Proveedor:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text"/>

He contactado a esa agencia  
como mi proveedor de cuidado  
de hospicio elegido.

Sí  No

Notas:

## CUIDADO PALIATIVO

---



El cuidado paliativo es diferente del cuidado de hospicio ya que está disponible para los pacientes en cualquier momento durante una enfermedad grave. Los pacientes reciben cuidados paliativos al mismo tiempo que reciben tratamientos que apuntan a curar su enfermedad. El cuidado paliativo es similar al de hospicio ya que también involucra a un equipo especializado que provee apoyo médico, emocional y espiritual al paciente y su familia. Su disponibilidad no depende de que su condición pueda tener cura.

El objetivo es que los pacientes logren un mayor nivel de comodidad y puedan mejorar su calidad de vida. Los pacientes no tienen que estar atravesando el final de sus vidas para recibir cuidado paliativo. Existen cada vez más planes de seguro que cubren el cuidado paliativo, incluido Medicare en ciertos estados.



*Modelo de cuidado tanto para cuidado de hospicio como paliativo.*



## NOTAS PARA MI FAMILIA

### MÓDULO 4: Deseos y recuerdos

Preparado por:

Fecha:



En nuestro módulo final, Deseos y recuerdos, se le pedirá que responda preguntas sensibles que incluyen sus planes funerarios, las personas a las que notificar de su fallecimiento y sus ideas acerca de la donación de órganos. Se le solicitará que redacte su propio obituario y planifique la ceremonia para el final de su vida.

Deseos y recuerdos puede ayudarlo a encontrar paz y sosiego al dejar mensajes para los miembros de su familia o sus seres queridos y expresar sus deseos finales. Es una sección especial que, si se completa cuidadosamente, le permitirá a los demás honrar su vida plenamente.

### **Lista de documentos y archivos digitales de deseos y recuerdos**

- Planes funerarios, de servicio o ceremonia
- Su obituario/foto a utilizar
- Música (en versión impresa o digital) para escuchar en el funeral, servicio o ceremonia
- Lecturas para el funeral, servicio o ceremonia
- Parcela de sepultura/documentación para la cremación
- Tarjeta o documentación para la donación de órganos

Notas:

## SUS DESEOS

---



### DONACIÓN DE ÓRGANOS

¿Es usted donante de órganos?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿lo ha indicado en su licencia de conducir?

Sí  No

Forma parte de su directiva anticipada:

Sí  No

En un documento diferente:

Sí  No

En caso afirmativo, ¿dónde?

### OBITUARIO

¿Ha preparado su obituario?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿dónde está guardado?

¿En qué publicaciones o plataformas en línea quisiera que aparezca?

¿Hay alguna foto que quisiera utilizar? En caso afirmativo, ¿dónde está guardada?

Quisiera agregar una copia de mi obituario a continuación:

## SUS DESEOS (CONTINUACIÓN)

---

### OBITUARIO (CONTINUACIÓN)

En caso de que no haya redactado su obituario, ¿quién debería ser la persona responsable de hacerlo?

Nombre:  Relación:   
Domicilio:  Teléfono:   
Correo electrónico:

Sugerencias de información básica para incluir en su obituario:

Nombre de pila:  Segundo nombre:   
Apellido:  Apellido de soltero/a:   
Apodo:  Edad:  Género:   
Ciudad de residencia:  Período de tiempo:   
Fecha de nacimiento:  Lugar de nacimiento:   
Servicio militar:   
Profesión:   
Formación/educación/habilidades:   
Organizaciones y conexiones en la comunidad:

Parientes más próximos, lo sobreviven:  Consulte el Módulo 1 para obtener más información

Información sobre el servicio o ceremonia:   
Información mortuoria:   
Contribuciones benéficas:

Notas:



## FUNERAL/SERVICIO/CEREMONIA



¿Desea un servicio?  Sí  No

Tipo de servicio que desea:

### SERVICIO

¿Tiene algún tipo de planificación ya preparada?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿dónde guarda estos planes?

- Deseo un funeral/servicio conmemorativo sin féretro presente
- Deseo un funeral/servicio conmemorativo con mis restos presentes:  Féretro abierto  Féretro cerrado
- Deseo una celebración de mi vida separada de mi entierro/cremación
- Prefiero que no se organice ningún evento

Mi funeral/servicio/ceremonia se llevará adelante en:

Domicilio:

Teléfono:  Correo electrónico:

Persona designada para organizar los detalles:

Domicilio:

Teléfono:  Correo electrónico:

Persona designada para officiar:

Domicilio:

Teléfono:  Correo electrónico:

Orden de eventos de la ceremonia:

Casa funeraria de preferencia:

Contacto:  Teléfono:

Domicilio:  URL del álbum conmemorativo digital:

## FUNERAL/SERVICIO/CEREMONIA (CONTINUACIÓN)

---

Fotos que se utilizarán (incluya los nombres de los archivos o el asunto y lugar en el que están guardados):

Música que se escuchará (enumere los títulos y los compositores):

Lecturas que se harán (mencione los títulos y los autores):

### Consejos útiles

*Es un honor que alguien nos solicite ser parte de su servicio conmemorativo. Hay muchas maneras de participar: la lectura de un pasaje, tocar un instrumento, la selección de las flores o la disposición de las fotos. Si usted le ha pedido a ciertas personas especiales que participen de su servicio, recuerde compartir esos detalles.*

### Personas que me gustaría que participen:

Nombre:   
Teléfono:

Relación:   
Correo electrónico:

Nombre:   
Teléfono:

Relación:   
Correo electrónico:

Nombre:   
Teléfono:

Relación:   
Correo electrónico:

# FUNERAL/SERVICIO/CEREMONIA (CONTINUACIÓN)

---

Notas sobre el servicio o la ceremonia:

**DESEOS SOBRE LA DISPOSICIÓN O EXHIBICIÓN DE LOS RESTOS (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE SEAN DE APLICACIÓN)**

- Inhumación       Entierro en sepulcro       Cremación       Sin que queden cenizas

En caso de entierro, ubicación de la parcela:  Ubicación del título de propiedad:

En caso de cremación, la disposición de las cenizas será la siguiente:

## ¿A QUIÉN NOTIFICAR DE MI FALLECIMIENTO?



Nombre:  :

Relación:

Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Complete este formulario e indique las personas que no se mencionaron en ninguna de las secciones de *Notas para mi familia*.

Nombre:

Relación:

Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Nombre:

Relación:

Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Nombre:

Relación:

Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Nombre:

Relación:

Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Lugar donde se encuentra su libreta de información de contacto:

### Notificaciones para las organizaciones

Me gustaría que notifiquen a las siguientes organizaciones sobre mi fallecimiento. La información de contacto la encontrarán en el primer módulo: *Usted y su familia*.



*Cada uno de nosotros tiene recuerdos y reflexiones acerca de su vida. Algunas las compartimos abiertamente, otras son más privadas. En esta sección de Notas para mi familia, se comparten anécdotas y experiencias significativas para usted.*

Redacte experiencias que lo hayan ayudado a moldear su vida. Si le interesa, escriba acerca de las distintas etapas de su vida (niñez, juventud, vida adulta). Las siguientes secciones y preguntas se incluyen para ayudarlo a reflexionar, pero es usted quien decide las preguntas y la información que desea compartir.

### **Estilo de vida**

¿Qué palabras describen mejor su vida?

¿Cómo era su rutina diaria?

¿Qué lo hace reír o sentirse bien?

# RECUERDOS (CONTINUACIÓN)

---

## Intereses

¿Cuáles son sus intereses? ¿Cómo fueron cambiando sus intereses con el paso de los años?

¿Tenía libros, música, autores, películas, deportes favoritos?

¿Hay algo que siempre le haya gustado hacer?

## RECUERDOS (CONTINUACIÓN)

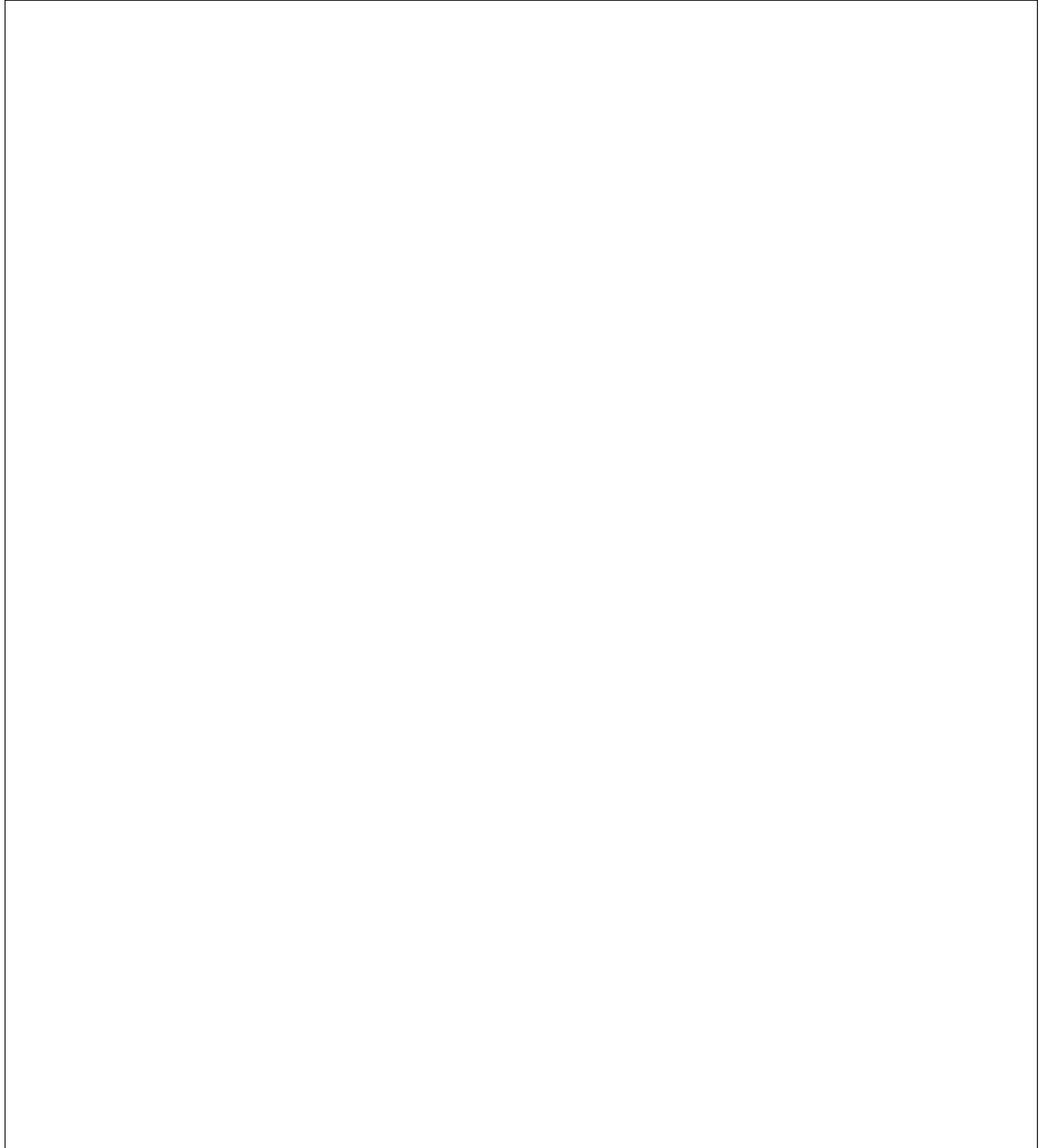
---

### Influencias

¿Quién influyó en usted?

¿Con qué cultura o herencia tiene relación y cómo influye eso en usted?

¿Hubo algún “punto de inflexión” en el que sienta que su vida realmente cambió?



# RECUERDOS (CONTINUACIÓN)

---

**Valores**

¿Qué valora?

¿Qué le genera orgullo?

¿Cuáles son sus esperanzas en relación con el mundo? ¿Cómo desea que sea para los que vienen detrás de usted?



## RECUERDOS (CONTINUACIÓN)

---

### Familia

Describe a su familia.

¿Cómo describiría el impacto de esas relaciones?

## RECUERDOS (CONTINUACIÓN)

---

### Recuerdos

Si lo entrevistara alguien a quien usted admira, ¿qué preguntas le gustaría que le haga?

¿Qué recuerdos especiales le gustaría compartir y que perduren?

¿Qué desea que recuerden los demás de usted?

## RECUERDOS (CONTINUACIÓN)

---

### Consejos útiles

*Uno de los recuerdos más entrañables que podemos dejarle a un ser querido es una carta en la que le transmitamos nuestros sentimientos y gratitud hacia esa persona por estar en nuestras vidas.*

¿A quiénes les escribirá una carta? ¿Dónde las guardará?

Gracias por tomarse el tiempo de completar *Notas para mi familia*. Esperamos que esta herramienta le haya sido útil y agradecemos su opinión y sus sugerencias. Si desea realizar una donación a la fundación Hospice Giving Foundation, visite [hospicegiving.org/donate](https://hospicegiving.org/donate).