

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.

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)

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 - A Movement to Improve Care

Enero de 2016