

Central Massachusetts Partnership to Improve Care at the End of Life, Inc.

Patrocinador de **Better Ending: Assure Your Final Wishes. (Mejor final: asegure sus últimos deseos)**
Afiliado con el Massachusetts Compassionate Care Coalition, Inc.



INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA DAR SU PODER PARA TOMAR DECISIONES MÉDICAS Y DECLARACIÓN DE DESEOS PERSONALES A SU PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA

- 1. Complete el formulario de Poder para tomar decisiones médicas y la declaración de deseos personales en ambos idiomas, si fuera posible.**
- 2. Haga una copia de ambos documentos en ambos idiomas- observe que el Poder para tomar decisiones médicas tiene dos lados. (Recuerde hacer copias adicionales si se las da a más de un médico).**
- 3. Adjunte el formulario de Poder para tomar decisiones médicas y la declaración de deseos personales en ambos idiomas y entrégueselo a su prestador de atención médica, solicitando que lo coloque dentro de su expediente médico.**