



Cómo completar y cargar su plan anticipado de cuidados gratuito



¡Bienvenido!

Gracias por dar este importante paso para asegurarse de que se conozcan sus deseos en caso de que se produzca una emergencia médica. Ahora más que nunca, es importante planificar con antelación antes de que se produzca una emergencia.

Este proceso de planificar con antelación se denomina planificación anticipada de cuidados. La planificación anticipada de cuidados consiste en identificar y dejar por escrito el tipo de atención médica que desearía recibir, así como también designar a una persona (llamada representante para cuidados médicos) que pueda actuar en su nombre en caso de que usted pierda la capacidad de comunicarse por sí mismo. Si usted no cuenta con un plan anticipado de cuidados o un representante para cuidados médicos, los seres queridos y los médicos pueden tomar decisiones que no reflejen sus deseos. Para obtener más información sobre la planificación anticipada de cuidados y la designación de un representante para cuidados médicos en español, diríjase a la sección de [Recursos Comunitarios](#) en la página de Voice Your Choice en español.

Voice Your Choice se enorgullece de ofrecer una herramienta en línea que permite acceder fácilmente a su plan anticipado de cuidados en caso de emergencia y hace posible su utilización en diferentes tipos de centros de salud y proveedores de servicios médicos. Nos comprometemos a ayudarlo a crear su plan anticipado de cuidados en línea. Esta guía detallada lo guiará a través del proceso. Si desea explorar otras herramientas, videos y recursos o en caso de requerir ayuda adicional, visite la [página de Voice Your Choice](#) en español. Esperamos que esta guía y todos los materiales ofrecidos por Voice Your Choice le resulten útiles. Sírvase compartir estos recursos con sus amigos, familiares, vecinos y colegas.

Índice

Cómo descargar su documento gratuito de voluntades anticipadas “Five Wishes” (Cinco deseos) Error! Bookmark not defined.

Paso 1: Descargue el formulario de voluntades anticipadas “Five Wishes” **Error! Bookmark not defined.**

Cómo completar su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes”Error! Bookmark not defined.

Paso 1: Revise y complete el formulario de voluntades anticipadas “Five Wishes” 5

Paso 2: Hable con sus seres queridos y con su equipo de salud 11

Paso 3: Complete y firme su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” 11

Paso 4: Pídale a dos testigos que firmen su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” 12

Paso 5: Escanee y guarde su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” completado 13

Cómo cargar su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” completado Error! Bookmark not defined.

Paso 1: Diríjase al sitio web de Voice Your Choice 13

Paso 2: Cree una cuenta **Error! Bookmark not defined.**

Paso 3: Cargue su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” completado 18

Paso 4: Revise y sustituya su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” cargado..... 22

Opcional – Paso de verificación de identidad Error! Bookmark not defined.

Paso 1: Inicie sesión y diríjase a Panel de Información 25

Paso 2: Ingrese información de identificación personal adicional 26

Paso 3: Verifique su identidad u opte por no realizar la verificación de identidad 27



Cómo descargar su documento gratuito de voluntades anticipadas “Five Wishes”

Paso 1: Descargue el formulario de voluntades anticipadas “Five Wishes”

Una de las formas más fáciles y populares de crear un plan anticipado de cuidados (también conocido como documento de voluntades anticipadas o testamento vital) es utilizar un documento preformateado. Voice Your Choice se ha asociado con Five Wishes para ofrecerle una copia de su formulario en seis idiomas, incluido el español. Voice Your Choice ha adquirido un número limitado de formularios “Five Wishes” en español, y los ponemos a su disposición de forma gratuita, según orden de llegada.

Puede acceder a su formulario gratuito “Five Wishes” en el sitio web <https://fivewishes.org/five-wishes-vyc-spanish>. Tenga en cuenta que hay un límite de una descarga gratuita para cada dirección de correo electrónico. Para descargar el formulario en español, siga estos pasos:

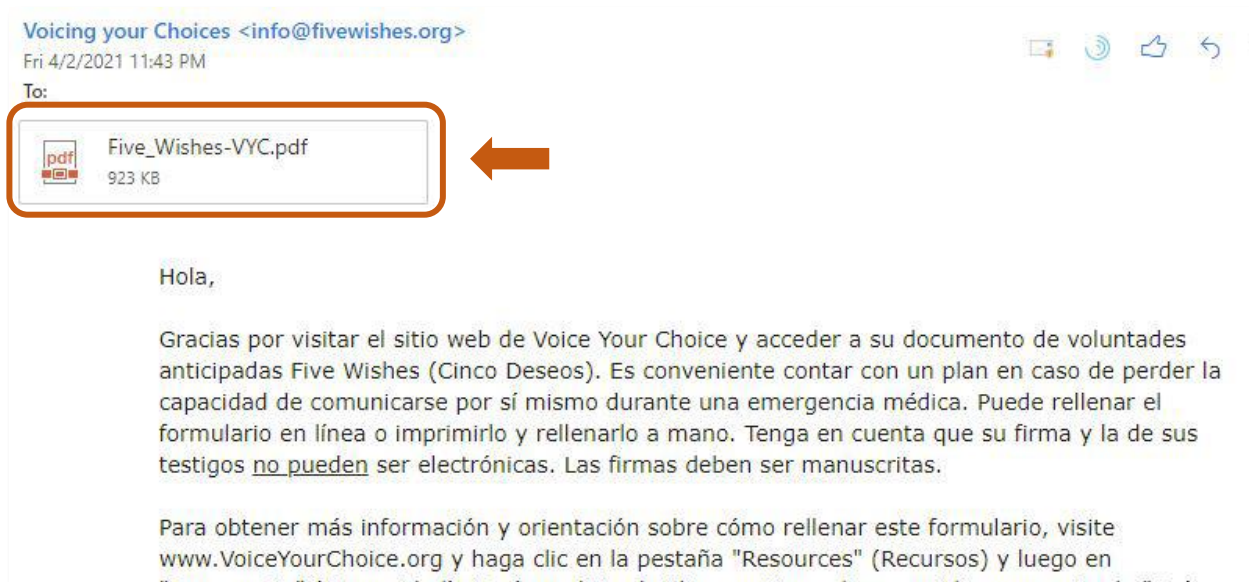
1. Utilice su navegador y diríjase a: <https://fivewishes.org/five-wishes-vyc-spanish>. Verá el formulario que figura a continuación.
2. Asegúrese de que el menú desplegable “Idioma” diga “español”.
3. Complete el resto del formulario y haga clic en “Crear cinco deseos”.

The screenshot shows the registration form on the Five Wishes website. At the top left is the 'FIVE WISHES' logo. To the right, it says 'Checkout (0)' and has 'Store' and 'Donate' buttons. Below the logo are navigation links: 'Healthcare Organizations', 'Businesses', 'Communities', 'Individuals and Families', and 'Who We Are'. The form fields are: 'Correo electrónico *', 'Nombre *', 'Fecha de nacimiento *', 'Idioma' (a dropdown menu with 'Español' selected), and 'Estado' (a dropdown menu with 'Alabama' selected). Below these is a checkbox for 'Aceptación de las condiciones' with the text 'He leído y acepto las condiciones de uso'. At the bottom are two buttons: 'Cree Cinco Deseos' (highlighted with a red box and a callout '3') and 'Reiniciar' (highlighted with a red box and a callout '2').

En el sitio web aparecerá un botón mediante el cual usted podrá descargar su formulario de voluntades anticipadas “Five Wishes”. Haga clic en este botón y guarde el formulario en su ordenador. Tendrá que utilizar Adobe Acrobat Reader para poder abrir y ver el documento.



También recibirá un correo electrónico de Five Wishes con el formulario adjunto. Puede guardar ese documento en su ordenador y utilizarlo de la misma manera que el documento que ha descargado en el paso anterior.



***Importante: Si ya no quedan formularios gratuitos “Five Wishes” disponibles, tendrá que comprar uno en el sitio web <https://fivewishes.org/shop/order/product/five-wishes-advance-directive>.**

Cómo completar su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes”

Paso 1: Revise y complete el formulario de voluntades anticipadas “Five Wishes”

El formulario de voluntades anticipadas “Five Wishes” que ha descargado es un PDF “rellenable”. Esto significa que puede rellenar el formulario de voluntades anticipadas “Five Wishes” en su ordenador. Puede rellenar el formulario de voluntades anticipadas en línea o imprimirlo y rellenarlo a mano. Si rellena el formulario en su ordenador, utilizando el ratón, puede hacer clic en los cuadros de texto de color azul claro para agregar texto. También puede utilizar el ratón para marcar o desmarcar cualquier casilla. Sea cual sea la forma que elija, después de rellenar el formulario, debe imprimirlo para que usted y sus testigos puedan firmarlo.

El documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” contiene todas las instrucciones en español que necesitará para completar el formulario. Lea las instrucciones y luego las opciones de cada deseo. Asegúrese de tomar cualquier nota, así como las preguntas que tenga o los temas que quiera tratar con su familia y sus seres queridos.

En las siguientes páginas, ofrecemos instrucciones para rellenar el documento “Five Wishes”. Tenga en cuenta que algunos de los comentarios proporcionan información específica sobre la creación de planes anticipados de cuidados en Maryland.

Cinco Deseos en mi estado

Cinco Deseos fue creado con la ayuda de la Comisión de la Asociación de Abogados de los Estados Unidos sobre la Ley y el Envejecimiento (American Bar Association’s Commission on Law and Aging). **Si usted vive en el Distrito de Columbia o en la mayoría de los estados, puede utilizar Cinco Deseos y tener la tranquilidad de saber que cumple de manera sustancial con los requisitos de su estado en virtud de la ley.** Si vive en uno de seis estados (**Indiana, Kansas, Nuevo Hampshire, Ohio, Oregón o Texas**), todavía puede utilizar Cinco Deseos pero tal vez necesite dar un paso adicional. Conozca más en FiveWishes.org/states.

¡Importante! En Maryland, el documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” únicamente es válido si ha sido firmado en presencia de dos testigos competentes.

DESEO 1

La persona a quien deseo designar para que tome decisiones en mi nombre cuando yo no pueda hacerlo.

Si yo ya no puedo tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud, este formulario nombra a la persona que selecciono para tomar estas decisiones en mi nombre. Esta persona será mi representante legal para decisiones del cuidado de la salud (Health Care Agent) (u otro término que se use en el estado donde resida: por ejemplo, apoderado, representante o sustituto), y decidirá en mi nombre la asistencia médica que he de recibir en las siguientes condiciones:

- El médico que me atiende determina que ya no puedo tomar decisiones por mí mismo, Y*
- Otro profesional del cuidado de la salud está de acuerdo en que esto es cierto.*

Si el estado donde yo resido utiliza otro método para determinar mi incapacidad para tomar decisiones del cuidado de la salud, debe usarse dicho método.

- Los representantes para cuidados médicos pueden actuar en cumplimiento de sus deseos de atención médica **SÓLO** cuando usted **pierda la capacidad** de comunicarse por sí mismo. En caso de que usted pueda hablar por sí mismo durante una emergencia médica, sus proveedores de servicios médicos cumplirán con sus indicaciones. Los representantes para cuidados médicos no pueden tomar ninguna decisión financiera en su nombre.
- Cuando rellene el formulario **en el ordenador**, debe recordar **marcar la casilla de verificación** junto a las afirmaciones con las que **no** esté de acuerdo en el Deseo 1. Si rellena una **copia impresa**, **tache** las afirmaciones con las que **no** esté de acuerdo en el Deseo 1.
- Si agrega otras preferencias no incluidas en el Deseo 1, puede escribirlas en español pero, si es posible, escribálas también en inglés para que sean más fáciles de leer para el proveedor de servicios médicos.

DESEO 2

El tipo de tratamiento médico que deseo o no deseo recibir.

Considero que mi vida es valiosa y merezco ser tratado con dignidad. Cuando llegue el momento en que me encuentre muy enfermo y no pueda expresarme por mi cuenta, deseo que se cumplan y respeten los siguientes deseos, así como cualquier instrucción que haya dado a mi representante legal para tomar decisiones respecto del cuidado de mi salud.

Lo que los responsables de mi asistencia médica deben recordar:

- No deseo sentir dolor. Deseo estar cómodo. Tres
 - No deseo que mis médicos o enfermeras hagan u
-
- Recuerde que debe elegir entre las múltiples opciones del Deseo 2. Hay tres preguntas de opción múltiple: seleccione una sola opción para cada una de las tres preguntas.
 - Cuando rellene el formulario en el ordenador, para cada pregunta de opción múltiple, recuerde marcar la casilla de verificación junto a la afirmación con la que **esté de acuerdo** en el Deseo 2. Si rellena una copia impresa, para cada pregunta de opción múltiple, marque la casilla situada junto a la afirmación con la que **esté de acuerdo** en el Deseo 2. Elija sólo una opción para cada pregunta de opción múltiple.
 - Si agrega otras preferencias no incluidas en el Deseo 2, puede escribirlas en español pero, si es posible, escríbalas también en inglés para que sean más fáciles de leer para el proveedor de servicios médicos.

DESEO 3

El grado de comodidad que deseo tener.

(Tache todo aquello con lo que no esté de acuerdo.)

(o marque una X en la casilla para tachar la declaración)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No quiero sentir dolor. Deseo que mi médico me administre medicamentos suficientes para aliviar el dolor, aunque esto signifique que me sienta somnoliento o que duerma más de lo que dormiría sin el medicamento. | <input type="checkbox"/> Deseo que me den masajes con aceites tibios tan frecuentemente como sea posible. |
| <input type="checkbox"/> Si presento síntomas de depresión, náuseas, dificultad para respirar o alucinaciones, deseo que quienes me atiendan hagan todo lo necesario para ayudarme. | <input type="checkbox"/> Si padezco de incontinencia fecal o urinaria, deseo que se mantenga limpia mi ropa y la de cama, y, si las mismas se ensucian, que se cambien lo antes posible. |
| <input type="checkbox"/> Si padezco de fiebre, deseo que me coloquen en la frente un paño húmedo y fresco. | <input type="checkbox"/> Deseo que se atienda mi aseo personal, como afeitarme, cortarme la uñas, cepillarme el cabello y cepillarme los dientes, siempre y cuando esto no me cause dolor ni incomodidad. |
| <input type="checkbox"/> Deseo que se me mantengan humedecidos los labios y la boca para evitar la resequedad. | <input type="checkbox"/> Deseo que me lean en voz alta lecturas religiosas o espirituales y poesías de mi agrado cuando se acerque el momento de mi fallecimiento. |
| <input type="checkbox"/> Deseo que me bañen con agua tibia con frecuencia. Deseo que me mantengan fresco y | <input type="checkbox"/> Deseo conocer las opciones de atención médica, emocional y espiritual que pueden brindarme los |

- Cuando rellene el formulario en el ordenador, debe recordar marcar la casilla de verificación junto a las afirmaciones con las que **no** esté de acuerdo en el Deseo 3. Si rellena una copia impresa, tache las afirmaciones con las que **no** esté de acuerdo en el Deseo 3.
- Si agrega otras preferencias no incluidas en el Deseo 3, puede escribirlas en español pero, si es posible, escríbalas también en inglés para que sean más fáciles de leer para el proveedor de servicios médicos.

DESEO 4

El trato que deseo recibir de la gente.

(Tache todo aquello con lo que no esté de acuerdo.)

(o marque una X en la casilla para tachar la declaración)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Deseo estar acompañado cuando sea posible. | <input type="checkbox"/> Deseo recibir la visita del capellán o de un miembro religioso. |
| <input type="checkbox"/> Deseo estar acompañado cuando el momento de mi muerte sea inminente. | <input type="checkbox"/> Deseo que se me trate con amabilidad y ánimo, y no con tristeza. |
| <input type="checkbox"/> Deseo que alguien me sujete la mano y me hable cuando sea posible, aunque parezca que no reacciono a la voz o al contacto de los demás. | <input type="checkbox"/> Deseo tener fotografías de mis seres queridos en mi habitación o cerca de mi cama. |
| <input type="checkbox"/> Deseo que alguien esté a mi lado rezando por mí, cuando sea posible. | <input type="checkbox"/> Deseo escuchar mi música favorita cuando sea posible hasta el momento de mi fallecimiento. |
| <input type="checkbox"/> Deseo que se informe a los miembros de mi comunidad religiosa que estoy enfermo, y que se | <input type="checkbox"/> Deseo morir en mi hogar, siempre y cuando sea |

- Cuando rellene el formulario en el ordenador, debe recordar marcar la casilla de verificación junto a las afirmaciones con las que **no** esté de acuerdo en el Deseo 4. Si rellena una copia impresa, tache las afirmaciones con las que **no** esté de acuerdo en el Deseo 4.
- Si agrega otras preferencias no incluidas en el Deseo 4, puede escribirlas en español pero, si es posible, escribalas también en inglés para que sean más fáciles de leer para el proveedor de servicios médicos.

DESEO 5

Lo que deseo que mis seres queridos sepan.

(Tache todo aquello con lo que no esté de acuerdo.)
(o marque una X en la casilla para tachar la declaración)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Deseo que mi familia y mis amigos sepan que los quiero. | <input type="checkbox"/> quienes me proporcionen cuidados, respeten mis deseos aunque no estén de acuerdo con ellos. |
| <input type="checkbox"/> Deseo que mi familia, amigos y otras personas me perdonen las veces que los haya ofendido. | <input type="checkbox"/> Deseo que mi familia y mis amigos vean en mi muerte como un momento de crecimiento personal para todos, incluso para mí. Esto le dará un sentido especial a los últimos días de mi vida. |
| <input type="checkbox"/> Deseo que mi familia, amigos y demás personas sepan que los perdono si alguna vez me han herido. | <input type="checkbox"/> Deseo que mi familia y amigos busquen ayuda si tienen dificultad para aceptar mi muerte. Deseo que el recuerdo de mi vida les traiga alegría y no tristeza. |
| <input type="checkbox"/> Deseo que mi familia y mis amigos sepan que no le temo a la muerte, y que para mí, no significa el final, sino un nuevo comienzo. | <input type="checkbox"/> Después de mi fallecimiento, deseo que mi |
| <input type="checkbox"/> Deseo que los miembros de mi familia se | |

- Se recomienda incluir sus creencias culturales o religiosas. Estas creencias pueden verse reflejadas a la hora de elegir sus preferencias de atención y tratamientos médicos.
- Cuando rellene el formulario en el ordenador, debe recordar marcar la casilla de verificación junto a las afirmaciones con las que **no** esté de acuerdo en el Deseo 5. Si rellena una copia impresa, tache las afirmaciones con las que **no** esté de acuerdo en el Deseo 5.
- Si agrega otras preferencias no incluidas en el Deseo 5, puede escribirlas en español pero, si es posible, escribálas también en inglés para que sean más fáciles de leer para el proveedor de servicios médicos.

Paso 2: Hable con sus seres queridos y con su equipo de salud

Después de revisar el documento de voluntades anticipadas “Five Wishes”, es importante que hable de sus deseos e instrucciones con la(s) persona(s) que desea designar como su(s) representante(s) para cuidados médicos para que pueda(n) respetar sus preferencias de tratamiento médico en caso de que usted no pueda hablar por sí mismo. Esto es fundamental en situaciones en las que las instrucciones “Five Wishes” no coinciden exactamente con las opciones de tratamiento médico que se ofrecen.

También es recomendable que comparta sus deseos e instrucciones con su familia y seres queridos. Esto les ayudará a lidiar con su emergencia médica y a reducir los posibles desacuerdos. También puede resultarle útil hablar de sus preferencias con sus consejeros espirituales o apoyos de salud mental.

Las conversaciones sobre la planificación anticipada de cuidados pueden ser difíciles. Consulte los [recursos](#) en español en el sitio web de Voice Your Choice para obtener guías de conversación y recomendaciones.

Paso 3: Complete y firme su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes”

Una vez que haya hablado con su proveedor de servicios médicos y con sus seres queridos, estará listo para finalizar su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes”. Como se ha mencionado anteriormente, puede rellenar el formulario en su ordenador o a mano, después de imprimirlo. Rellene el formulario cuidadosamente teniendo en cuenta sus anotaciones y conversaciones con su proveedor de servicios médicos, su representante para cuidados médicos y sus seres queridos.

Una vez que se encuentre satisfecho con el formulario que ha rellenado, imprímalo, fírmelo, póngale la fecha y escriba el resto de la información solicitada.

Firma de mis Cinco Deseos

Asegúrese de firmar su formulario Cinco Deseos en presencia de dos testigos.

Yo, _____, pido que mi familia, mis médicos y otros proveedores del cuidado de la salud, mis amigos y demás personas cumplan con mis deseos tal como se los comuniqué a mi representante legal para tomar decisiones respecto del cuidado de mi salud (si ya se ha designado a alguien, y si tal persona está disponible), o según lo expresado en este formulario. Este documento es válido sólo cuando yo no pueda tomar decisiones por mí mismo o expresar mis deseos. Si alguna parte de este formulario no puede cumplirse legalmente, pido que se respeten las demás secciones de este formulario. Además, revoco cualquier otro documento de voluntades anticipadas sobre atención médica que haya hecho previamente.

Firma		Dirección
Teléfono	Fecha	Dirección (cont.)

Paso 4: Pídale a dos testigos que firmen su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes”

Para que su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” se convierta en un documento totalmente legal, deberá ser otorgado en presencia de dos testigos, quienes deberán firmar y acreditar que su firma es auténtica y le pertenece. Pídale a sus testigos que lean la declaración de los testigos que figura en el formulario “Five Wishes” y que firmen en el espacio previsto para ello. Asegúrese de que los testigos cumplan todos los requisitos indicados.

Declaración de los testigos • (Se requieren 2 testigos):

Yo, el testigo, declaro que conozco a la persona que firmó o confirmó este formulario (en adelante “la persona”), que él o ella lo firmó o ratificó (formularios del representante legal para tomar decisiones respecto del cuidado de la salud y/o testamento vital) en mi presencia, y que parece estar en pleno uso de sus facultades mentales, sin sometimiento a presión, fraude o influencia indebida.

Declaro también ser mayor de 18 años de edad (19 años en Alabama) y que NO SOY:

- La persona nombrada en este documento como representante legal para tomar decisiones respecto del cuidado de mi salud (ni agente, apoderado, sustituto, defensor del paciente o representante), ni su sucesor
- El proveedor del cuidado de la salud de la persona, incluido el dueño o administrador de una institución que provee atención médica, cuidado a largo plazo u otro establecimiento de atención residencial o comunitaria que atiende a la persona
- Un empleado del proveedor del cuidado de la salud de la persona
- El responsable del pago de la atención médica de la persona
- Un empleado de la compañía de seguro de vida o seguro médico de la persona
- Un pariente consanguíneo, político o por adopción de la persona
- Un beneficiario de cualquier instrumento legal, cuenta o plan de beneficios de la persona, y
- A mi leal saber y entender, no soy un acreedor de la persona, no tengo derecho a ninguna parte de su herencia según ningún testamento ni codicilo testamentario en virtud de la ley.

En Maryland **no** es necesario que su documento de voluntades anticipadas sea otorgado ante notario. Si vive en otro estado, averigüe si se requiere un notario para que sea válido.

Paso 5: Escanee y guarde su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” completado

Una vez que sus dos testigos firmen su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” completado, el documento se considera legal en Maryland. Para que el documento sea más accesible para sus proveedores de servicios médicos durante una emergencia, se recomienda que cargue su documento de voluntades anticipadas a la plataforma en línea Voice Your Choice. La plataforma en línea está integrada con una herramienta de información médica que permite a los proveedores de servicios médicos recopilar información médica importante antes de atender a un paciente en caso de emergencia.

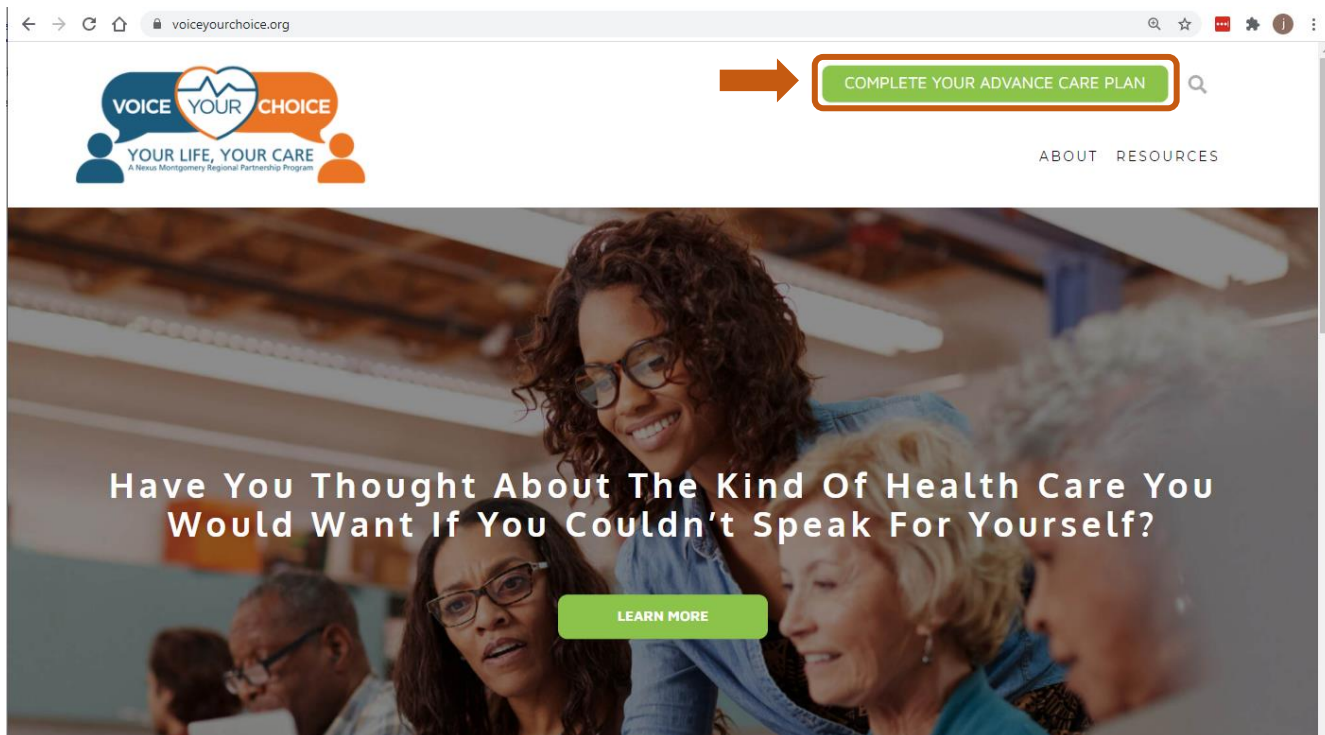
Para cargar su documento de voluntades anticipadas completado, tendrá que escanear su documento de voluntades anticipadas firmado y guardarlo en su ordenador. Después de escanearlo, guarde la copia en papel en un lugar seguro. Se recomienda que entregue copias de su documento de voluntades anticipadas firmado a su representante para cuidados médicos, a su médico de cabecera y a las personas que más le importan.

Cómo cargar su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” completado

Paso 1: Diríjase al sitio web de Voice Your Choice

Para cargar su documento, primero abra su navegador web (por ejemplo, Chrome, Firefox, Edge) y luego ingrese al sitio web de [Voice Your Choice \(www.VoiceYourChoice.org\)](http://www.VoiceYourChoice.org) (véase la imagen siguiente).

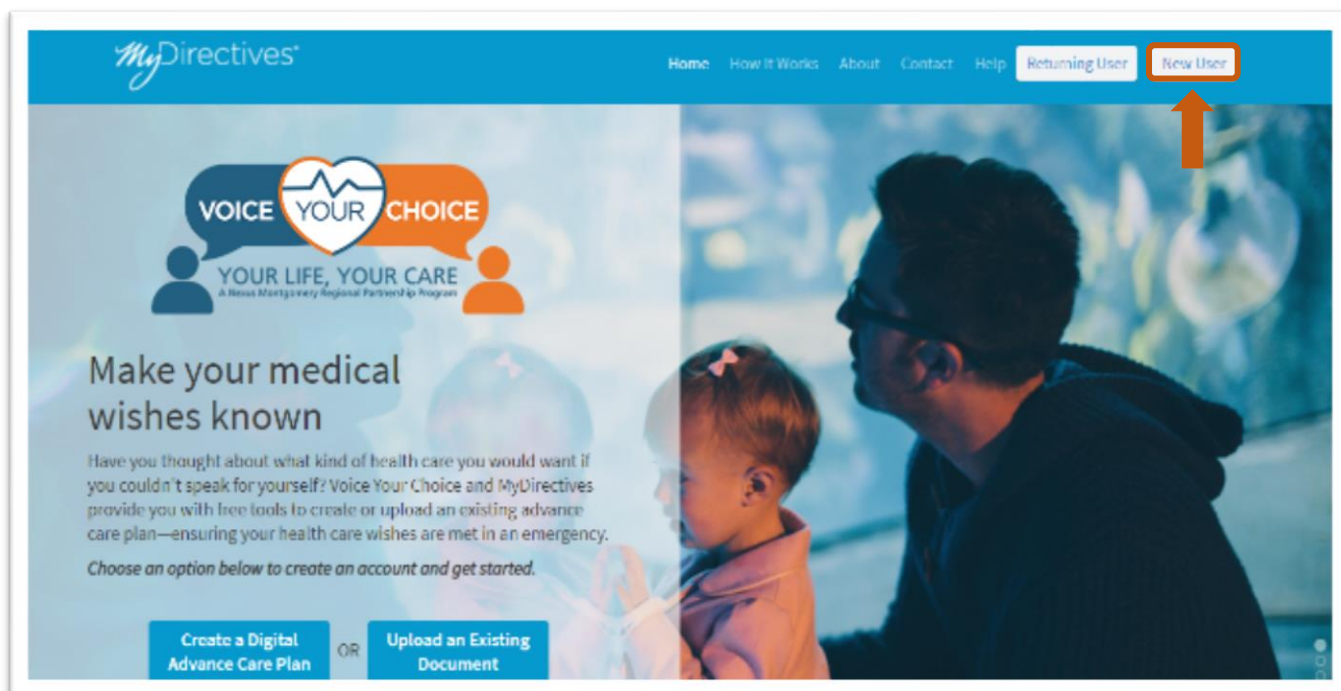
Haga clic en el botón verde **COMPLETAR SU PLAN ANTICIPADO DE CUIDADOS**. Una vez que haga clic, se abrirá automáticamente una nueva pestaña y se le redirigirá a la plataforma de planificación anticipada de cuidados en línea.



Paso 2: Cree una cuenta

Voice Your Choice se ha asociado con MyDirectives para ofrecerle esta plataforma gratuita de planificación anticipada de cuidados en línea.

Una vez que la plataforma cargue, haga clic en el botón **Nuevo usuario**:



Cree su cuenta en línea:

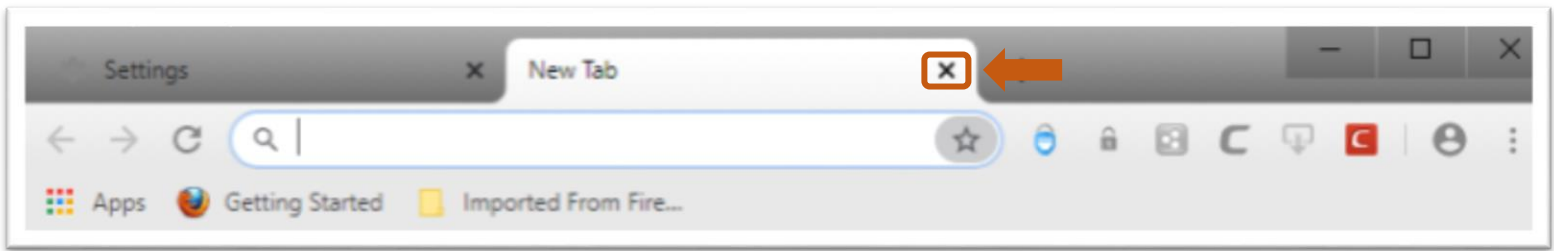
1. Ingrese su nombre y apellido
2. Escoja un nombre de usuario
3. Ingrese su dirección de correo electrónico personal (NO utilice el correo electrónico de su trabajo)
4. Indique su número de teléfono (opcional)
5. Haga clic en los triángulos invertidos en el menú desplegable del calendario para introducir su fecha de nacimiento
6. También puede utilizar Facebook o su ID de Apple para registrarse
7. Cuando haya terminado, haga clic en el botón **ENVIAR**

The screenshot shows the registration form for MyDirectives. At the top left is the MyDirectives logo. At the top right is the 'VOICE YOUR CHOICE' logo with the tagline 'YOUR LIFE, YOUR CARE' and a 'SIGN IN' button. The form fields are: First Name (1), Last Name, Username (2), Email (3), Mobile Phone (4) with a country dropdown and 'OPTIONAL' text, and Date of Birth (5) with dropdowns for Month, Day, and Year, and a calendar icon. There are two social login buttons: 'Sign up with Facebook' (6) and 'Continue with Apple'. At the bottom are 'CANCEL' and 'SUBMIT' (7) buttons.

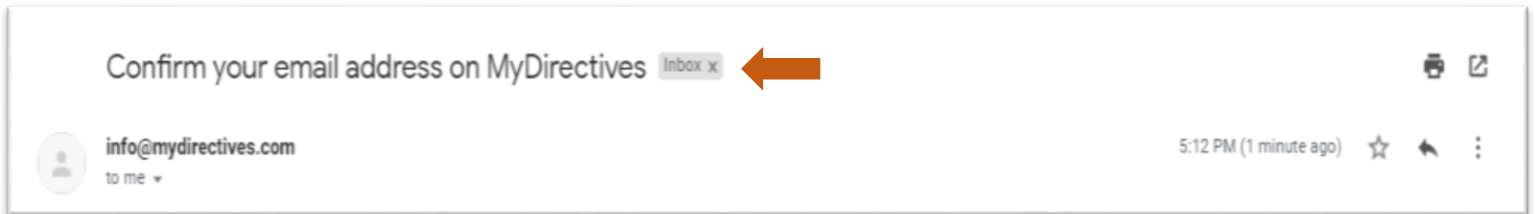
Verá un mensaje de confirmación que le notificará que se le ha enviado un correo electrónico.

Abra una nueva pestaña en su navegador e ingrese a su casilla de correo electrónico

***Importante: No cierre la pestaña actual ni ingrese a su casilla de correo electrónico en la pestaña actual**

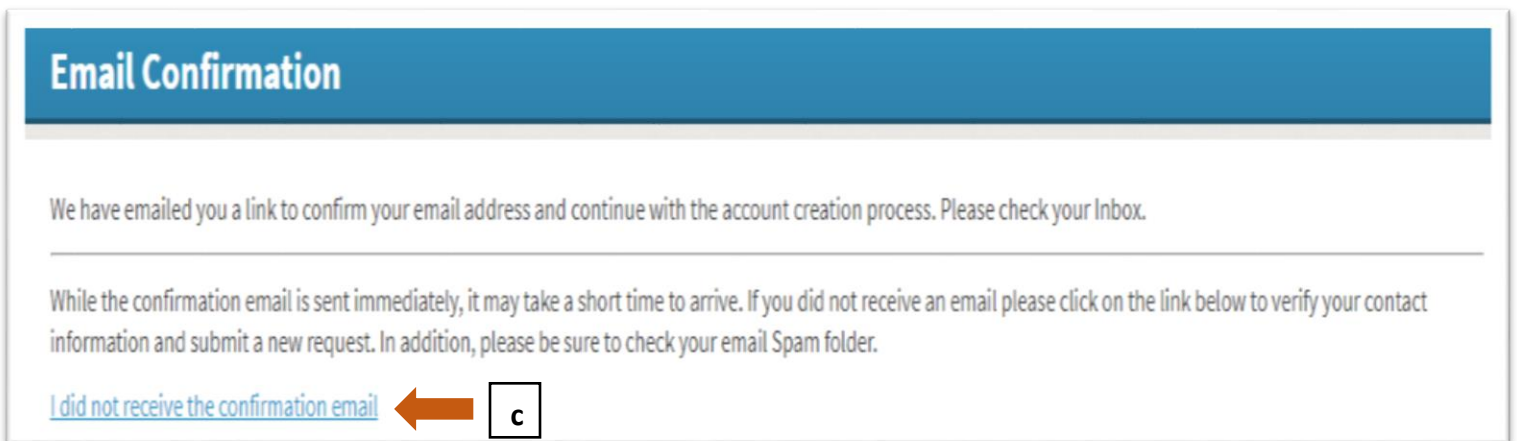


Cuando abra su correo electrónico, debería ver un mensaje enviado por info@mydirectives.com con el asunto: **"Confirm your email address on MyDirectives."**



En caso de no haber recibido un correo electrónico:

- a) Espere un minuto y actualice su bandeja de entrada
- b) Revise su carpeta de Correo no deseado
- c) Regrese a la pestaña "Voice Your Choice" con el mensaje de confirmación por correo electrónico y haga clic en el texto azul **"No he recibido el correo de confirmación"**.



Cuando abra el correo electrónico de confirmación, verá el mensaje que figura a continuación.

1. Haga clic en el botón azul **Continuar**, que abrirá una nueva pestaña y se le redirigirá a una página web que le permitirá crear una cuenta.

Welcome to MyDirectives!

You are taking a positive step by making your healthcare wishes known. MyDirectives lets you revisit your account at any time to review and update your documents, add or edit your contacts and print or share your files.

In order to continue, please **click on the button** below to verify your email address.



If clicking the button doesn't work, please copy the following URL and paste it into your browser.

https://secure.mydirectives.com/Onboarding/ConfirmAccount/fdadaad9f3ae4df199ac1a8c20b787f0?utm_source=VoiceYourChoice&utm_medium=pn&pk_campaign=VoiceYourChoice

Thank you for using MyDirectives!

A continuación, verá la siguiente página:

1. Cree una contraseña que incluya al menos 1 letra mayúscula, 1 letra minúscula, 1 número, 6 caracteres y que no incluya espacios
2. Ingrese la misma contraseña en el segundo cuadro de texto para que coincida con la primera

***Importante: Todas las líneas de texto en el cuadro gris tendrán marcas de verificación verdes junto a ellas una vez que su contraseña incluya todos los caracteres requeridos.**

Account Confirmation

Your email address has been confirmed.

Please create a password so you can sign in at any time to view and update your information.

Create a Password

Password ← **1**

Confirm Password ← **2**

Show Passwords

✓ Passwords match

Your password must:

- ✓ have at least 1 capital letter
- ✓ have at least 1 lowercase letter
- ✓ have at least 1 number
- ✓ be at least 6 characters
- ✓ have no spaces

***Importante**

1. Marque la casilla para aceptar los Términos y Condiciones de Uso
2. Si desea leer los Términos y Condiciones de Uso, puede hacer clic en el texto azul
3. Haga clic en **Guardar y Continuar**.

1

Terms and Conditions of Use

I agree to the Terms and Conditions of Use. [\(Click to read\)](#) ← **2** [Fullscreen](#)

3 → **SAVE AND CONTINUE**

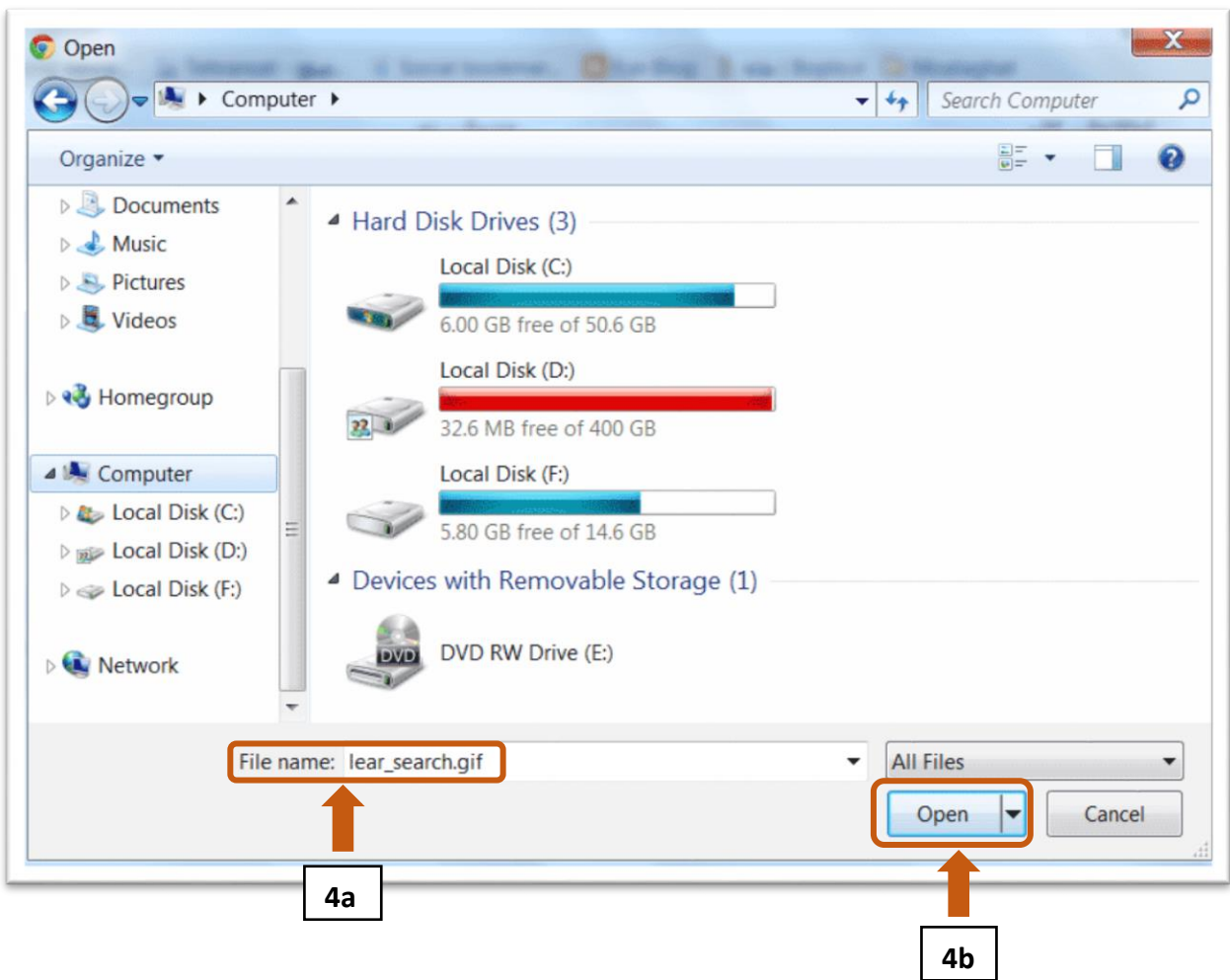
CANCEL

Paso 3: Cargue su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” completado

1. Desplácese hasta la parte superior de la página web y haga clic en **“My Dashboard”**
2. Una vez que aparezca el Panel de información, elija:
 - a) **Añadir documentos, O**
 - b) **Cargar documentos** en la parte derecha de la página

3. Se cargará la página de Mis Documentos y Archivos. Diríjase a la parte inferior de la página y haga clic en **Seleccionar un archivo**.

4. Se le dará acceso a los archivos guardados en su ordenador. Busque el documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” que escaneó y guardó en su ordenador y selecciónelo para cargarlo.
 - a. Después de seleccionar el documento, asegúrese de que el nombre del archivo seleccionado que aparece en el cuadro “Nombre de archivo” sea correcto.
 - b. Haga clic en **Abrir**.



5. Se mostrará una vista previa de su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” completado. Proporcione la información solicitada para completar la carga.
 - a. Ingrese un nombre para el documento.
 - b. Haga clic en el cuadro desplegable y seleccione **“Five Wishes”**
 - c. Introduzca la fecha en que el documento fue firmado por sus dos testigos.

***Importante:** Si no se puede obtener una vista previa del archivo que ha subido porque el tamaño del archivo es demasiado grande, continúe proporcionando la información solicitada y haga clic en "Continue" en la parte inferior de la página. Podrá ver y sustituir el documento siguiendo las instrucciones del siguiente paso.

The screenshot shows the 'Add Document' form with the following elements and callouts:

- 5a:** Points to the text input field labeled 'What do you want to call this document?'.
- 5b:** Points to the dropdown menu labeled 'What type of document is this?' which is open, showing options like 'Branded Forms' and 'Other Forms'.
- 5c:** Points to the date selection fields labeled 'When was this document created?' (Month, Day, Year).
- Document Preview:** A box with an arrow pointing to the right side of the form, indicating the preview area.

6. Revise el documento en la ventana de vista previa.

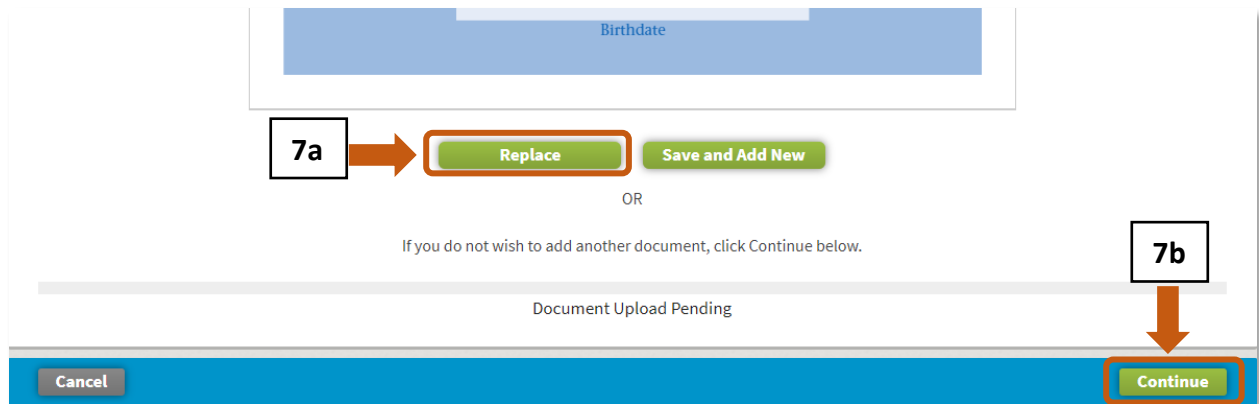
- Revise todas las páginas del documento utilizando las flechas de navegación. Al hacer clic en las flechas simples ("<" y ">"), el documento avanzará a la página siguiente en cualquier dirección; al hacer clic en las flechas dobles ("<<" y ">>"), el documento avanzará al principio o al final.
- Revise todo el documento para asegurarse de que ha cargado el documento correcto.

The screenshot shows the 'Add Document' form with the following elements and callouts:

- 6a:** Points to the dropdown menu labeled 'What type of document is this?' which is now set to 'Five Wishes®'.
- The date selection fields are set to 'March 12, 2021'.
- The text input field contains 'Five wishes test'.
- Document Preview:** A box with an arrow pointing to the preview area, which shows the word 'FIVE' in large letters.
- A navigation bar at the top of the preview area shows 'Page << < 1 > >> of 1'.

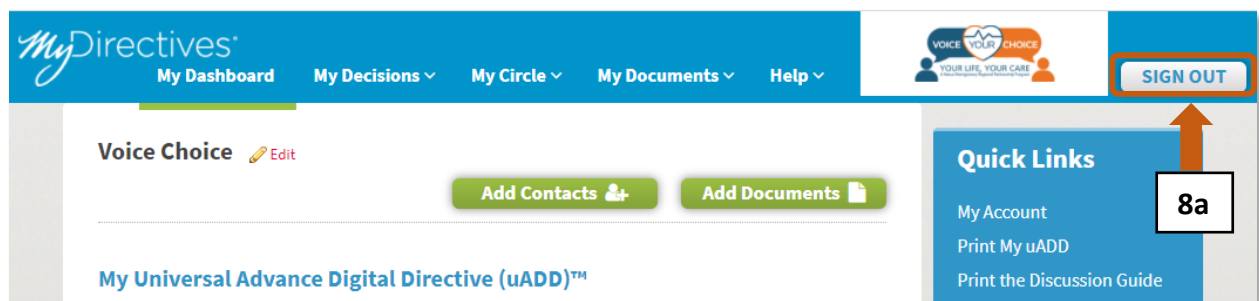
7. Después de revisar el documento cargado:

- a. Si necesita sustituir el documento por otro, haga clic en **Sustituir**. Podrá elegir otro archivo de su ordenador, como se ha descrito anteriormente.
- b. Una vez que se encuentre satisfecho con el documento que cargó, haga clic en **Continuar**.



8. Una vez que haya cargado su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes”, puede cerrar la sesión o, como paso opcional, verificar su identidad.

- a. Para cerrar la sesión, diríjase a la parte superior de la página y haga clic en **Cerrar sesión**.
- b. Para verificar su identidad, diríjase a una sección que se encuentra más adelante en esta Guía llamada **Opcional - Paso de verificación de identidad** en la página 25.

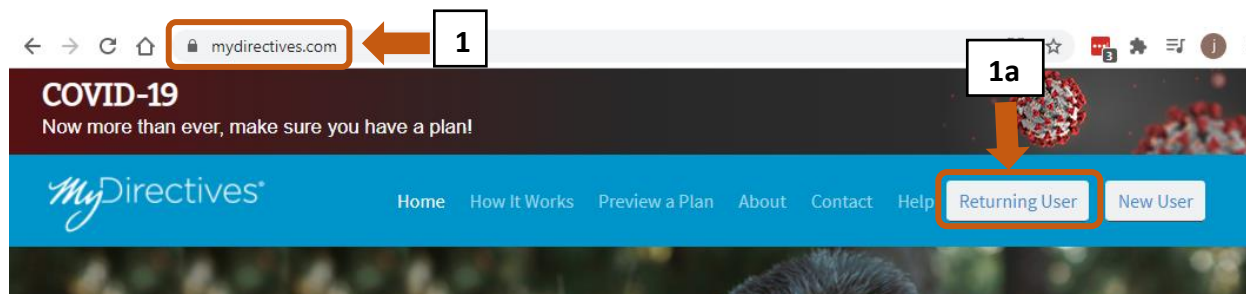


Paso 4: Revise y sustituya su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” cargado

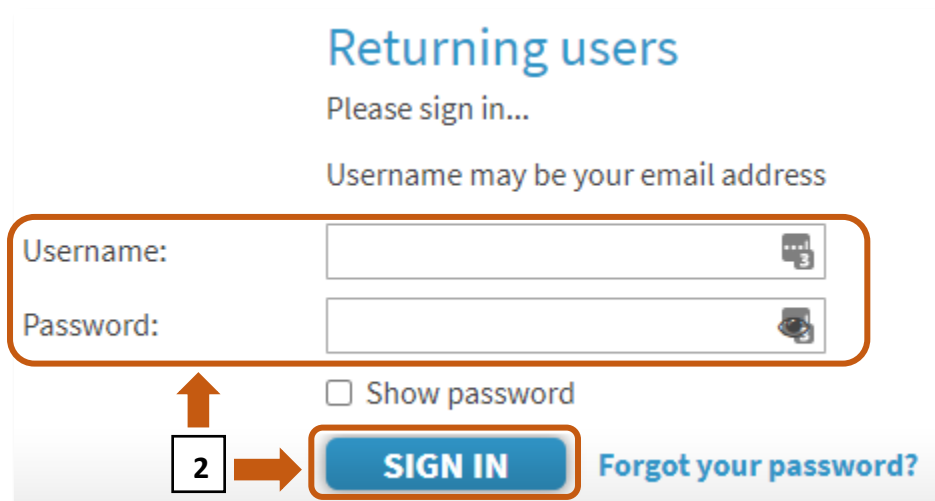
Puede revisar y sustituir su documento cargado de voluntades anticipadas “Five Wishes” en cualquier momento ingresando a su cuenta. Por ejemplo, si después de cargar la primera versión de su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes”, cambia de

opinión sobre algunas de las opciones que eligió, puede seguir los pasos descritos anteriormente para crear un nuevo documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” y cargar el nuevo documento, sustituyendo el que había cargado anteriormente.

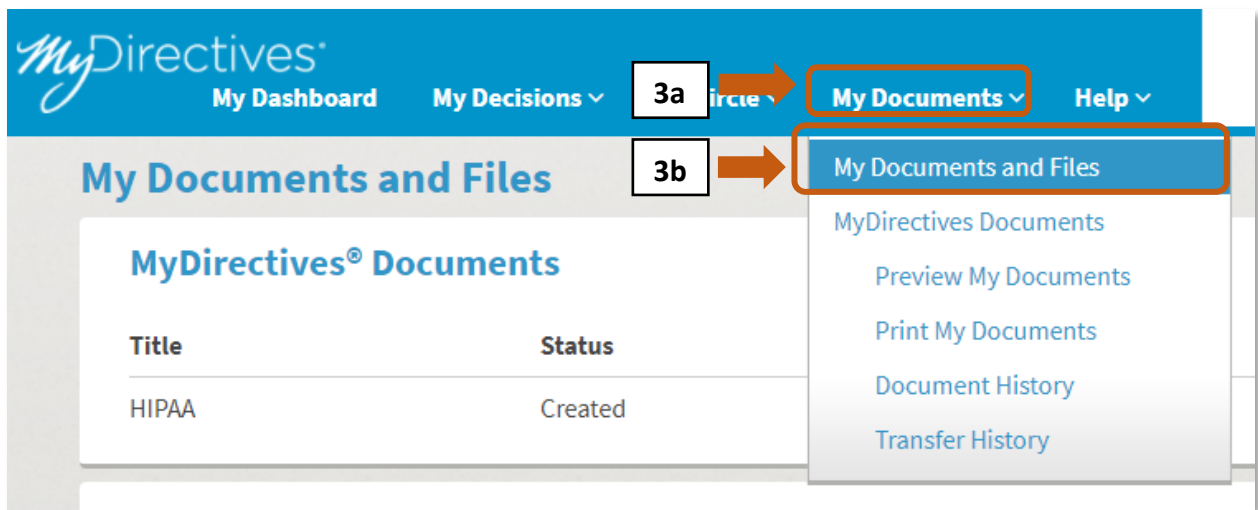
1. Para acceder a su cuenta, utilice su navegador y diríjase a **"mydirectives.com"**
 - a. Haga clic en **Usuario registrado** en la parte superior de la página web.



2. En la página de inicio de sesión, introduzca su nombre de usuario y contraseña y haga clic en **Iniciar sesión**.

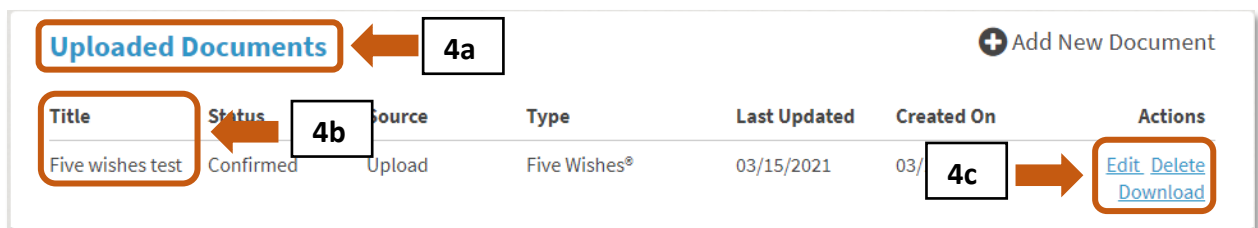


3. Una vez iniciada la sesión, desplácese hasta la parte superior de la página web.
 - a. Coloque el cursor del ratón sobre **Mis Documentos**. Aparecerá un menú desplegable.
 - b. Seleccione **Mis documentos y archivos** en el menú desplegable.



4. Se cargará la página **“My Documents and Files”**.

- a. En la sección **“Uploaded Documents”**, verá el documento de voluntades anticipadas **“Five Wishes”** que cargó.
- b. El nombre que le dio al archivo subido debe aparecer en **“Title”**.
- c. Haga clic en **“Edit”** para ver su documento de voluntades anticipadas **“Five Wishes”** existente. También puede hacer clic en **“Delete”** para eliminar el archivo y, a continuación, cargar una nueva versión de su documento de voluntades anticipadas siguiendo las indicaciones anteriores para cargar un nuevo documento de voluntades anticipadas. Si hace clic en **“Download”**, se descargará una copia del documento cargado en su ordenador para guardarlo y verlo posteriormente.



5. Si hizo clic en **“Edit”** en el último paso, su documento de voluntades anticipadas **“Five Wishes”** que usted ha subido se cargará para que pueda verlo. Siga las indicaciones que aparecen en la página 21, en la sección **Cómo cargar su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” completado**, Paso 6, para navegar y revisar el documento.

- a. Si se encuentra satisfecho con su documento, puede dirigirse al final de la página y hacer clic en **Continuar**.

- b. Si ha creado una nueva versión del documento de voluntades anticipadas “Five Wishes”, puede hacer clic en **Sustituir**, lo que le permitirá cargar su nueva versión y sustituir la versión existente.

The screenshot shows a web interface for document upload. At the top, there is a blue box labeled "Birthdate". Below it, there are two buttons: "Replace" (highlighted with a red box and labeled "5b") and "Save and Add New". Below these buttons is the text "OR". Below "OR" is the text "If you do not wish to add another document, click Continue below.". Below this text is a horizontal line with the text "Document Upload Pending" centered. At the bottom, there is a blue bar with a "Cancel" button on the left and a "Continue" button on the right (highlighted with a red box and labeled "5a").

Opcional - Paso de verificación de identidad

En la plataforma, usted tiene la opción de verificar su identidad proporcionando información adicional. Al hacerlo, ayuda a su proveedor de servicios médicos a confirmar que el formulario de voluntades anticipadas “Five Wishes” cargado es realmente el suyo. Esto es especialmente importante en los casos en que su nombre puede coincidir con otros nombres en la base de datos. Para verificar su identidad, complete los siguientes pasos.

Paso 1: Inicie sesión y diríjase a Panel de Información

1. Si ha cerrado la sesión, vuelva a ingresar a su cuenta siguiendo las instrucciones que aparecen en la página 22, en la sección **Cómo cargar su documento de voluntades anticipadas “Five Wishes” completado**, Paso 4.
2. Si no aparece automáticamente, desplácese hasta la parte superior de la página web y haga clic en **“My Dashboard”**.
3. Una vez que cargue la página Panel de información, haga clic en **Mi cuenta**.

Paso 2: Ingrese información de identificación personal adicional

1. En la sección de **Información de identificación personal**, cerca de la parte superior, rellene la información de identificación personal adicional solicitada. La única información adicional requerida incluye:
 - a. **Género**
 - b. **Dirección**

2. Proporcione toda la información opcional que considere oportuna. Cuanta más información proporcione, más fácil será para su proveedor de servicios médicos confirmar que se trata efectivamente de su cuenta.
 - a. **número de teléfono de casa** (opcional)
 - b. **número de teléfono móvil** (opcional)
 - c. **número de seguridad social** (opcional)
 - d. **permiso de conducir** (opcional)
 - e. **fotografía** (opcional)

Email:

Home Number: ← 2a

Mobile Number: ← 2b

Business Number:

[Why do we ask for this information?](#)

Social Security Number: ← 2c

Drivers License: ← 2d

Photo: ← 2e

Paso 3: Verifique su identidad u opte por no realizar la verificación de identidad

En la misma página de “**My Account**” puede seguir verificando su identidad u optar por no realizar la verificación de identidad.

1. Para verificar su identidad, proporcione la información requerida en la sección “**Identity Verification**”:
 - a. **Número de seguridad social**
 - b. **Número de teléfono móvil**
2. También puede verificar su identidad utilizando su número de seguridad social y un número de tarjeta de crédito. Haga clic en el enlace “**click here**” que se encuentra en la sección **Por favor, haga clic aquí para pasar a la verificación con una tarjeta de crédito.**
3. A continuación, haga clic en **Verificar identidad**

Identity Verification [Why?](#) **1**

You have updated your personal information and we need to re-verify your identity.

This service is entirely FREE to you.

To continue we need your Name, Address, Social Security Number and Mobile Phone Number.

If you are unable to verify your identity using a mobile phone you may use a credit card instead. We do not store your credit card details. Please [click here](#) to switch to the validation with a credit card. **2**

Social Security Number: **1a**

Mobile Phone: **1b**

VERIFY IDENTITY **3**

4. En caso de no querer realizar la verificación de identidad:
 - a. Ingrese un número de seguridad social y un número de teléfono móvil "falsos", como los que se muestran a continuación
 - b. Haga clic en **Verificar identidad**
 - c. Cuando el sistema no pueda verificar su identidad con la información proporcionada, aparecerá un nuevo botón con el nombre **Optar por no realizar la verificación de identidad**. Haga clic en ese botón.

Identity Verification [Why?](#)

You have updated your personal information and we need to re-verify your identity.

This service is entirely FREE to you.

To continue we need your Name, Address, Social Security Number and Mobile Phone Number.

If you are unable to verify your identity using a mobile phone you may use a credit card instead. We do not store your credit card details. Please [click here](#) to switch to the validation with a credit card.

Social Security Number: 123-45-6789 **4a**

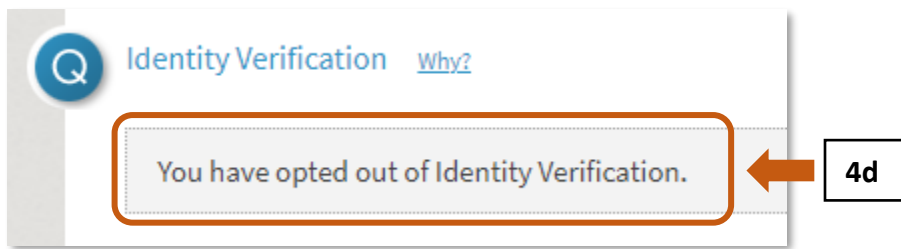
Mobile Phone: (202) 555-5555

VERIFY IDENTITY **4**

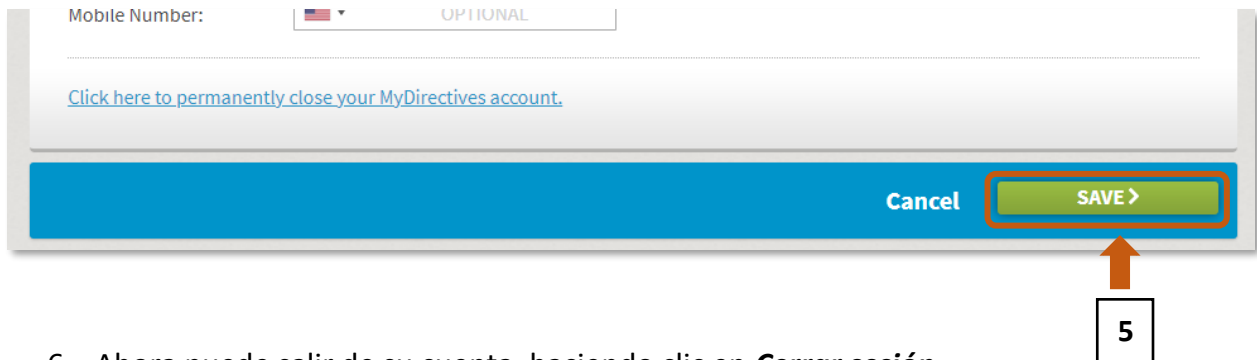
[Unable to verify your identity?](#)

OPT-OUT OF IDENTITY VERIFICATION **4c**

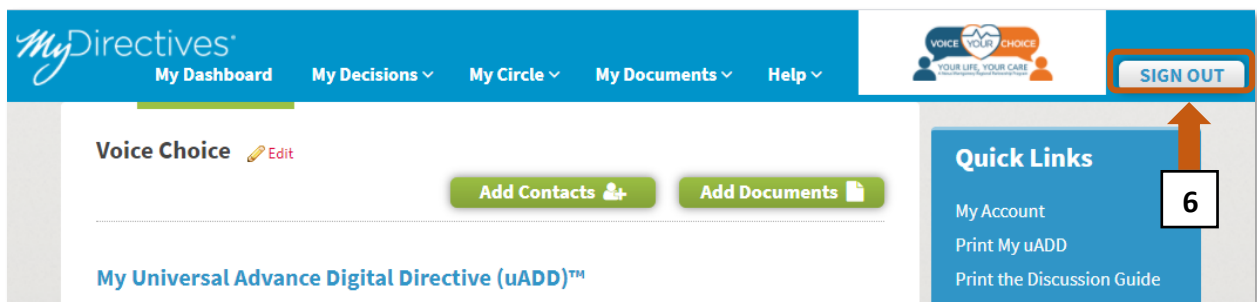
- d. Una vez que haya optado por no realizar la verificación de identidad, la página web confirmará que ha elegido no hacerlo y aparecerá el siguiente mensaje: **Ha optado por no realizar la verificación de identidad**.



5. Después de ingresar toda la información que desea proporcionar, haga clic en **Guardar** en la parte inferior de la pantalla.



6. Ahora puede salir de su cuenta, haciendo clic en **Cerrar sesión**.



¡Enhorabuena!

Ha cargado su plan anticipado de cuidados realizado en papel. Ahora se conocerán sus valores y preferencias en caso de perder la capacidad de comunicarse por sí mismo durante una emergencia médica. Se podrá acceder fácilmente a su plan en caso de emergencia y podrá utilizarse en diferentes tipos de centros de salud. Asegúrese de informarle a su médico, a su representante para cuidados médicos y a las personas que más le importan que ha cargado el documento "Five Wishes" y hágales saber dónde guarda la copia impresa. Es conveniente que revise su plan regularmente. Puede configurar un recordatorio en la plataforma en línea en el intervalo de tiempo que más le convenga (por ejemplo, mensual o anualmente). Si desea acceder a otras herramientas y recursos de planificación anticipada de cuidados, diríjase a la sección [Recursos de la Comunidad](#).