

Mi voz

Expresar mis deseos para futuros tratamientos de atención médica

Guía de planificación anticipada de atención



Febrero de 2020

El uso de esta guía es voluntario y está destinado a complementar las conversaciones con sus familiares cercanos o proveedores de atención médica sobre las opciones de planificación anticipada de atención médica que pueden ser adecuadas para usted. Además, los formularios provistos reflejan la ley a la fecha de publicación. Las leyes pueden cambiar con el tiempo. Esta guía no reemplaza el asesoramiento médico ni legal.

Biblioteca y Archivos de Canadá Catalogación en Publicación

Mi voz: expresar mis deseos para futuros tratamientos de atención médica.

Incluye índice.
ISBN 978-0-7726-6524-9

1. Directivas anticipadas (atención médica). Columbia Británica
Obras populares. I. Columbia Británica. Ministerio de Salud II.
Título.

R726.2 M9 2011 344.71104'197 C2011-909048-1

Números de referencia de impresión de documentos de la autoridad sanitaria:

FH: 349976 IH: 807025 NH: 1752
PHSA: PHSA240 VCH: 00089414 VIHA: 90444

Agradecimientos

El Ministerio de Salud agradece a Fraser Health por el permiso que nos concedió para adaptar su cuaderno de práctica Mi voz a esta nueva guía provincial para la planificación anticipada de atención. También se agradece a los muchos médicos y pacientes que compartieron su tiempo e ideas. Esta guía fue producida por el Ministerio de Salud en colaboración con:



Índice

Introducción	2
¿Por qué la planificación anticipada de atención es importante?	3
Desarrollar su plan anticipado de atención	5
Creencias, valores y deseos	5
Intervenciones médicas de soporte vital y de prolongación de la vida	6
Opciones de planificación anticipada de atención	8
Sustituto Temporal para la Toma de Decisiones (TSDM)	9
Acuerdos de representación	11
Directiva anticipada	14
Un acuerdo de representación y una directiva anticipada	16
Poder notarial de larga duración	19
Cambiar o cancelar su plan anticipado de atención	20
Definición de términos	22
Poner sus documentos en orden	25
Mi plan anticipado de atención	
Mi plan anticipado de atención: resumen	27
Mi lista de Sustitutos Temporales para la Toma de Decisiones (TSDM)	28
Creencias, valores y deseos	30
Mi representante: Estándar (RA 7) y Acuerdos mejorados (RA 9)	32
Acuerdo de representación (sección 7)	34
Formulario 1: Certificado de representante o representante alterno	40
Formulario 2: Certificado de supervisor	41
Formulario 3: Certificado de la persona que firma por el adulto	42
Formulario 4: Certificado de los testigos	43
Acuerdo de representación (sección 9)	44
Mi directiva anticipada	50
Recursos	52
Tarjeta para la billetera	52

Introducción

Es importante tener voz en las decisiones sobre su tratamiento de atención médica. Puede llegar un momento en que, debido a una enfermedad o lesión, no pueda expresar sus deseos de tratamiento a los proveedores de atención médica. Al planificar con anticipación, puede estar seguro de que su familia, amigos o proveedores de atención médica conocen sus deseos y pueden garantizar que se cumplan.

La nueva legislación de planificación de discapacidad (o personal) entró en vigor en Columbia Británica el 1.º de septiembre de 2011, y brinda a los adultos más opciones para expresar sus deseos sobre futuras decisiones de atención médica. La legislación permite que los adultos capaces establezcan planes que describan los tratamientos de atención médica que aceptan o rechazan según sus creencias, valores y deseos. Si no existe una decisión o plan, la legislación de consentimiento de atención médica de Columbia Británica brindará instrucciones específicas a los proveedores de atención médica regulados sobre a quién deben elegir para tomar decisiones en nombre de la persona.

Esta guía y las páginas del cuaderno de práctica que están en la segunda mitad de este folleto lo ayudarán a completar un plan anticipado de atención que describa sus deseos sobre las decisiones de atención médica que le gustaría tomar en caso de que no poder hacerlo. Lo ayudará a considerar lo que es importante para usted y a documentar sus creencias y deseos. Además, le permitirá desarrollar el plan anticipado de atención que mejor se adapte a sus necesidades.

Según el plan anticipado de atención que elija, es posible que deba rellenar algunos formularios legales para asegurar que se cumplan sus deseos. La guía incluye formularios que puede rellenar sin la asistencia de un abogado o notario público, los cuales tendrán validez legal si se llenan correctamente. Para situaciones complejas, se le sugiere obtener asesoramiento legal para asegurarse de que los formularios y lo que escriba en ellos satisfagan sus necesidades.



¿Por qué la planificación anticipada de atención es importante?

Siempre que pueda comprender y comunicarse con su médico, enfermero profesional, enfermero registrado u otro proveedor de atención médica, se le pedirá que tome sus propias decisiones sobre sus tratamientos de atención médica.

Sin embargo, nadie sabe lo que depara el futuro. Un accidente o enfermedad grave puede ocasionar que usted sea incapaz de tomar sus propias decisiones de atención médica en un momento en el que se necesita dicha atención. Un plan anticipado de atención le permite esa posibilidad. Le proporciona a familiares o amigos cercanos y proveedores de atención médica una guía para su atención y tratamiento, según sus deseos.

Un plan anticipado de atención puede responder:

- ¿Quién quiere que tome sus decisiones de atención médica por usted?
- ¿Qué tratamientos de atención médica acepta o rechaza? En caso de que un proveedor de atención médica los recomiende.
- ¿Aceptaría o rechazaría el soporte vital y las intervenciones médicas que prolongan la vida para ciertas condiciones?
- ¿Cuáles son sus preferencias en caso de que necesite atención residencial y no pueda ser atendido en casa?

Mary tiene 54 años, está divorciada, le gustan los deportes y tiene dos hijas adultas. Hace dos meses la atropelló un automóvil mientras andaba en bicicleta. Todavía está inconsciente y necesita un ventilador para respirar. Los médicos dicen que Mary tiene daño cerebral permanente y no se recuperará de sus heridas. Incluso si se despierta, nunca podrá volver a caminar, hablar o respirar por sí misma. Sus hijas han estado constantemente a su lado. Ahora Mary está luchando contra una infección en ambos pulmones, se siente muy incómoda y los médicos dicen que puede morir en unas pocas semanas. Recomiendan sacar a Mary del ventilador y que sería más cómodo permitirle una muerte natural. Una hija piensa que esta es la mejor decisión, pero la otra hija, que está embarazada de seis meses, quiere todas las intervenciones posibles hasta que nazca el primer nieto de Mary.



Si ella hubiera compartido sus deseos de atención médica futura a través de la planificación anticipada de atención, esto les hubiera ayudado a sus hijas y a los proveedores de atención médica a saber más sobre sus creencias, valores y deseos con relación a sus cuidados médicos durante este momento difícil. La planificación hubiera indicado las decisiones sobre la atención y el tratamiento que Mary hubiera tomado si pudiera decidir por sí misma.

La planificación anticipada de atención consiste en tener conversaciones con sus familiares cercanos, amigos y proveedores de atención médica para que sepan el tratamiento de atención médica que desea tener o rechazar, en caso de ser incapaz de expresar sus propias decisiones.

Escribir sus creencias, valores y deseos para la atención médica futura es un plan anticipado de atención. Su plan anticipado de atención también puede incluir documentos legales adicionales.

En Columbia Británica, se espera que los proveedores de atención médica respeten los deseos de atención de cualquier adulto que se expresó mientras pudo. Ya sea que haya expresado sus deseos en un plan anticipado de atención o no, los proveedores de atención médica le darán recomendaciones de tratamiento médicamente apropiadas para usted.

Hacer un plan anticipado de atención permite que otras personas sepan las decisiones que hubiese tomado por sí mismo y les dará a su familia y amigos el conocimiento y las herramientas que necesitan para el futuro. Un plan anticipado de atención es una opción. Una opción que podría ayudar a aliviar parte del estrés que su familia y amigos podrían enfrentar si se les pidiera que tomen decisiones importantes de atención médica para usted.

Desarrollar su plan anticipado de atención

Creencias, valores y deseos

La planificación anticipada de atención comienza pensando en sus creencias, valores y deseos con respecto a los tratamientos futuros de atención médica y hablando de ellos con familiares, amigos y sus proveedores de atención. Cuando las personas en quienes confía saben lo que es importante para usted con respecto a sus tratamientos futuros, es más fácil para ellos tomar decisiones en su nombre.

Los siguientes ejemplos pueden ayudarlo a averiguar lo que es importante para usted.

Estas cosas hacen que mi vida tenga sentido:

- pasar tiempo con mi familia y amigos;
- amor por mi mascota, música, arte, jardín, trabajo, pasatiempos, aire fresco o deportes;
- practicar mi fe.

Cuando pienso en cómo podría ser mi muerte, me consuelo en:

- saber que cualquier dolor que tenga será tratado;
- creer que tendré una buena atención y mi familia seguirá conmigo;
- creer que hay algo después de la muerte, incluso si no sé qué es.

Cuando pienso en morir me preocupa que pueda:

- tener dificultades para respirar;
- sufrir dolor descontrolado;
- estar solo.

Cuando me esté acercando al final de mi vida quiero:

- a mi familia cerca;
- alguien sosteniendo mi mano;
- que me visite mi líder religioso;
- escuchar a la gente hablar suavemente sobre los recuerdos felices de mi vida;
- escuchar la música que me encanta;
- una ventana abierta sin importar las condiciones del tiempo.

Intervenciones médicas de soporte vital y de prolongación de la vida

Pensar y hablar sobre sus deseos de intervenciones médicas de soporte vital y de prolongación de la vida es muy importante, especialmente si tiene una enfermedad grave o potencialmente mortal. Su plan anticipado de atención puede abordar diferentes situaciones, como su atención hospitalaria durante y después de una cirugía de rutina, atención en caso de accidente o decisiones de atención al final de la vida.

Los médicos y otros proveedores de atención médica siempre ofrecerán atención médicamente apropiada basada en la evaluación clínica. Los proveedores de atención médica querrán asegurarse de que cualquier síntoma, como dolor, mareos, náuseas, sangrado o infección siempre se comprenda y se atienda. Siempre que pueda entender y comunicarse, su proveedor le explicará los tratamientos médicamente adecuados para usted, incluidos los riesgos, los beneficios o las alternativas. También le preguntarán si tiene alguna duda y si desea aceptar o rechazar el tratamiento.

Algunas de las decisiones más difíciles tienen que ver con el uso de intervenciones médicas de soporte vital y de prolongación de la vida. Las intervenciones médicas pueden incluir un ventilador para ayudar con la respiración, alimentación por sonda, diálisis renal o reanimación cardiopulmonar para reiniciar el corazón y los pulmones. Estos tratamientos se ofrecen cuando un proveedor considera que son médicamente apropiados.

Las siguientes preguntas pueden ayudarlo a pensar sobre las intervenciones médicas de soporte vital o de prolongación de la vida que tal vez desee aceptar o rechazar en el futuro.

Si usted tiene una condición crónica:

- ¿En qué etapa se encuentra mi estado de salud y cómo podría progresar?
- ¿Mi condición puede afectar mi memoria o mi capacidad para decidir por mí mismo en el futuro?
- ¿La condición se convertirá en una amenaza para la vida?
- ¿Qué intervención médica de soporte vital o de prolongación de la vida podría necesitar debido a esta condición?
- ¿Qué sugiere mi proveedor de atención médica que considere y aborde en mi plan anticipado de atención?

Si tiene una enfermedad o lesión potencialmente mortal, desea aceptar o rechazar:

- reanimación cardiopulmonar (RCP).
- todas, algunas o ninguna intervención de soporte vital o prolongación de la vida cuando un proveedor de atención médica dice que los tratamientos son médicamente apropiados;
- un período de prueba con intervenciones médicas de soporte vital o prolongación de la vida, y permitir que ocurra una muerte natural si su condición no va a mejorar;

Es posible que desee preguntarse: "¿Desearía someterme a intervenciones médicas de soporte vital o de prolongación de la vida si eso significa que ya no podría:

- disfrutar de mi vida y mis actividades de la misma manera que lo hago ahora;
- levantarme de la cama, caminar o salir por mi cuenta;
- reconocer y comunicarme significativamente con mis familiares o amigos;
- pensar por mí mismo?"



Opciones de planificación anticipada de atención

Hay una variedad de opciones disponibles para comunicar sus deseos e instrucciones en caso de que no sea capaz de hacerlo usted mismo. Sus circunstancias personales y el tipo de plan anticipado de atención que desea crear influirán en las opciones que elija.

Aspectos básicos de la planificación anticipada de atención

Cada planificación anticipada de atención debería componerse de los siguientes tres elementos:

Conversaciones con la familia o los amigos y los proveedores de atención médica acerca de sus creencias, valores y deseos.

Escribir sus creencias, valores y deseos para un tratamiento médico en el futuro.

Escribir su información de contacto de las personas que reúnen las condiciones para estar en su lista de sustitutos temporales responsables de la toma de decisiones.

Opciones de planificación anticipada de atención

Los siguientes puntos son opcionales en función de las necesidades de su planificación anticipada de atención.

Acuerdo normativo de representación: Sección 7

Le permite asignar a una persona la toma rutinaria de decisiones financieras, sobre el cuidado personal y acerca de ciertos tipos de atención médica.

No permite que la persona rechace intervenciones médicas de soporte vital o de prolongación de la vida.

Acuerdo ampliado de representación: Sección 9

Le permite asignar a una persona la toma rutinaria de decisiones sobre el cuidado personal y algunas otras sobre ciertos tipos de atención médica, entre ellas aceptar o rechazar intervenciones médicas de soporte vital o de prolongación de la vida.

Directiva anticipada

Le permite establecer directamente sus decisiones sobre aceptar o rechazar tratamientos de atención médica, incluidas las intervenciones médicas de soporte vital y de prolongación de la vida, ante los proveedores de atención médica.

Debe seguir la directiva anticipada cuando aborde la decisión de atención médica que necesita en ese momento. No se le pedirá a nadie tomar decisiones por usted.

Poder notarial de larga duración

Le permite asignar a una persona para que tome decisiones financieras y legales en su nombre si usted llega a quedar incapacitado.

Sustituto Temporal para la Toma de Decisiones (TSDM)

Se elige un Sustituto Temporal para la Toma de Decisiones (Temporary Substitute Decision Maker, TSDM), si usted no ha nombrado legalmente a una persona (representante) para que tome decisiones de atención médica por usted en caso de que sea incapaz de hacerlo por sí mismo.

Su médico u otro proveedor de atención médica eligen el TSDM de una lista que usted ha creado. El orden de las personas que califican para estar en la lista está determinado por la ley de Columbia Británica. Para poder actuar como TSDM, la persona debe tener 19 años o más, ser capaz de entender y comunicarse, haber estado en contacto con usted durante el año anterior y no haber tenido ninguna disputa con usted.

Una persona de la siguiente lista deberá ser contactada en el orden dado:

1. Su cónyuge (casado, de derecho consuetudinario o del mismo sexo: la duración de la convivencia no importa).
2. Un hijo (19 años o más, el orden de nacimiento no importa).
3. Uno de sus padres (cualquiera, puede ser adoptivo).
4. Un hermano (el orden de nacimiento no importa).
5. Uno de sus abuelos.
6. Un nieto (el orden de nacimiento no importa).
7. Cualquier otra persona relacionada con usted por nacimiento o adopción.
8. Un amigo cercano.
9. Una persona inmediatamente relacionada con usted por matrimonio (suegros, cuñados, padrastros, hijastros, etc.).

No puede cambiar el orden de la lista. Una persona más abajo en la lista solo puede ser elegida como su TSDM por su proveedor de atención médica si todas las personas por encima de ellos no califican o no están disponibles.

Si sabe que desea que alguien más abajo en la lista tome sus decisiones de atención médica, entonces debe nombrar a esa persona legalmente como su representante mediante un formulario de acuerdo de representación. Hay dos tipos diferentes de formularios de acuerdo de representación en la parte posterior de esta guía. Asegúrese de usar el que satisfaga sus necesidades. Para obtener más información sobre las diferencias entre estos dos tipos de acuerdo de representación lea en la siguiente sección.

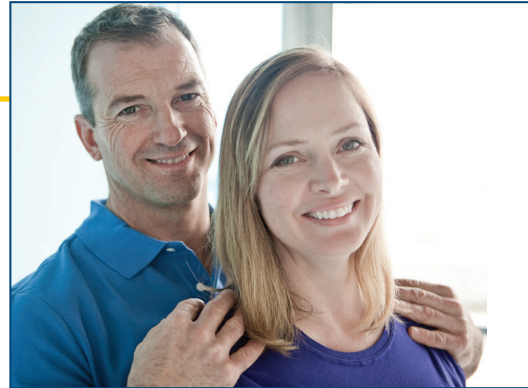
Su TSDM está legalmente obligado a tomar decisiones que respeten sus deseos. Si ha tenido conversaciones sobre la planificación anticipada de atención y ha escrito sus creencias, valores y deseos, su TSDM sabrá y podrá hablar de sus deseos cuando se le solicite tomar decisiones de tratamiento de atención médica por usted.

Si está satisfecho con la elección de un TSDM, en caso de que se necesite uno, su plan anticipado de atención consistirá en lo siguiente:

- Analizar sus creencias, valores y deseos con familiares cercanos o un amigo de confianza.
- Escribir sus creencias, valores y deseos (pág. 30).
- Completar su lista de TSDM (pág. 28) con la información de contacto de las personas que puedan ser abordadas, en orden, por un proveedor de atención médica si un TSDM es necesario.

Pat, de 47 años, es una oficinista que goza de buena salud y vive en un pequeño pueblo del norte. Ha estado casada con Tom, de 49 años, durante 24 años y tienen tres hijos de 20, 17 y 14 años. Los dos más jóvenes viven en casa y el mayor se mudó el año pasado para asistir a la universidad.

Después de perder algunos familiares y amigos en los años recientes, Pat comenzó a pensar en sus futuras decisiones de atención médica. Ella habló sobre sus sentimientos y preocupaciones con Tom. Resultó que Tom tenía muchos de los mismos pensamientos que Pat. Juntos decidieron hacer una planificación para que así cada uno sepa los deseos del otro en cuanto a decisiones de atención médica futura.



Pat y Tom eligieron documentar sus creencias, valores y deseos y simplemente llenar sus listas de TSDM porque:

- pat y Tom están en una relación estable a largo plazo;
- confían el uno en el otro para tomar buenas decisiones el uno para el otro honrando sus creencias, valores y deseos;
- como cónyuges, están en la parte superior de la lista de TSDM del otro, y;
- Pat ha hablado sobre sus creencias, valores y deseos con su hijo adulto y su madre, quienes calificarían como los dos próximos TSDM si Tom no está disponible.

Acuerdos de representación

Los adultos en Columbia Británica pueden nombrar a un representante en un acuerdo de representación si desean que una persona específica tome ciertos tipos de decisiones en su nombre. Hay dos tipos de acuerdos de representación.

Acuerdo estándar: Acuerdos de representación de sección 7

Un acuerdo de representación de sección 7 le permite nombrar a un representante para que tome decisiones sobre el manejo de rutina de sus asuntos financieros, su cuidado personal y algunas decisiones de tratamiento de atención médica. No permite que su representante tome decisiones por usted relacionadas con tratamientos de atención médica que impliquen rechazar intervenciones médicas de soporte vital o de prolongación de la vida.

Un acuerdo estándar puede ser una opción para los adultos que han sido evaluados por un proveedor de atención médica como incapaces de hacer un acuerdo de representación mejorado (sección 9). Un acuerdo de representación de sección 7 permite a los adultos con niveles más bajos de capacidad (p. ej., debido a algunas discapacidades del desarrollo o lesiones o enfermedades del cerebro que afectan la capacidad cognitiva) planificar la atención por adelantado.

Los adultos que tienen la capacidad de aceptar un acuerdo de representación de sección 9 pueden optar por hacer un acuerdo de representación de sección 7 si satisface sus necesidades.

Llenar un acuerdo de representación de sección 7 como parte de su plan anticipado de atención implica lo siguiente:

- analizar sus creencias, valores y deseos con familiares cercanos o un amigo de confianza;
- escribir sus creencias, valores y deseos (pág. 30);
- nombrar a su representante y anotar sus instrucciones en un acuerdo de representación , utilizando un formulario de sección 7 (pág. 34), y;
- llenar su lista de TSDM con la información de contacto de las personas que puedan ser abordadas por un proveedor de atención médica si un TSDM es necesario, en caso de que su representante renuncie o no esté disponible, o si se requiere una decisión sobre intervenciones médicas de soporte vital o prolongación de la vida (pág. 28).

Michael, de 38 años, tuvo en un accidente de motocicleta hace 10 años. Sufrió una herida en la cabeza que lo dejó paralizado y con problemas de memoria continuos como consecuencia del accidente. Es soltero, sus padres fallecieron y tiene un hermano menor cercano que vive fuera de la provincia. Michael ha estado viviendo solo en un apartamento durante los ocho años pasados. El equipo especializado y los trabajadores de apoyo en el hogar que lo visitan le permiten ser lo más independiente posible. Su mejor amigo, Ben, lo lleva de compras todas las semanas y a las citas médicas. La salud de Michael ha sido buena, aunque dice que su memoria ha empeorado durante el año pasado, lo que dificulta la toma de decisiones. Se ha vuelto cada vez más dependiente de Ben para asegurarse de que sus facturas se paguen a tiempo y para programar y asistir a sus citas médicas con él. El enfermero comunitario de Michael le sugirió que nombre a un representante para que lo ayude a administrar sus decisiones personales, financieras y algunos cuidados médicos.

Michael es elegible para completar un acuerdo de representación de sección 7 porque, en consideración de todos los factores relevantes, él:

- puede comunicar su deseo de tener un representante que lo ayude a tomar decisiones sobre su cuidado personal, finanzas de rutina y algunos cuidados de salud y entiende que su representante puede tomar, o dejar de tomar, decisiones que lo afectarán;
- confía en su amigo Ben y sabe que este se preocupa por él;
- y sabe y comprende que no quiere que Ben tome decisiones acerca de rechazar intervenciones médicas de soporte vital o de prolongación de la vida;
- además, Ben califica y ha aceptado ser nombrado como su representante, y;
- aunque su hermano vive fuera de Columbia Británica, se mantiene en contacto y calificaría como el TSDM de Michael si se necesitara tomar decisiones de atención médica sobre soporte vital.

Acuerdo mejorado: Acuerdo de representación de sección 9

Un acuerdo de representación de sección 9 le permite nombrar a un representante para que tome decisiones sobre el cuidado personal y los tratamientos de atención médica, incluidas las decisiones sobre la aceptación o el rechazo de intervenciones médicas de soporte vital y de prolongación de la vida. Un representante nombrado en un acuerdo de representación de sección 9 no puede tomar decisiones sobre sus asuntos financieros. Para que alguien tome decisiones financieras por usted en caso de que quede incapacitado, puede designar a una persona (llamada abogado) mediante un formulario de poder notarial de larga duración (consulte la pág. 19 para obtener más información).

Llenar un acuerdo de representación de sección 9 como parte de su plan anticipado de atención implica lo siguiente:

- analizar sus creencias, valores y deseos con familiares cercanos o un amigo de confianza;
- escribir sus creencias, valores y deseos (pág. 30);
- nombrar a su representante y anotar sus instrucciones en un acuerdo de representación mediante un formulario de sección 9 (pág. 44);
- llenar su lista de TSDM con la información de contacto de las personas que puedan ser abordadas por un proveedor de atención médica si un TSDM es necesario, en caso de que su representante renuncie o no esté disponible (pág. 28).

Gurdeep, de 74 años, se mudó a Canadá hace 10 años con su esposa Rani, quien habla poco inglés. La salud de Gurd ha ido empeorando durante los siete años pasados. Tiene enfermedad renal, diabetes y presión arterial alta. Necesita diálisis renal tres veces por semana y tiene insuficiencia cardíaca congestiva que empeora cada pocos meses. Él y Rani viven con su hijo mayor, Jeet, quien lo ayuda con su cuidado y va a las citas médicas con él. Gurd tiene otros cinco hijos que viven cerca y tiene una buena relación con todos ellos. Como la salud de Gurd está empeorando claramente, su médico le sugirió que haga una planificación anticipada de la atención para que se conozcan sus deseos y quede claro quién tomará las decisiones por él si se vuelve incapaz de hacerlo por sí mismo.

Gurd habló con su esposa y sus hijos y señaló que preferiría quedarse en casa hasta el final de su vida, en vez de estar en un hospital o en un centro de atención residencial. Le preocupa sentir dolor y no querría estar conectado a máquinas para prolongar su vida. A pesar de sus problemas de salud, también le gustaría ser donante de órganos. Decidió que le gustaría que Jeet tomara decisiones sobre su tratamiento de atención médica, en caso de que él sea incapaz de hacerlo.



Gurd eligió completar un acuerdo de representación de sección 9 porque:

- Jeet no está en la parte superior de la lista de TSDM y debe ser nombrado como representante de Gurd para que se le solicite que tome las decisiones de atención médica de Gurd;
- Gurd sabe que Jeet puede hablar fácilmente con su médico sin necesitar un traductor;
- Gurd confía en que Jeet tomará decisiones sobre el tratamiento de atención médica que honren sus creencias, valores y deseos, y que incluirá a Rani en las conversaciones que sean importantes, y
- un acuerdo de representación de sección 9 permitirá a Jeet aceptar o rechazar intervenciones médicas de soporte vital y de prolongación de la vida.

Gurd podría querer nombrar a uno de sus otros hijos como su representante suplente en caso de que Jeet renuncie. Además, o alternativamente, Gurd podría hacer una directiva anticipada, señalando en el formulario de acuerdo de representación de sección 9 que su directiva anticipada puede ser seguida directamente por un proveedor de atención médica sin que se le pida a su representante que decida. Estas opciones garantizarían que se sigan los deseos e instrucciones de Gurd para los tratamientos de atención médica.

Directiva anticipada

Una directiva anticipada permite que un adulto capaz establezca claramente sus decisiones sobre aceptar o rechazar tratamientos de atención médica, incluidas las intervenciones médicas de soporte vital y de prolongación de la vida. Además, proporciona esas instrucciones y decisiones directamente a los proveedores de atención médica. Se debe seguir la directiva anticipada siempre que aborde el tratamiento de atención médica que necesita en ese momento. Se elegirá un TSDM solo cuando se necesite una decisión de tratamiento de atención médica que no esté contemplada en sus directivas anticipadas.

Completar una directiva anticipada como parte de su plan anticipado de atención implica lo siguiente:

- analizar sus creencias, valores y deseos con familiares cercanos o un amigo de confianza;
- escribir sus creencias, valores y deseos (pág. 30);
- describir sus decisiones para el futuro tratamiento de atención médica en una directiva anticipada (pág. 50);
- llenar su lista de TSDM con la información de contacto de las personas a las que un proveedor de atención médica pueda contactar si se necesita una TSDM para tomar una decisión de algún tratamiento de salud que no se incluye en su directiva anticipada (pág. 28).

Jenny, de 58 años, se mudó a Canadá hace 24 años desde China. No está casada y no tiene familia cercana. Es una persona reservada con un gato y un pequeño grupo de amigos, incluida su amiga cercana Rose, que viaja con frecuencia. Jenny ha estado sana toda su vida hasta hace un mes cuando sintió fuertes dolores en el pecho mientras subía una colina empinada. Después de varias pruebas, el médico de Jenny dijo que sus arterias se están bloqueando, su colesterol es demasiado alto y corre un grave riesgo de sufrir un ataque al corazón. Le recetó medicamentos para su condición, le sugirió que dejara de fumar y la remitió a



un especialista del corazón para recibir más atención. Le sugirió que pensara en hacer una planificación anticipada de la atención para garantizar que sus proveedores de atención médica conozcan y respeten sus decisiones de atención médica, ya que no tiene familiares cercanos. Después de pensar sobre las posibles intervenciones médicas de soporte vital y prolongación de la vida que podría necesitar si su condición empeora, Jenny decidió hacer una directiva anticipada.

Jenny eligió hacer una directiva anticipada porque:

- no tiene familia y es posible que su amiga cercana no esté disponible para que un proveedor de atención médica la elija como su TSDM;
- puede establecer sus deseos e instrucciones para las intervenciones médicas de soporte vital y prolongación de la vida definiendo cuando ella desea que inicien, continúen o sean interrumpidas, y
- su médico conoce mejor sus esperanzas y deseos para el futuro después de tener una conversación sobre el plan anticipado de atención con ella y tener una copia de su directiva anticipada.

Jenny puede querer hablar con su amiga Rose o con alguien en quien confíe sobre sus deseos y asegurarse de que estén identificados en su lista de contactos para actuar como TSDM si es necesario. Es posible que también desee hacer un poder notarial de larga duración para tener a alguien que administre sus finanzas y propiedades si ella se vuelve incapaz de hacerlo por sí misma (consulte la pág. 19 para obtener más información).

Un acuerdo de representación y una directiva anticipada

Diferentes circunstancias personales pueden influir en si un adulto elige hacer un acuerdo de representación, una directiva anticipada o simplemente hablar sobre sus creencias, valores y deseos con familiares y amigos cercanos e identificar la información de contacto para un TSDM. Las leyes de planificación personal de Columbia Británica también brindan la opción de elegir tener tanto un acuerdo de representación como una directiva anticipada.

Si tiene un acuerdo de representación y una directiva anticipada y desea que su proveedor de atención médica cumpla con su directiva anticipada sin que se le pida una decisión a su representante, debe indicarlo en su acuerdo de representación.

Realizar un acuerdo de representación y una directiva anticipada como parte de su plan anticipado de atención implica lo siguiente:

- analizar sus creencias, valores y deseos con familiares cercanos o un amigo de confianza;
- escribir sus creencias, valores y deseos (pág. 30);
- nombrar a su representante en un acuerdo de representación usando un formulario de sección 7 (pág. 34) o de sección 9 (pág. 44);
- resumir sus decisiones para el futuro tratamiento de atención médica en una directiva anticipada (pág. 50) (Nota: Deberá indicar en su acuerdo de representación que un proveedor de atención médica puede actuar de acuerdo con las instrucciones en sus directivas anticipadas sin el consentimiento de su representante si así lo desea);
- llenar su lista de TSDM con la información de contacto de las personas a las que un proveedor de atención médica puede contactar cuando se necesita un TSDM para tomar una decisión de tratamiento médico si su representante renuncia o no está disponible y su directiva anticipada no corresponde (pág. 28).

Un acuerdo de representación de sección 7 y una directiva anticipada

Hacer una directiva anticipada además de un acuerdo de representación de sección 7 proporciona instrucciones específicas directamente a sus proveedores de atención médica, siempre y cuando escriba en su acuerdo de representación que se puede actuar sobre su directiva anticipada sin que se le pida a su representante que tome decisiones médicas por usted.

Marie, de 34 años, tiene diagnóstico y tratamiento por psicosis temprana desde que tenía 16 años. La mayor parte del tiempo ella se comporta bien, maneja sus síntomas y puede cuidarse a sí misma. Está casada con Tony, que trabaja fuera de casa periódicamente. Su hermana, Jeanne, vive cerca y la ayuda siempre que puede. Cuando Marie no se encuentra bien, generalmente, se debe a síntomas recurrentes de psicosis. Cuando esto sucede, se vuelve incapaz de cuidar de sí misma y de su hogar. La evaluación y el tratamiento de sus síntomas se pueden realizar en el hogar, pero en otras ocasiones es admitida en una unidad psiquiátrica para pacientes internados en el hospital local. Este ciclo se ha repetido cada uno o dos años y, cuando sus síntomas son graves, a veces rechaza el tratamiento que puede estabilizarla.

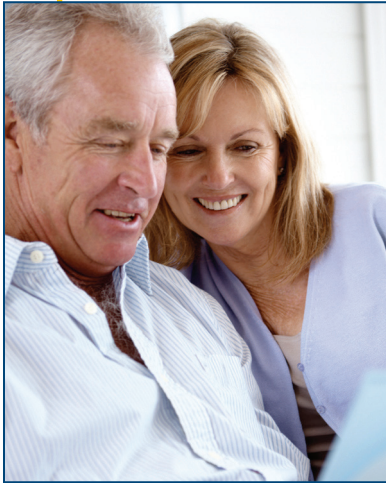
Después de su más reciente estadía en el hospital, Marie habló con Tony, su Psiquiatra y Jeanne sobre la planificación a largo plazo de sus cuidados médicos durante estos eventos. En su visita con el médico de la familia de Marie le sugirió que hiciera una planificación anticipada de atención para tomar decisiones futuras sobre tratamientos de atención médica y planificación personal. Se sugirió que Marie nombrara a un representante para garantizar que se atiendan sus necesidades financieras y de salud de rutina, por si necesita estar en el hospital y Tony no está en casa. También se le aconsejó que redactara una directiva anticipada para asegurarse de recibir tratamiento lo antes posible cada vez que reaparecen sus síntomas de psicosis. Marie eligió hacer un acuerdo de representación de sección 7 y una directiva anticipada.

Marie eligió llenar un acuerdo de representación de sección 7 y una directiva anticipada porque:

- la representante de Marie, Jeanne, podrá tomar decisiones sobre las finanzas de rutina de Marie cuando esté enferma y Tony no esté disponible. Marie puede limitar la autoridad de Jeanne para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud solo en aquellos momentos en que los síntomas de psicosis alcanzan una etapa particular;
- Marie no quiere que Jeanne tome la decisión de rechazar el soporte vital;
- su directiva anticipada le permite proporcionar instrucciones detalladas para su propia atención médica directamente a sus proveedores;
- una directiva anticipada garantizará que Marie reciba la atención médica adecuada que necesita, incluso si ella rechaza el tratamiento en el momento en que se necesita.

Un acuerdo de representación de sección 9 y una directiva anticipada

Hacer una directiva anticipada además de un acuerdo de representación de sección 9 proporciona instrucciones específicas directamente a sus proveedores de atención médica, siempre que escriba en su acuerdo de representación que se puede actuar según su directiva anticipada sin que se le pida a su representante que tome decisiones médicas por usted.



Don, de 68 años, es un hombre de negocios que se enteró hace dos meses que tiene cáncer de próstata. Don no tiene otros problemas de salud, aunque ha fumado cigarrillos durante más de 50 años, tiene tos crónica y tiene un poco de sobrepeso. Perdió a un amigo por cáncer de próstata el año pasado y su hermano murió de cáncer colorrectal hace cinco años. Don se ha divorciado dos veces, tiene tres hijas adultas que viven en la misma ciudad, todavía es amigo cercano de su primera esposa y se mudó hace dos meses con su nueva pareja, Sheila, a quien sus hijas no conocen bien. Se lleva bien con su hija menor, Karen, y ella conoce sus deseos. Don visitó a su médico para una prueba de rutina y habló sobre sus preocupaciones. Su médico le sugirió que pensara en la planificación anticipada de atención y considerara quién sería su sustituto temporal para la toma de decisiones si no fuera capaz de tomar sus propias decisiones médicas. Don eligió hacer un acuerdo de representación de sección 9 y una directiva anticipada.

Don eligió hacer un acuerdo de representación de sección 9 y una directiva anticipada porque:

- tiene más de una relación cercana con muchas personas que se preocupan profundamente por él. Si Don se enferma y es incapaz de decidir por sí mismo, existe la posibilidad de que muchas personas crean que pueden expresar mejor sus deseos;
- sin un representante designado, los proveedores de atención médica de Don deben elegir a Sheila como TSDM para decidir, lo que pudiera afectar a sus hijas;
- al establecer sus instrucciones de atención médica en una directiva anticipada, los proveedores de salud de Don sabrán cuáles son sus deseos.

Si Don desea que su primera esposa o su hija menor Karen sean sus representantes, tendrá que nombrar a una como su representante y a la otra como representante alterno.

Poder notarial de larga duración

Un poder notarial de larga duración le permite a un adulto designar a otra persona (llamada abogado) para que tome decisiones con respecto a sus asuntos financieros y legales. La persona (abogado) está autorizada para actuar cuando el adulto se vuelva incapaz.

Los poderes proporcionados al abogado se pueden adaptar a sus necesidades. Por ejemplo, esto puede variar desde la capacidad de depositar cheques en su cuenta corriente hasta el acceso completo a todos sus activos.

Los abogados no pueden tomar decisiones sobre tratamientos de atención médica. Un acuerdo de representación es la única manera de designar a alguien para que actúe en su nombre en las decisiones de tratamiento de atención médica.

Recursos

El formulario de poder notarial de larga duración se puede encontrar en: www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning

Puede encontrar más información en el sitio web de Public Guardian and Trustee of British Columbia en: www.trustee.bc.ca

El servicio de referencia de abogados (www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer_referral.aspx) es dirigido por la sucursal de Columbia Británica del Colegio de Abogados de Canadá. Ofrece una consulta inicial con un abogado de hasta 30 minutos por una pequeña tarifa. Los operadores están disponibles de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes. Teléfono 604 687-3221 en Lower Mainland o llame gratis en Columbia Británica al 1 800 663-1919.

Cambiar o cancelar su plan anticipado de atención

Sus circunstancias personales cambian con el tiempo. Mientras sea capaz, puede cambiar o cancelar (revocar) su plan anticipado de atención en cualquier momento. Esto incluye acuerdos de representación y directivas anticipadas.

Es importante revisar periódicamente y hacer cambios en su plan anticipado de atención cuando crea que es necesario. Durante una revisión, pregúntele a su representante o posibles TSDM si todavía están dispuestos y son capaces de tomar decisiones de tratamiento de atención médica por usted. Revise los deseos que escribió en su plan anticipado de atención, incluidas las instrucciones específicas que escribió en su acuerdo de representación o directiva anticipada.

Antes de cambiar o cancelar su plan anticipado de atención, asegúrese de tener información actualizada sobre su estado de salud actual y cualquier nuevo tratamiento de atención médica disponible para usted.

Las instrucciones a continuación le indican qué hacer si desea cambiar y actualizar, o cancelar su plan anticipado de atención, incluido su acuerdo de representación o directiva anticipada, si los hizo.

1. Cambios en el resumen de su plan anticipado de atención, lista de contactos de TSDM o creencias, valores y deseos para la atención médica, incluidas las intervenciones médicas para prolongar la vida:
Destruya las páginas antiguas y haga unas nuevas. Asegúrese de firmar y fechar sus nuevas páginas donde se requiera. Si no nombró a un representante o hizo una directiva anticipada antes y todavía no quiere hacerlo, pase al punto 4.
Si desea nombrar un representante (sección 7 [pág. 34] o sección 9 [pág. 44]) o hacer una directiva anticipada (pág. 50), llene los formularios e informe a su familia, amigos y sus proveedores de atención médica.
2. Cambios en su acuerdo de representación (secciones 7 o 9) o directiva anticipada.
Tiene dos opciones:
 - Realizar los cambios directamente en su acuerdo de representación existente o directiva anticipada y luego firmarlos y fecharlos frente a testigos de la misma manera que hizo con los originales.
 - Crear un nuevo acuerdo de representación o directivas anticipadas para reemplazar los anteriores y cancelar su antiguo acuerdo de representación o directivas anticipadas anteriores (consulte el punto 3).

3. Cancelar un acuerdo de representación o directiva anticipada existente.

Para cancelar (revocar) un acuerdo de representación o una directiva anticipada existente, debe:

- destruir el original o hacer otro documento y expresar su intención de cancelar el antiguo, y
- entregar una notificación por escrito de la cancelación (revocación) a la persona nombrada como su representante, incluido cualquier representante suplente o supervisor.

4. Notificación de cambios.

Después de cambiar o cancelar su plan anticipado de atención, debe:

- informarle a cualquier familiar, amigo y proveedor de atención médica que ha cambiado o cancelado su plan anticipado de atención, incluidos los cambios en su acuerdo de representación o directivas anticipadas si llenó los formularios;
- pedirle a su familia, amigos, representante (si tiene uno) y proveedores de atención médica que le devuelvan las copias antiguas de su plan anticipado de atención, incluidas las copias de su antiguo acuerdo de representación y directivas anticipadas si es relevante, para que pueda destruirlos;
- proporcionar copias de su plan anticipado de atención recientemente modificado, incluido el acuerdo de representación y las directivas anticipadas (si las llenó), a su familiar cercano o amigo y proveedores de atención médica;
- asegurarse de que su médico y otros proveedores de atención médica conozcan sus deseos e instrucciones más actualizados sobre su atención, lo cual es importante. Asegúrese de que si actualiza su plan anticipado de atención, incluido su acuerdo de representación o la directiva anticipada, avise a todos los proveedores de atención médica pertinentes. Asegúrese de pedirles que revisen y actualicen o cancelen, según corresponda, cualquier orden médica que ya no corresponda.

Definición de términos

Acuerdo de representación (Representation agreement, RA) es el documento en el que un adulto capaz nombra a su representante para que tome decisiones de atención médica y otras decisiones en su nombre cuando el adulto sea incapaz. Hay dos tipos:

1. **Sección 7 RA:** el adulto puede autorizar a un representante para que tome decisiones sobre la administración rutinaria de asuntos financieros, cuidado personal y algunas decisiones de atención médica en nombre del adulto; excluye decisiones sobre la denegación de soporte vital u otras intervenciones médicas para prolongar la vida.
2. **Sección 9 RA:** el adulto puede autorizar a un representante para que tome decisiones sobre el cuidado personal y el cuidado de la salud en nombre del adulto, incluidas las decisiones sobre la aceptación o el rechazo de las intervenciones médicas de soporte vital y de prolongación de la vida.

Atención al final de la vida se proporciona en la etapa final de la vida. La atención brindada durante este tiempo puede denominarse atención de apoyo, atención paliativa o control de síntomas. La atención al final de la vida aborda las preocupaciones físicas, psicológicas y espirituales y se centra en la comodidad, el respeto por las decisiones y el apoyo a la familia. Es proporcionada por un grupo interdisciplinario de proveedores de atención médica.

Atención médicamente adecuada es un tratamiento de atención médica ofrecido por un proveedor de atención médica que es coherente con la condición del paciente y las metas de la atención, según la evaluación de salud del proveedor de atención médica.

Cónyuge es una persona que:

- a. está casado con otra persona, y no vive separado o apartado de esta, según lo que indica la *Ley de Divorcio* (Canadá), o
- b. vive y cohabita con otra persona en una relación similar al matrimonio, incluyendo personas del mismo sexo.

Cuidado personal se refiere a las necesidades de la vida diaria de las personas, como arreglos de vivienda, dieta, ropa, higiene, ejercicio y seguridad.

Diálisis es una intervención médica que limpia la sangre de una persona cuando sus riñones ya no pueden hacerlo.

Directiva anticipada son las instrucciones escritas de un adulto capaz que habla directamente con su proveedor de atención médica sobre el tratamiento de atención médica que el adulto acepta o rechaza. Es efectivo cuando el adulto capaz se vuelve incapaz y solo rige para las condiciones y tratamientos de atención médica señalados en la directiva anticipada.

Enfermero profesional es un enfermero registrado que ha cumplido con los requisitos de la profesión para ser registrado y usar el título de enfermero profesional. Brindan servicios de enfermería ampliados que incluyen diagnóstico, recetar medicamentos, pedido de pruebas y manejo de enfermedades agudas comunes y condiciones crónicas.

Incapaz (incapacidad) es determinado por un proveedor de atención médica que debe basar su decisión en si el adulto demuestra o no que comprende:

1. la información proporcionada sobre su estado de salud;
2. la naturaleza de la atención médica propuesta, incluidos los riesgos, beneficios y alternativas, y
3. que la información corresponde a su situación.

La alimentación por sonda es un método para proporcionar nutrición a una persona que no puede comer usando la boca. La alimentación por sonda implica la colocación temporal o permanente de una sonda que se usa para alimentos líquidos, ya sea a través de la nariz de la persona o en el estómago a través de la pared abdominal.

Las intervenciones médicas de soporte vital y de prolongación de la vida son tratamientos de atención médica como alimentación por sonda, ventiladores (máquinas para respirar), diálisis renal, medicamentos y reanimación cardiopulmonar. Se considera como atención médicamente adecuada cuando la meta de la atención es continuar o prolongar la vida.

Permitir una muerte natural es cuando el paciente recibe la atención médica adecuada para los síntomas, como dolor o dificultad para respirar, a medida que se acerca la muerte.

Plan anticipado de atención es un resumen escrito de los deseos o instrucciones de un adulto capaz para guiar a un sustituto en la toma de decisiones si un médico u otro proveedor de atención médica le pide a esa persona que tome una decisión de tratamiento de atención médica en nombre del adulto.

Planificación anticipada de atención es un proceso mediante el cual un adulto capaz habla sobre sus creencias, valores y deseos de atención médica con sus familiares, amigos cercanos y un proveedor de atención médica antes de un momento en el que puede ser incapaz de decidir por sí mismo.

Poder notarial es un documento que nombra a una persona (llamada abogado) que está autorizada por un adulto capaz para tomar decisiones financieras, comerciales o de propiedad en su nombre. Los abogados no pueden tomar decisiones sobre tratamientos de atención médica.

Poder notarial de larga duración es un documento en el que un adulto autoriza a otra persona (llamada abogado) a tomar decisiones en relación con los asuntos financieros, negocios y bienes del adulto. La persona (abogado) está autorizada para actuar cuando el adulto se vuelva incapaz, o para continuar actuando mientras el adulto permanezca incapaz. Los abogados no pueden tomar decisiones sobre tratamientos de atención médica.

Proveedor de atención médica es un profesional con licencia, certificado o registrado para brindar atención médica en virtud de la *Ley de Profesiones de la Salud* (p. ej., médico, enfermero profesional, enfermero registrado, etc.) y la *Ley de Trabajadores Sociales*.

Reanimación cardiopulmonar (RCP) es un procedimiento de emergencia que se usa para revivir a alguien cuando su corazón o pulmones dejan de funcionar inesperadamente. La RCP puede incluir compresiones repetidas en el pecho de la persona y respiración boca a boca para inflar los pulmones de la persona y proporcionar oxígeno.

Representante es una persona de 19 años o más que es nombrada por un adulto capaz, en un acuerdo de representación, para tomar decisiones con relación a tratamientos de atención médica en su nombre cuando el adulto es incapaz de decidir.

Supervisor es una persona que puede ser designada en un acuerdo de representación para asegurar que el representante cumpla con sus funciones.

Sustituto en la toma de decisiones es una persona capaz con la autoridad para tomar decisiones sobre tratamientos de atención médica en nombre de un adulto incapaz, e incluye un tutor personal (comité de la persona), representante o sustituto temporal en la toma de decisiones.

Sustituto Temporal para la Toma de Decisiones (TSDM) es un adulto capaz elegido por un proveedor de atención médica para tomar decisiones sobre tratamientos de atención médica en nombre de un adulto incapaz cuando se necesita atención. No se elige un TSDM si el adulto tiene una directiva anticipada que aborda la atención necesaria en ese momento, o si el adulto tiene un tutor o representante personal disponible.

Tratamiento de atención médica es todo lo que se realiza con fines terapéuticos, preventivos, paliativos, diagnósticos, estéticos u otros fines de atención médica y puede ser una serie de tratamientos o cuidados similares (p. ej., administración de pastillas para la presión arterial, cuidado de heridas, etc.) suministradas por algún tiempo o un plan para una variedad de propósitos de cuidado por hasta un año.

Tutor personal (comité de la persona) es una persona nombrada por el tribunal para tomar decisiones personales y de salud en beneficio del adulto cuando este es incapaz de decidir por sí mismo.

Ventilador es una máquina que se usa para enviar aire dentro y fuera de los pulmones cuando una persona no puede respirar por sí misma.

Poner sus documentos en orden

Durante la planificación anticipada de la atención es un buen momento para juntar todos sus documentos de planificación personal y guardarlos en un lugar en donde se puedan encontrar fácilmente. Esto ayudará a las personas que ha puesto a cargo de sus asuntos a encontrarlos si es necesario. Lea la lista a continuación y llene las casillas y líneas que correspondan a su caso.

Soy donante de órganos (regístrese en www.transplant.bc.ca): Sí No

He designado un abogado en virtud de un poder notarial: Sí No

Nombre del abogado: _____

He designado un abogado bajo un poder notarial de larga duración: Sí No

Nombre del abogado: _____

Dónde encontrar mis documentos de poder notarial o poder notarial de larga duración:

Tengo un testamento: Sí No

Dónde encontrar mi testamento: _____

Tengo un abogado: Sí No

Nombre del abogado: _____ Teléfono: _____

Tengo una póliza de seguro de vida: Sí No

Compañía: _____

He organizado arreglos funerarios de entierro o cremación: Sí No

Compañía: _____ Teléfono: _____

Otros papeles:

Mi plan anticipado de atención



Esta sección proporciona todas las herramientas y formularios necesarios para desarrollar su plan anticipado de atención. Las instrucciones en la parte superior de cada página lo ayudarán a determinar qué páginas debe completar. Las páginas han sido diseñadas para que pueda arrancar las que necesite.

Llene solo las páginas que necesita para los documentos legales que elija. Si es necesario, consulte las descripciones de las diferentes opciones de planes anticipados de atención en la primera parte de esta guía para ayudarlo a decidir qué documentos necesita llenar para futuros cuidados de atención médica.

My Advance Care Plan - Summary

This summary is the cover of your advance care plan.

Full name (please print): _____ Signature: _____

Date this advance care plan was completed: _____
dd/mm/yyyy

This is an update of my advance care plan: Yes No

My advance care plan includes (tick all that apply):

- My beliefs, values and wishes
- My TSDM list
- My standard representation agreement (section 7) - **optional**
 - Form 1 - Certificate of Representative or Alternate Representative
 - Form 2 - Certificate of Monitor
 - Form 3 - Certificate of Person Signing for the Adult
 - Form 4 - Certificate of Witnesses
- My enhanced representation agreement (section 9) - **optional**
- My advance directive form - **optional**

I have given copies of this advance care plan to:

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ is my health care provider. Phone: _____

My Temporary Substitute Decision Maker (TSDM) List

If needed, this list will be used by your health care provider(s) to choose a TSDM for you. The order of the people on the list is set out in B.C. law and may not be changed.

To qualify as a TSDM, the person listed must be 19, capable, have no dispute with you, and have been in contact with you in the year before you need the health care. If a TSDM is needed to make a health care decision for you, your health care provider will choose the first person on the list who is qualified and available. If you want to specify one person to make health decisions for you, you must fully complete either a standard (p.34) or enhanced (p.44) representation agreement.

Spouse (includes married, common-law, same-sex - length of time living together does not matter)

Name	Phone

Children (any - birth order does not matter)

Name	Phone	Name	Phone

Parents (either - may include adoptive)

Name	Phone	Name	Phone

Brothers or Sisters (any - birth order does not matter)

Name	Phone	Name	Phone

Grandparents (any)

Name	Phone	Name	Phone

Grandchildren (any - birth order does not matter)

Name	Phone

Name	Phone

Anyone else related to me by birth or adoption

Name	Phone

Name	Phone

Close friend

Name	Phone

Name	Phone

A person immediately related to me by marriage (ranked equally)

Name	Phone

Name	Phone

I know a TSDM will not be chosen to make health care decisions for me if I complete an optional representation agreement form and/or an advance directive form which addresses the health care condition I have when the care is needed. I also know a TSDM will be chosen to make health care decisions for me if I have no representative, if my representative is unavailable, or if my optional representation agreement and/or advance directive does not address the health care condition I have when the care is needed.

I agree.

Name (print)	Signature	Date signed

My Beliefs, Values and Wishes

Complete this page for all advance care plans, regardless of whether you choose to complete a representation agreement form or advance directive form. If needed, this information will help your substitute decision maker (court appointed personal guardian, representative or TSDM) make future health care treatment decisions for you.

Note: If you want to make an advance directive or name a representative in a representation agreement with specific instructions about your health care treatment decisions, be sure to write your instructions directly on those forms. The information you write on these pages is not a representation agreement or an advance directive.

My beliefs (what gives my life meaning)

My values (what I care about in my life)

My wishes (for future health care treatment, life support and life-prolonging medical interventions)

Name (print)	Signature	Date signed
--------------	-----------	-------------

My Representative - Standard Agreement (section 7)

Section 7 Representation Agreement Form (p.34-39)

Use a section 7 form **if you want** your representative to be authorized to make decisions about your routine financial affairs, your personal care and some health decisions.

A section 7 form does not provide a representative with the authority to refuse life support and life-prolonging medical interventions.

In addition to a Section 7 Representation Agreement form, the following certificates must be completed (if they apply) for the agreement to be effective:

Form 1: Certificate of Representative or Alternate Representative (p.40)

Form 2: Certificate of Monitor (p.41)

Form 3: Certificate of Person Signing for the Adult (p.42)

Form 4: Certificate of Witnesses (p.43)

My Representative - Enhanced Agreement (section 9)

Section 9 Representation Agreement Form (p.44-49)

Use a section 9 form **if you want** your representative to be authorized to make decisions about accepting or refusing life support and life-prolonging medical interventions on your behalf, in addition to other health and personal care decisions.

REPRESENTATION AGREEMENT (SECTION 7)

Made under Section 7 of the *Representation Agreement Act*.

The use of this form is voluntary. Be advised that this form may not be appropriate for use by all persons, as it provides only one option of how a Representation Agreement may be made. In addition, it does not constitute legal advice. For further information, please consult the *Representation Agreement Act* and Representation Agreement Regulation or obtain legal advice.

This form reflects the law at the date of publication. Laws can change over time. Before using this form, you should review the relevant legislation to ensure that there have not been any changes to the legislation or section numbers.

The notes referenced in this Representation Agreement are found at the end of this Agreement and are provided for information only.

1. THIS REPRESENTATION AGREEMENT IS MADE BY ME, THE ADULT:

Full Legal Name of the Adult	Date (YYYY / MM / DD)
Full Address of the Adult	

2. REVOCATION OF PREVIOUS REPRESENTATION AGREEMENTS

I revoke all previous Representation Agreements granting authority under section 7 of the *Representation Agreement Act* made by me.

(See Note 1 – actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement)

(See Note 2 – effect of revocation on a previous section 7 Representation Agreement)

3. REPRESENTATIVE

(See Note 3 – naming a Representative)

I name the following person to be my Representative:

Full Legal Name of Representative
Full Address of Representative

4. ALTERNATE REPRESENTATIVE (OPTIONAL)

(See Note 3 – naming a Representative)

(Strike out this provision if you do not want to appoint an Alternate Representative.)

If my Representative

- dies,
- resigns in accordance with the *Representation Agreement Act*,
- is my spouse, as defined in the *Representation Agreement Act*, at the time that I make this Representation Agreement, and our marriage or marriage-like relationship subsequently terminates as set out in the *Representation Agreement Act*, or
- becomes incapable,

then I name the following person to be my Alternate Representative:

Full Legal Name of Alternate Representative
Full Address of Alternate Representative

5. EVIDENCE OF AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE

(See Note 4 – statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative)

(Strike out this provision if you are not appointing an Alternate Representative.)

A statutory declaration made by my Representative, my Alternate Representative (if one is named), or the Monitor (if one is named), declaring that one of the circumstances referenced in section 4 of this Representation Agreement has occurred, and specifying that circumstance, is sufficient evidence of the authority of my Alternate Representative to act in place of my Representative.

6. AUTHORITY OF REPRESENTATIVE

(See Note 5 - what a Representative may and may not be authorized to do under a section 7 Representation Agreement)

Pursuant to section 7 of the *Representation Agreement Act*, I authorize my Representative to:

(If you want your Representative to have both types of authority, do not strike out either of the following provisions. If you want your Representative to have authority over only one of the following matters, strike out the provision over which you do not want your Representative to have authority. You may not strike out both types of authority.)

- a. help me make decisions
- b. make decisions on my behalf

about the following:

(Strike out any of the following matters for which you do not want your Representative to have authority.)

- a. my personal care;
- b. the routine management of my financial affairs, as set out in the Representation Agreement Regulation;
- c. major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- d. obtaining legal services for me and instructing counsel to commence proceedings, except divorce proceedings, or to continue, compromise, defend or settle any legal proceedings on my behalf.

7. MONITOR

(See Note 6 - what a Monitor is and whether one is required)

(Strike out this provision if a Monitor is not required and you do not want to name a Monitor.)

I name the following person as Monitor of this Representation Agreement:

Full Legal Name of Monitor
Full Address of Monitor

8. EFFECTIVE DATE

This Representation Agreement becomes effective on the date it is executed.

9. SIGNATURES

ADULT AND WITNESS SIGNATURES

ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

Signature of Adult	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE

(See Note 7 – information for witnesses)

WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	
If witness is a lawyer or member of the Society of Notaries Public of British Columbia, check relevant box below: <input type="checkbox"/> lawyer <input type="checkbox"/> member of the Society of Notaries Public of British Columbia	

WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

REPRESENTATIVES' SIGNATURES

(See Note 8 - when a Representative may exercise authority under this Representation Agreement)

REPRESENTATIVE

Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

ALTERNATE REPRESENTATIVE

(Strike out if an Alternate Representative is not appointed.)

Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

(See Note 9 - additional forms required for this Representation Agreement to be effective)

**STATUTORY DECLARATION FOR EVIDENCE OF
AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

This statutory declaration may be completed by the representative, the alternate representative, or the monitor, as evidence of the authority of the alternate representative to act in place of the representative. This statutory declaration would be completed if one of the circumstances in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative occurs to establish the authority of the alternate representative.

CANADA
PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

IN THE MATTER OF the *Representation Agreement Act* re: a Representation Agreement made by

_____ naming _____ as Representative
name of Adult name of Representative

TO WIT:

I, _____
Name

of _____
Full Address

SOLEMNLY DECLARE THAT:

- a. I am the (*strike out the descriptions that do not apply*):
 - representative named under the representation agreement
 - alternate representative named under the representation agreement
 - monitor named under the representation agreement.
- b. One of the circumstances referenced in the Representation Agreement in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative has occurred, specifically (*describe the specific circumstance resulting in the alternate representative having authority to act*):

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME AT

_____ location
on _____ date

_____ Declarant's Signature

Signature of Commissioner for taking Affidavits
for British Columbia

Commissioner for taking Affidavits for British Columbia
(Apply stamp, or type or legibly print name of commissioner)

NOTES RESPECTING THIS REPRESENTATION AGREEMENT MADE UNDER SECTION 7 OF THE REPRESENTATION AGREEMENT ACT

The notes provided below are for the purpose of providing information only, and do not constitute legal advice.

These notes are prepared for the purposes of this representation agreement form. They should not be considered a complete description of matters to be taken into account in making a representation agreement. A person making a representation agreement, or acting as a representative, alternate representative or monitor, should consult the *Representation Agreement Act* and the Representation Agreement Regulation to ensure that they understand their rights and duties.

NOTE 1: Actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement

To revoke a previous representation agreement, you must also give written notice of the revocation to each representative, each alternate representative, and any monitor named in that representation agreement. Revocation is effective when this notice is given, or on a later date stated in the notice.

NOTE 2: Effect of revocation on a previous section 7 Representation Agreement

If you have previously made a section 7 representation agreement that is still effective, it will be revoked by the revocation provision in this representation agreement.

NOTE 3: Naming a Representative

- (a) This form provides for the naming of one representative and one alternate representative. If you wish to name more than one representative to act at the same time, do not use this form.
- (b) The *Representation Agreement Act* sets out who may be named as a representative. If an individual is appointed, that individual must be 19 years of age or older, and must not be an individual who provides personal care or health care services to the adult for compensation, or who is an employee of a facility in which the adult resides and through which the adult receives personal care or health care services, unless the individual is a child, parent or spouse of the adult.
- (c) A representative must complete the Certificate of Representative or Alternate Representative in Form 1 under the Representation Agreement Regulation.

The information in this note also applies in respect of an alternate representative.

NOTE 4: Statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative

A statutory declaration that may be used is included with this form.

Additional evidence establishing the authority of the alternate representative to act in place of the representative may be required for some purposes.

NOTE 5: What a Representative may and may not be authorized to do under a section 7 Representation Agreement

Under a section 7 representation agreement, a representative may be authorized to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about all of the following things:

- the routine management of the adult's financial affairs, as described in the Representation Agreement Regulation;
- obtaining legal services for the adult and instructing counsel to commence proceedings, or to continue, compromise, defend or settle any legal proceedings on the adult's behalf;
- the adult's personal care, and major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*.

Under a section 7 representation agreement, a representative may not be authorized to do any of the following:

- to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about the adult's financial affairs, other than the routine management of the adult's financial affairs as described in the Representation Agreement Regulation;
- to commence divorce proceedings on the adult's behalf;
- to help make, or to make on the adult's behalf, a decision to refuse health care necessary to preserve life;
- to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about the kinds of health care prescribed under section 34 (2) (f) of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- despite the objection of the adult, to physically restrain, move or manage the adult, or authorize another person to do these things;

- to refuse consent to those matters in relation to the *Mental Health Act* set out in section 11 of the *Representation Agreement Act*.

(Please note that this list may not be complete.)

In addition, a representative must not do either of the following:

- consent to the provision of professional services, care or treatment to the adult for the purposes of sterilization for non-therapeutic purposes;
- make or change a will for the adult.

(Please note that this list may not be complete.)

NOTE 6: What a Monitor is and whether one is required

- (a) A monitor is a person responsible for making reasonable efforts to determine whether a representative is complying with the representative's duties under the *Representation Agreement Act*.
- (b) A monitor is required for this representation agreement if the representation agreement authorizes a representative to make, or help make, decisions concerning routine management of the adult's financial affairs, unless the representative is the adult's spouse, the Public Guardian and Trustee, a trust company or a credit union.
- (c) A monitor must complete the Certificate of Monitor in Form 2 under the Representation Agreement Regulation.

NOTE 7: Information for witnesses

- (a) The following persons may not be a witness:
 - i. A person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
 - ii. A spouse, child or parent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
 - iii. An employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative, unless the person named as a representative or an alternate representative is a lawyer, a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia, the Public Guardian and Trustee of British Columbia, or a financial institution authorized to carry on trust business under the *Financial Institutions Act*;
 - iv. A person who is under 19 years of age;
 - v. A person who does not understand the type of communication used by the adult unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- (c) A witness must complete the Certificate of Witnesses in Form 4 under the Representation Agreement Regulation.
- (d) Section 30 of the *Representation Agreement Act* provides for a number of reasons to object to the making and use of a representation agreement. If you believe that you have grounds to make an objection at this time, you must not witness the representation agreement or execute the Certificate of Witnesses, and you may report your objection to the Public Guardian and Trustee of British Columbia.

NOTE 8: When a Representative may exercise authority under this Representation Agreement

Before a person may exercise the authority of a representative under a representation agreement, that person must sign the representation agreement.

NOTE 9: Additional forms required for this Representation Agreement to be effective

The following certificates must be completed, if applicable:

- Form 1 (Certificate of Representative or Alternate Representative);
- Form 2 (Certificate of Monitor), if the Representation Agreement names a Monitor;
- Form 3 (Certificate of Person Signing for the Adult), if a person is signing the Representation Agreement on behalf of the Adult;
- Form 4 (Certificate of Witnesses).

These certificates can be found in the Representation Agreement Regulation.

Form 1 - Certificate of Representative or Alternate Representative

To be completed by each representative and alternate representative named in a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [sections 5 (4) and 6 (2)].

Part I - Identification of representative or alternate representative

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I am named in the representation agreement as representative or alternate representative.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code],

_____ [date of birth, if not a trust company or credit union].

Part 2 - Certifications made by representative or alternate representative

I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) I do not provide, for compensation, personal care or health care services to the adult who made the representation agreement, or I do provide the services described in this paragraph, but I am a child, parent or spouse of the adult,
- (c) I am not an employee of a facility in which the adult who made the representation agreement resides and through which he or she receives personal care or health care services, or I am an employee described in this paragraph, but I am a child, parent or spouse of the adult,
- (d) I am not a witness to the representation agreement,
- (e) I have read and understand, and agree to accept, the duties and responsibilities of a representative as set out in section 16 of the *Representation Agreement Act*, and
- (f) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

signature of representative, alternate representative or
authorized signatory of a trust company or credit union

date

Form 2 - Certificate of Monitor

To be completed by the person named as monitor as set out in section 12 (5) of the *Representation Agreement Act*.

Part I - Identification of monitor

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I am named in the representation agreement as monitor.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code].

Part 2 - Certifications made by monitor

I certify that

- (a) I am an adult,
- (b) I have read and understand, and agree to accept, the duties and responsibilities of a monitor as set out in section 20 of the *Representation Agreement Act*, and
- (c) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

signature of monitor

date

Form 3 - Certificate of Person Signing for the Adult

To be completed by the person who signs a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [section 13 (4) (d)] for the adult making the agreement, if the adult is physically incapable of signing.

Part I - Identification of the person signing on behalf of the adult

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I signed the representation agreement on behalf of the adult.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code].

Part 2 - Certifications made by the person signing on behalf of the adult

I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) the adult who made the representation agreement was present when I signed the representation agreement on his or her behalf, and directed me to sign because he or she was physically incapable of signing,
- (c) I understand the type of communication used by the adult who made the representation agreement when he or she directed me to sign the agreement,
- (d) I am not named in the representation agreement as a representative or an alternate representative, and
- (e) I am not a witness to the representation agreement.

signature of person signing for the adult

date

Form 4 - Certificate of Witnesses

To be completed by each person witnessing the signing of a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [sections 13].

Part I - Identification of, and certifications made by, first witness

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I witnessed the signing of the representation agreement by, or on behalf of, the adult.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code].

4. I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) the adult who made the representation agreement was present when I witnessed the representation agreement,
- (c) I understand the type of communication used by the adult who made the representation agreement, or had interpretive assistance to understand that type of communication,
- (d) I am not named in the representation agreement as a representative or an alternate representative,
- (e) I am not a spouse, child, parent, employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or an alternate representative [does not apply to an employee or agent of the Public Guardian and Trustee, or a trust company or credit union], and
- (f) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

signature of witness

date

REPRESENTATION AGREEMENT (SECTION 9)

Made under Section 9 of the *Representation Agreement Act*.

The use of this form is voluntary. Be advised that this form may not be appropriate for use by all persons, as it provides only one option of how a Representation Agreement may be made. In addition, it does not constitute legal advice. For further information, please consult the *Representation Agreement Act* and Representation Agreement Regulation or obtain legal advice.

This form reflects the law at the date of publication. Laws can change over time. Before using this form, you should review the relevant legislation to ensure that there have not been any changes to the legislation or section numbers.

The notes referenced in this Representation Agreement are found at the end of this Agreement and are provided for information only.

1. THIS REPRESENTATION AGREEMENT IS MADE BY ME, THE ADULT:

Full Legal Name of the Adult	Date (YYYY / MM / DD)
Full Address of the Adult	

2. REVOCATION OF PREVIOUS INSTRUMENTS

(See Note 1 – actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement)

(See Note 2 – effect of revocation on previous Representation Agreements)

I revoke all of the following made by me.

- all previous Representation Agreements granting authority under section 7 of the *Representation Agreement Act*;
- all previous Representation Agreements granting authority under section 9 of the *Representation Agreement Act*.

3. REPRESENTATIVE

(See Note 3 – who may be named as Representative)

I name the following person to be my Representative:

Full Legal Name of Representative
Full Address of Representative

4. ALTERNATE REPRESENTATIVE (OPTIONAL)

(See Note 3 – who may be named as Representative)

(Strike out this provision if you do not want to appoint an Alternate Representative.)

If my Representative

- dies,
- resigns in accordance with the *Representation Agreement Act*,
- is my spouse, as defined in the *Representation Agreement Act*, at the time that I make this Representation Agreement, and our marriage or marriage-like relationship subsequently terminates as set out in the *Representation Agreement Act*, or
- becomes incapable,

then I name the following person to be my Alternate Representative:

Full Legal Name of Alternate Representative
Full Address of Alternate Representative

9. SIGNATURES

ADULT AND WITNESS SIGNATURES

ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

Signature of Adult	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE

(See Note 7 – information for witnesses)

WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	
If witness is a lawyer or member of the Society of Notaries Public of British Columbia, check relevant box below: <input type="checkbox"/> lawyer <input type="checkbox"/> member of the Society of Notaries Public of British Columbia	

WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

REPRESENTATIVES' SIGNATURES

(See Note 8 - when a Representative may exercise authority under this Representation Agreement)

REPRESENTATIVE

Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

ALTERNATE REPRESENTATIVE

(Strike out if an Alternate Representative is not appointed.)

Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

**STATUTORY DECLARATON FOR EVIDENCE OF
AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

This statutory declaration may be completed by the adult, the representative, or the alternate representative, as evidence of the authority of the alternate representative to act in place of the representative. This statutory declaration would be completed if one of the circumstances in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative occurs to establish the authority of the alternate representative.

CANADA
PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

IN THE MATTER OF the *Representation Agreement Act* re: a Representation Agreement made by

_____ naming _____ as Representative
name of Adult name of Representative

TO WIT:
I, _____
Name
of _____
Full Address

SOLEMNLY DECLARE THAT:

- a. I am the (*strike out the descriptions that do not apply*):
 - adult who made the representation agreement
 - representative named under the representation agreement
 - alternate representative named under the representation agreement.
- b. One of the circumstances referenced in the Representation Agreement in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative has occurred, specifically (*describe the specific circumstance resulting in the alternate representative having authority to act*):

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME AT

_____ location _____ Declarant's Signature
on _____ date

Signature of Commissioner for taking Affidavits
for British Columbia

Commissioner for taking Affidavits for British Columbia
(Apply stamp, or type or legibly print name of commissioner)

NOTES RESPECTING THIS REPRESENTATION AGREEMENT MADE UNDER SECTION 9 OF THE REPRESENTATION AGREEMENT ACT

The notes provided below are for the purpose of providing information only, and do not constitute legal advice.

These notes are prepared for the purposes of this representation agreement form. They should not be considered a complete description of matters to be taken into account in making a representation agreement. A person making a representation agreement, or acting as a representative or alternate representative, should consult the *Representation Agreement Act* and the Representation Agreement Regulation to ensure that they understand their rights and duties.

NOTE 1: Actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement

To revoke a previous representation agreement, you must also give written notice of the revocation to each representative, each alternate representative, and any monitor named in that representation agreement. Revocation is effective when this notice is given, or on a later date stated in the notice.

NOTE 2: Effect of revocation on previous Representation Agreements

The revocation provision in this representation agreement will do all of the following:

- if you have previously made a section 7 representation agreement that is still effective, it will be revoked;
- if you have previously made a section 9 representation agreement that is still effective, it will be revoked.

NOTE 3: Who may be named as Representative

- (a) This form provides for the naming of one representative and one alternate representative. If you wish to name more than one representative to act at the same time, do not use this form.
- (b) The *Representation Agreement Act* sets out who may be named as a representative. If an individual is appointed, that individual must be 19 years of age or older, and must not be an individual who provides personal care or health care services to the adult for compensation, or who is an employee of a facility in which the adult resides and through which the adult receives personal care or health care services, unless the individual is a child, parent or spouse of the adult.

The information in this note also applies in respect of an alternate representative.

NOTE 4: Statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative

A statutory declaration that may be used is included with this form.

Additional evidence establishing the authority of the alternate representative to act in place of the representative may be required for some purposes.

NOTE 5: What a Representative may and may not do

The authority of a representative appointed under this representation agreement includes the power to give or refuse consent to health care necessary to preserve life.

A representative appointed under this representation agreement must not do any of the following:

- give or refuse consent on the adult's behalf to any type of health care prescribed under section 34 (2) (f) of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- make arrangements for the temporary care and education of the adult's minor children, or any other persons who are cared for or supported by the adult;
- interfere with the adult's religious practices.

(Please note this list may not be complete.)

If you want your representative to be authorized to do the things on the above list, you should obtain legal advice.

In addition, under the *Representation Agreement Act*, a representative:

- may not be authorized to refuse consent to those matters in relation to the *Mental Health Act* set out in section 11 of the *Representation Agreement Act*;
- must not consent to the provision of professional services, care or treatment to the adult for the purposes of sterilization for non-therapeutic purposes;
- must not make or change a will for the adult.

(Please note that this list may not be complete.)

NOTE 6: Consultation with a health care provider

If you choose to include instructions or wishes in your representation agreement about your health care, you may wish to discuss with a health care provider the options and the possible implications of your choices.

NOTE 7: Information for witnesses

(a) The following persons may not be a witness:

- i. A person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
- ii. A spouse, child or parent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
- iii. An employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative, unless the person named as a representative or alternate representative is a lawyer, a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia, or the Public Guardian and Trustee of British Columbia;
- iv. A person who is under 19 years of age;
- v. A person who does not understand the type of communication used by the adult unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.

(b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.

(c) Section 30 of the *Representation Agreement Act* provides for a number of reasons to object to the making and use of a representation agreement. If you believe that you have grounds to make an objection at this time, you should not witness the representation agreement and you may report your objection to the Public Guardian and Trustee of British Columbia.

NOTE 8: When a Representative may exercise authority under this Representation Agreement

Before a person may exercise the authority of a representative under a representation agreement, that person must sign the representation agreement.



ADVANCE DIRECTIVE

Made under the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*

The use of this form is voluntary. Before completing this Advance Directive, it is advisable to obtain legal advice and the advice of a health care provider about the possible implications of this Advance Directive, and your choices about the types of health care for which you might give or refuse consent under this Advance Directive.

The notes referenced in this Advance Directive are found at the end of this Advance Directive and are provided for informational purposes only. (See Note 1 – limitations on the effect of this Advance Directive.)

1. THIS IS THE ADVANCE DIRECTIVE OF THE "ADULT":

Full Legal Name of the Adult		Date (YYYY / MM / DD)	
Full Address of the Adult			
Date of Birth (YYYY / MM / DD)		(OPTIONAL) Personal Health (CareCard) Number	

2. REVOCATION OF PREVIOUS ADVANCE DIRECTIVES:

I revoke all previous Advance Directives made by me.

3. CONSENT TO HEALTH CARE AND REFUSAL OF CONSENT TO HEALTH CARE:

If I need health care and I am not capable of giving or refusing consent to the health care at the time the health care is required,

I give the following instructions:

[Note: If a health care decision is required while you are incapable but the type of health care is not addressed in this Advance Directive, the decision will be made by a substitute decision maker.]

I consent to the following health care:

I refuse to consent to the following health care:

4. ACKNOWLEDGMENTS

I know that as a result of making this Advance Directive

- a. I will not be provided with any health care for which I refuse consent in this Advance Directive, and
- b. No one will be chosen to make decisions on my behalf in respect of any health care matters for which I give or refuse consent in this Advance Directive.

(See Note 1 – limitations on the effect of this Advance Directive)

5. SIGNATURES

ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

	Date Signed (YYYY / MM / DD)
--	------------------------------

WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE - SEE NOTE 2, INFORMATION FOR WITNESSES

WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or notary public.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

NOTES RESPECTING ADVANCE DIRECTIVES

The notes provided below are for the purposes of providing information only.

These notes should NOT be considered complete: a person making an Advance Directive should consult the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act* to ensure that they understand their rights and duties.

NOTE 1: LIMITATIONS ON THE EFFECT OF THIS ADVANCE DIRECTIVE

Note that the effect of this Advance Directive and the giving and refusing of consent under it is subject to the limitations set out in sections 19.2 (2), 19.3 (1) and 19.8 of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*.

NOTE 2: INFORMATION FOR WITNESSES

- (a) The following persons may not be a witness:
 - i. A person who provides personal care, health care or financial services to the adult for compensation, other than a lawyer or notary public;
 - ii. A spouse, child, parent, employee or agent of a person described in paragraph (a);
 - iii. A person who is under 19 years of age;
 - iv. A person who does not understand the type of communication used by the Adult, unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or notary public.
- (c) You should not witness the Advance Directive if you have reason to believe that
 - i. the Adult is incapable of making, changing or revoking an Advance Directive, or
 - ii. fraud, undue pressure or some other form of abuse or neglect was used to induce the Adult to make the Advance Directive, or to change or revoke a previous Advance Directive.

Recursos

Planificación anticipada de atención

Para obtener más información sobre planificación anticipada de atención, visite:

SeniorsBC - www.gov.bc.ca/advancecare

HealthLink BC (www.healthlinkbc.ca) y busque sobre planificación anticipada de atención, o llame al 8-1-1.

Su autoridad sanitaria local:

Fraser Health - https://www.fraserhealth.ca/health-topics-a-to-z/advance-care-planning#.Ylg_kihBxPZ

Interior Health - www.interiorhealth.ca/YourCare/PalliativeCare/ToughDecisions/Pages/Advance-Care-Planning.aspx

Island Health - <https://www.islandhealth.ca/our-services/advance-care-planning>

Northern Health - www.northernhealth.ca/health-topics/advance-care-planning

Vancouver Coastal Health - www.vch.ca/public-health/health-topics-a-z/topics/advance-care-planning

Legislación

Para obtener información sobre la legislación de planificación de incapacidad de Columbia Británica, visite:

www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning

Planificación personal

The Public Guardian and Trustee - www.trustee.bc.ca/services/services-to-adults/Pages/personal-planning.aspx

Nidus Personal Planning Resource Centre - www.nidus.ca

Necesidades legales

Si necesita un abogado, la sucursal de Columbia Británica del Colegio de Abogados de Canadá

opera el Servicio de Referencia de Abogados. Para obtener más información, visite: www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer_referral.aspx

Necesidades de atención médica

The British Columbia College of Family

Los médicos brindan sugerencias sobre cómo encontrar un médico de familia en:

bccfp.bc.ca/for-the-public/find-a-family-doctor

Mi nombre completo es _____

En caso de emergencia llamar a:

_____ (nombre) _____ (teléfono)

Mi proveedor de atención médica es _____

Tengo un plan anticipado de atención

con un acuerdo de representación [sec 7 sec 9]

con una directiva anticipada

Soy donante de órganos

Mis papeles importantes se encuentran en _____

