<DATE>

<Member Name>

<Member Address>

<City, State, Zip Code>

Estimado/a <Member Name>:

Se adjunta el formulario de directiva anticipada de atención médica de Minnesota. Este formulario le permite anotar sus deseos de atención médica para que se conozcan si usted se enferma gravemente o no puede hablar por sí mismo. Nombrar a un agente de atención médica y anotar sus instrucciones son la mejor forma de asegurarse de que se conozcan sus deseos y de que sus médicos y familiares los respeten. Tómese un tiempo y lea este formulario. Luego, llámeme si tiene alguna pregunta.

Es fácil completar el formulario de directiva anticipada sobre la atención médica de Minnesota. Tiene tres partes:

* En la **parte 1** podrá nombrar a una persona para tomar decisiones en su nombre sobre la atención médica si un médico considera que usted no puede hacerlo. Esta persona se denomina agente de atención médica.
* La **parte 2** le permite anotar sus deseos o instrucciones de atención médica. De esa manera, los médicos y otras personas pueden tomar decisiones basadas en sus deseos y preferencias.
* En la **parte 3** simplemente deberá firmar y fechar el formulario.

A continuación encontrará otras cosas para recordar con relación a la directiva anticipada sobre la atención médica:

* Es su elección completar este formulario. Si no tiene un formulario, de todas maneras los médicos lo atenderán.
* No necesita un abogado para completar el formulario. Sin embargo, debe firmarlo frente a dos testigos o un notario.
* Puede modificar el formulario en cualquier momento.

Cuando termine de completar el formulario y lo firme, entregue copias a su agente de atención médica, cónyuge, médico, enfermero, familiares o amigos cercanos. Luego, hable con estas personas sobre sus opciones. Asegúrese de conservar el formulario original en un lugar seguro que otras personas puedan encontrar con facilidad.

Llámeme si tiene alguna pregunta. Nuestro horario de atención es de <8:00 am to 4:30 pm>. Mi número de teléfono es <CC Phone Number>. Si usa TTY, llame al 711.

Atentamente,

<Care Coordinator's Name, Title>

Coordinador de atención médica de Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

H2425\_001\_102417\_JJ01 Aprobado internamente 10/24/2017

DHS\_102417\_JJ02 Aprobado internamente 10/24/2017