People's Memorial Association
Funeral Advocacy & Education since 1939

¿Tiene todos sus asuntos en orden?

Marque las casillas de lo que haya completado.
Facilite los datos de su familia en este documento.

Salud	Finanzas	Muerte
☐ **POLST/DNR** Órden médica para el soporte vital	☐ **Testamento O Fideicomiso**	☐ **Autorización de disposición** Entierro/Cremación/ Aquamación/Reducción orgánica natural + Lote/Nicho/Esparcimiento
☐ **Documento de voluntad anticipada sobre atención médica**	☐ **Albacea O Fiduciario**	☐ **Estadísticas vitales/ Formulario de planificación** Información para el certificado de defunción, obituario, servicio, conmemoraciones
☐ **Documento de voluntad anticipada sobre salud mental**	☐ **LO MÁS IMPORTANTE** **He compartido toda esta información con mi familia/amistades/abogado**	☐ **Agente designado** ¿Quién se encargará de los preparativos del funeral?
☐ **Poder permanente** para la ATENCIÓN MÉDICA	☐ **Poder permanente** para LAS FINANZAS	☐ **Fondos para los arreglos** ¿Dónde está el $$?
☐ **Registro del testamento vital** **Done vida hoy** (si se desea donación)	☐ **Lista de contraseñas** Cuentas Pólizas	☐ **Servicio de almacenamiento de documentos** Conservar electrónicamente documentos con PMA

People's Memorial Association
2011[1st] Ave N, Seattle, WA 98109
206.325.0489 info@peoplesmemorial.org

© 2022 People's Memorial Association www.peoplesmemorial.org
REPRODUCCIÓN PARA USO PERSONAL SOLAMENTE – NO SE AUTORIZA EL USO COMERCIAL

En caso de que necesite atención médica de urgencia, quede incapacitado o fallezca, facilito esta información a las personas que se ocuparán de mis asuntos.

Mi nombre legal completo: _____

Alias: _____

Dirección postal: _____

Dirección: _____
(Si es diferente a la dirección postal)

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico de cabecera: _____ Teléfono:_____

Dirección del médico: _____

Preferencia de hospital: _____

Número de Medicare: _____ Número de afiliación de atención médica VA: _____

Compañía de seguro médico: _____Número de póliza: _____

Problemas de salud graves: _____

Alergias: _____

VOLUNTADES ANTICIPADAS

Yo ____ **he** ____ **no he** formalizado un **poder permanente para la atención médica**.

He nombrado a _____Tel.: _____ para que sea el responsable

de la toma de decisiones de atención médica y he seleccionado a _____
Tel.: _____ como suplente.
El documento original se encuentra en: _____

Yo ____ **he** ____ **no he** formalizado **instrucciones para los médicos (Testamento vital)**.

El documento original se encuentra en:

© 2022 People's Memorial Association www.peoplesmemorial.org
REPRODUCCIÓN PARA USO PERSONAL SOLAMENTE – NO SE AUTORIZA EL USO COMERCIAL

INFORMACIÓN LEGAL

Yo ____ **he** ____ **no he** formalizado un **poder permanente general.**

He nombrado a _____ Teléfono:_____ para que actúe en mi nombre en relación con mis asuntos personales y financieros. El documento original se encuentra en: _____

Yo ____ **he** ____ **no he** formalizado un **Testamento y última voluntad.**

El testamento original se encuentra en: _____

Yo ____ **he** ____ **no he** formalizado un **acuerdo de propiedad conyugal.**

El original se encuentra: _____

Nombre del abogado: _____ Tel.: _____

Dirección: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Cuentas de cheques/ahorros

Nombre del banco: _____Número de cuenta: _____
Nombres en la cuenta: _____
¿Caja de seguridad? ___ **Sí** ___**No** Ubicada en el banco: _____
Persona(s) con acceso autorizado: _____
Ubicación de la llave: _____ Contenido: _____

Cuentas de jubilación

Ubicación: _____ Número de cuenta:_____
Tipo de cuenta (Roth, 401(k) etc): _____

Cuentas de inversiones

Empresa de corretaje: _____ Número de cuenta: _____
Nombre del asesor de inversiones: _____Teléfono: _____
Ubicación de los registros de inversión: _____
Información sobre pensiones: _____
Compañía de seguros de vida: _____ Número de póliza: _____
Ubicación de la póliza original:_____
Otro tipo de seguro:_____
Propiedad inmobiliaria/Otros datos: _____
Nombre del contador: _____Tel.: _____
Ubicación de los registros y declaraciones de impuestos:
_____

© 2022 People's Memorial Association www.peoplesmemorial.org
REPRODUCCIÓN PARA USO PERSONAL SOLAMENTE – NO SE AUTORIZA EL USO COMERCIAL

CIBERESPACIO

Ubicación de las contraseñas de la computadora: _____

DISPOSICIÓN FINAL

Estoy afiliado a **People's Memorial Association**(**PMA)** (206-325-0489)

Mi número de afiliación **PMA** es: _____

En caso de mi fallecimiento, comuníquese con la funeraria _____ para que transporte mi cuerpo y se encargue de los preparativos. El teléfono de la funeraria es _____

Visite ***www.peoplesmemorial.org*** *o llame a* ***la línea de información sobre el momento del fallecimiento de PMA: 1-888-762-2762 para obtener una lista actualizada de las funerarias contratadas por PMA***

Si falleciera fuera del Estado de Washington o del norte de Idaho, la afiliación PMA puede ser honrada por otras filiales de Funeral Consumer's Alliance en los EE.UU. No todas las filiales tienen funerarias contratadas. Para consultar la lista de filiales por estado, visite ***www.funerals.org***.

Yo _____ **he** _____ **no he** llenado una **autorización de disposición** que permita mis preparativos finales. El original se encuentra: _____

Yo _____ **he** _____ **no he** llenado un **formulario de planificación** sobre mis preparativos finales y estadísticas vitales. El original se encuentra: _____

Yo _____ **he** _____ **no he** llenado un formulario de **agente designado** otorgando facultad a una persona específica que se encargue de mis preparativos finales. El original se encuentra: _____

Yo _____ **he** _____ **no he** pagado por adelantado servicios funerales con (funeraria o compañía de seguros - ***no*** *disponible a través de PMA*): _____

Los documentos originales relativos a este prepago se encuentran: _____

Yo _____ **he** _____ **no he** archivado mis documentos de planificación funeral con el servicio de archivo de documentos de PMA

En general, mis deseos son ____ **cremación** ____ **entierro** Otro: _____

He designado una determinada cuenta bancaria o póliza de seguro para cubrir mis gastos funerarios:

_____

Yo ____ **soy** ____ **no soy** donante de órganos/tejidos.

Firmado: _____ Fecha: _____

Este documento tiene carácter meramente informativo y no es jurídicamente vinculante. Por favor, compártalo con su familia.

© 2022 People's Memorial Association www.peoplesmemorial.org
REPRODUCCIÓN PARA USO PERSONAL SOLAMENTE – NO SE AUTORIZA EL USO COMERCIAL