

DIRECTIVAS ANTICIPADAS  
MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA

Yo, \_\_\_\_\_, hago conocer mis deseos de manera voluntaria y deliberada en caso de que yo sea incapaz de tomar decisiones informadas, del siguiente modo:

Entiendo que mi directiva anticipada puede incluir la selección de un agente así como la especificación de mis opciones relacionadas con cuidados de salud. El término “cuidados de salud” significa el suministro de servicios a cualquier individuo con el fin de prevenir, aliviar, curar o sanar una enfermedad, lesión o discapacidad física humana, incluyendo, pero sin limitarse, a los siguientes: medicamentos; cirugía; transfusiones de sangre; quimioterapia; terapia de radiación; ingreso a un hospital, residencias de atención personalizada, u otra instalación de cuidados de salud; tratamiento psiquiátrico o cualquier otro tratamiento de salud mental; y cuidados paliativos y procedimientos para prolongar la vida.

La frase “incapaz de tomar una decisión informada” significa no poder entender la naturaleza, el grado y las consecuencias probables de una decisión propuesta de cuidados de salud, o no poder realizar una evaluación razonable de los riesgos y beneficios de una decisión propuesta de cuidados de salud al hacer la comparación con los riesgos y beneficios de las alternativas para dicha decisión, o no poder comunicar dicho entendimiento de ningún modo.

La determinación de que soy incapaz de tomar una decisión informada será hecha por mi médico a cargo y por un segundo médico o psicólogo clínico autorizado después de un examen individual de mi persona, y será certificada por escrito. El segundo médico o psicólogo clínico autorizado no participará en mi tratamiento de ningún otro modo en ese momento, a menos que dicho médico independiente o psicólogo clínico autorizado no esté razonablemente disponible. Dicha certificación será requerida antes de proporcionar, continuar, retener o suspender cuidados de salud, antes de que cualquier agente designado reciba la autoridad para tomar decisiones de cuidados de salud en mi nombre, y antes (o lo más pronto posible que se pueda realizar razonablemente después) de proporcionar, continuar, retener o suspender cuidados de salud y cada 180 días posteriormente mientras continúe la necesidad de los cuidados de salud.

Si se determina en cualquier momento que soy incapaz de tomar una decisión informada, seré notificado, hasta el grado en que yo pueda recibir dicha notificación, que se ha llegado a dicha determinación antes de proporcionar, continuar, retener o suspender cuidados de salud. Dicha notificación también será proporcionada, tan pronto como sea práctico hacerlo, a mi agente designado o persona autorizada para tomar decisiones de cuidados de salud en mi nombre según el párrafo § 54.1-2986. Si un médico determina por escrito posteriormente que soy capaz de tomar una decisión informada, después de examinarme personalmente, las decisiones futuras de cuidados de salud requerirán mi consentimiento informado.

**OPCIÓN 1: DESIGNACIÓN DE UN AGENTE (TACHE COMPLETAMENTE LAS OPCIONES 1 Y 2 SI NO DESEA DESIGNAR A UN AGENTE PARA QUE TOME DECISIONES DE CUIDADOS DE SALUD EN SU NOMBRE).**

Yo designo por este medio a \_\_\_\_\_ (agente primario),  
quien reside en (dirección y teléfono)

\_\_\_\_\_,  
como mi agente para tomar decisiones de cuidados de salud en mi nombre según lo autorice

este documento.

Si \_\_\_\_\_ no se encuentra razonablemente disponible o no puede o no está dispuesto a actuar como agente mío, entonces designo a (agente sucesor), en (dirección y teléfono)

\_\_\_\_\_, para actuar en dicha capacidad.

Otorgo por este medio a mi agente, nombrado arriba, autoridad y poder legal completo para tomar decisiones de cuidados de salud en mi nombre tal como se describe abajo en caso de que se haya determinado que yo soy incapaz de tomar una decisión informada. La autoridad de mi agente por el presente documento es efectiva mientras yo sea incapaz de tomar una decisión informada.

Al ejercer el poder para tomar decisiones de cuidados de salud en mi nombre, mi agente deberá obedecer los deseos y preferencias estipuladas en este documento, o que mi agente conozca a través de otro medio. Mi agente se guiará con base en mi diagnóstico y pronóstico médicos, y por cualquier información dada por mis médicos con respecto a la intrusión, el dolor, los riesgos y los efectos secundarios asociados con el tratamiento o con la falta de tratamiento. Mi agente no tomará decisiones sobre mis cuidados de salud que sepa, o que debería de saber después de indagar razonablemente, que se opongan a mis creencias religiosas o a mis valores básicos, sean éstos manifestados de manera oral o por escrito. Si mi agente no puede determinar qué opción de cuidados de salud hubiera tomado yo en mi propio nombre, entonces mi agente deberá seleccionar una opción en mi nombre basándose en lo que él crea que me conviene más.

## OPCIÓN 2: PODERES DE MI AGENTE (TACHE COMPLETAMENTE EL LENGUAJE QUE NO DESEA Y AGREGUE CUALQUIER LENGUAJE QUE DESEA).

Los poderes de mi agente incluirán lo siguiente:

- A. Consentir, rechazar o retirar su consentimiento a cualquier tipo de tratamiento de cuidados de salud, procedimiento quirúrgico, procedimiento de diagnóstico, medicamento y el uso de procedimientos mecánicos y de otro tipo que afecten cualquier función corporal, incluyendo y sin limitarse a la respiración artificial, la nutrición y la hidratación administradas artificialmente, y la resucitación cardiopulmonar. Esta autorización incluye específicamente el poder de consentir a la administración de dosis de medicamentos para aliviar el dolor que excedan las dosis recomendadas en cantidades suficientes para reducir el dolor, aun si dichos medicamentos implican el riesgo de adicción o de acelerar mi muerte inadvertidamente;
- B. Solicitar, recibir y revisar cualquier información, verbal o escrita, sobre cualquier condición de salud física o mental, incluyendo y sin limitarse a expedientes médicos y hospitalarios, y consentir a la transmisión de esta información;
- C. Emplear y despedir a mis proveedores de cuidados de salud;
- D. Autorizar mi ingreso o alta (incluyendo la transferencia a otra instalación) de cualquier hospital, hospicio (residencia para enfermos terminales), hogares geriátricos y de convalecencia, residencias de atención personalizada o cualquier otra instalación médica de cuidados de salud. Si he autorizado el ingreso a una instalación de cuidados

de salud para el tratamiento de la salud mental, esta autorización aparece indicada en otra parte de esta directiva anticipada.

- E. Autorizar cualquier ingreso a una instalación de cuidados de salud para el tratamiento de una enfermedad mental por un máximo de 10 días del calendario, siempre y cuando yo no proteste por el ingreso y un médico del personal de la instalación propuesta para el ingreso, o designado por la misma, me examine y declare por escrito que padezco de una enfermedad mental y que soy incapaz de tomar decisiones informadas sobre mi ingreso, y que necesito recibir tratamiento en la instalación; y autorizar mi alta (incluyendo la transferencia a otra instalación) de la instalación;
- F. Autorizar mi ingreso a una instalación de cuidados de salud para el tratamiento de una enfermedad mental por un máximo de 10 días del calendario, aun por encima de mis protestas, si un médico del personal de la instalación propuesta para el ingreso, o designado por la misma, me examina y declara por escrito que padezco de una enfermedad mental y que soy incapaz de tomar una decisión informada sobre mi ingreso, y que necesito recibir tratamiento en la instalación; y autorizar mi alta (incluyendo la transferencia a otra instalación) de la instalación. (Mi médico o psicólogo clínico autorizado afirma por este medio que soy capaz de tomar una decisión informada y que entiendo las consecuencias de esta estipulación de mis directivas anticipadas:  
\_\_\_\_\_);
- G. Autorizar los tipos específicos de cuidados de salud identificados en esta directiva anticipada (especifique la referencia cruzada con otras secciones de la directiva) aun por encima de mis protestas. (Mi médico o psicólogo clínico autorizado afirma por este medio que soy capaz de tomar una decisión informada y que entiendo las consecuencias de esta estipulación de mi directiva anticipada:  
\_\_\_\_\_);
- H. Continuar actuando como mi agente, aun en caso de que yo proteste en contra de la autoridad de mi agente después de que se haya determinado que soy incapaz de tomar decisiones informadas;
- I. Autorizar mi participación en cualquier estudio de cuidados de salud aprobado por una junta de revisión institucional o comité de revisión de investigaciones de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables que ofrezca una probabilidad de beneficio terapéutico para mí;
- J. Autorizar mi participación en cualquier estudio de cuidados de salud aprobado por una junta de revisión institucional o comité de revisión de investigaciones de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables que tenga el fin de aumentar los conocimientos científicos sobre cualquier estado de salud en el que yo me pudiera encontrar o que promueva el bienestar de los seres humanos, aun si éste no ofrece ninguna posibilidad de beneficiarme directamente;
- K. Tomar decisiones sobre las visitas en cualquier momento en el que me encuentre ingresado en cualquier instalación de cuidados de salud, de manera consistente con las siguientes instrucciones:  
\_\_\_\_\_); y
- L. Ejercer cualquier acción legal que pudiera ser necesaria para llevar a cabo estas decisiones, incluyendo el otorgamiento de liberaciones de responsabilidad a

proveedores médicos. Además, mi agente no será responsable por los costos de cuidados de salud según esta autorización, basándose únicamente en la misma.

**OPCIÓN 3: INSTRUCCIONES DE CUIDADOS DE SALUD (TACHE COMPLETAMENTE LOS PÁRRAFOS A y/o B SI NO DESEA DAR INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS ADICIONALES SOBRE SUS CUIDADOS DE SALUD).**

A. Pido específicamente recibir los siguientes cuidados de salud si éstos son apropiados desde el punto de vista médico bajo las circunstancias que sean determinadas por mi médico a cargo:

---

---

---

B. Pido específicamente que no me proporcionen los siguientes cuidados de salud bajo las siguientes circunstancias (usted puede especificar que los cuidados de salud no sean proporcionados bajo ninguna circunstancia):

---

---

---

**OPCIÓN 4: INSTRUCCIONES DE FINAL DE VIDA (TACHE COMPLETAMENTE ESTA OPCIÓN SI NO DESEA DAR INSTRUCCIONES SOBRE SUS CUIDADOS DE SALUD EN CASO DE PADECER DE UN ESTADO DE SALUD TERMINAL).**

Si, en cualquier momento, mi médico a cargo determina que padezco un estado de salud terminal para el que la aplicación de procedimientos que prolongan la vida, incluyendo respiración artificial, resucitación cardiopulmonar, nutrición e hidratación administradas artificialmente, serviría únicamente para prolongar artificialmente el proceso de morir, pido que dichos procedimientos sean retenidos o suspendidos, y que se me permita morir de manera natural sólo con la administración de medicamentos o la ejecución de cualquier procedimiento médico que se considere necesario con el fin de proporcionar cuidados para mi comodidad o para aliviar el dolor.

**OPCIÓN A:** Otras instrucciones sobre procedimientos para prolongar la vida. (Si desea proporcionar sus propias directivas, o si desea agregar algo a las directivas que ha especificado arriba, usted puede hacerlo aquí. Si desea dar instrucciones específicas sobre ciertos procedimientos para prolongar la vida, como por ejemplo la respiración artificial, la resucitación cardiopulmonar, o la nutrición e hidratación administradas artificialmente, es aquí donde debe escribirlas). Pido que:

---

---

---

---

---

OPCIÓN B: Mis instrucciones adicionales sobre mis cuidados en caso de padecer un estado de salud terminal son las siguientes:

---

---

---

Si carezco de la habilidad de dar instrucciones sobre el uso de dichos procedimientos para prolongar la vida, deseo que esta directiva anticipada sea obedecida por mi familia y mi médico como última expresión de mi derecho legal de rechazar cuidados de salud y como aceptación de las consecuencias de dicho rechazo.

**OPCIÓN 5: DESIGNACIÓN DE UN AGENTE PARA HACER UNA DONACIÓN ANATÓMICA O UNA DONACIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS U OJOS (TACHE COMPLETAMENTE SI NO DESEA DESIGNAR A UN AGENTE PARA QUE HAGA DONACIONES ANATÓMICAS O DONACIONES DE ÓRGANOS, TEJIDOS U OJOS EN SU NOMBRE).**

En el momento de fallecer, pido que se permita hacer una donación anatómica de todo mi cuerpo o de ciertos órganos, tejidos u ojos de conformidad con el Artículo 2 (§ 32.1 -289.2 et seq.) del Capítulo 8 del Título 32.1 y de conformidad con mis instrucciones, si las hay. Por este medio designo a \_\_\_\_\_ como agente mío, quien reside en (dirección y número de teléfono)

---

para que haga dicha donación anatómica o donación de órganos, tejidos y ojos después de mi muerte. Además, pido que: (instrucciones del declarante sobre la donación anatómica o la donación de órganos, tejidos u ojos).

---

Esta directiva anticipada no se terminará en caso de que yo pierda mi capacidad.

**AFIRMACIÓN Y DERECHO DE REVOCAR:** Al firmar abajo, indico que soy emocionalmente y mentalmente capaz de elaborar esta directiva anticipada y que entiendo el propósito del efecto de este documento. Entiendo que puedo revocar todas las partes de este documento o cualquiera de ellas en cualquier momento (i) mediante una declaración escrita firmada y fechada; (ii) mediante la cancelación física o destrucción de esta directiva anticipada por mí mismo o pidiéndole a alguien más que la destruya en mi presencia; o (iii) mediante mi comunicación oral de mi intención de revocarla.

---

(Firma del Declarante)

(Fecha)

El declarante firmó la directiva anticipada anterior en mi presencia.

(Testigo)

---

(Testigo)

---

