

DIRECTIVAS MÉDICAS ANTICIPADAS DE VIRGINIA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Yo, _____, por voluntad propia

Nombre en letra de imprenta de quien firma estas directivas anticipadas para el cuidado de la salud (Declarante)
(Printed Name of Individual Making This Advance Directive for Health Care (Declarant))

hago conocer a continuación mis deseos en caso de ser incapaz de tomar decisiones fundadas en cuanto al cuidado de mi salud:

(PUEDE INCLUIR CUALQUIERA DE LAS DISPOSICIONES DE LAS SECCIONES I Y II QUE APARECEN A CONTINUACIÓN.)

SECCIÓN I: DESIGNACIÓN Y PODERES DE MI AGENTE

(TACHE ESTA SECCIÓN SI NO DESEA DESIGNAR A NINGÚN AGENTE PARA QUE TOME DECISIONES EN SU NOMBRE EN CUANTO AL CUIDADO DE SU SALUD).

A. Designación de mi agente

Por este medio designo a _____
Nombre de agente principal (Name of Primary Agent) Dirección de correo electrónico (E-mail Address)

Domicilio particular (Home Address)

Número telefónico (Telephone Number)

como mi agente para tomar decisiones a nombre mío sobre el cuidado de mi salud según lo autoriza este documento.

Si el agente principal nombrado anteriormente no se encontrara razonablemente disponible o no pudiera o no estuviera dispuesto a actuar como mi agente, entonces designo para actuar en calidad de agente sucesor a:

Nombre del agente sucesor (Name of Successor Agent)

Dirección de correo electrónico (E-mail Address)

Domicilio particular (Home Address)

Número telefónico (Telephone Number)

Otorgo a mi agente facultad plena para tomar decisiones a nombre mío sobre el cuidado de mi salud tal como se describe abajo. Mi agente tendrá esta facultad cuando se haya determinado que yo soy incapaz de tomar una decisión fundada y mientras yo siga en ese estado.

Cuando tome decisiones en nombre mío sobre el cuidado de mi salud, deseo que mi agente cumpla mis deseos y preferencias tal como están estipulados en este documento o que mi agente conozca por otro medio. Si mi agente no puede determinar qué tipo de cuidado de salud hubiera elegido yo, entonces deseo que escoja una opción en nombre mío según lo que él/ella crea sea más conveniente para mí.

B. Poderes de mi agente

[SI DESIGNÓ A UN AGENTE ARRIBA, PODRÁ OTORGARLE LOS PODERES QUE SE SUGIEREN A CONTINUACIÓN. PODRÁ TACHAR CUALQUIERA DE LOS PODERES ENUMERADOS ABAJO QUE NO DESEE DARLE A SU AGENTE Y AGREGAR OTROS QUE SÍ DESEE OTORGARLE.]

Los poderes de mi agente incluirán lo siguiente:

1. Consentir, negar o retirar su consentimiento a cualquier tipo de asistencia médica como, por ejemplo, respiración artificial (respirador), nutrición parenteral (alimentación por sonda) e hidratación (administración líquidos por vía intravenosa), etc., y de reanimación cardiopulmonar (RCP). Esta autorización incluye específicamente el poder de consentir a la administración de analgésicos que excedan las dosis recomendadas en cantidades suficientes para reducir el dolor. Esto se aplicará incluso si dichos medicamentos implicasen el riesgo de adicción o de acelerar mi muerte inadvertidamente.
2. Solicitar, recibir y revisar todo tipo de información escrita u oral sobre el estado de mi salud física o

mental, como por ejemplo, historia clínica, registro de enfermos y consentir a la divulgación de esta información según sea necesario para cumplir mis instrucciones tal como se expresa en esta directiva anticipada.

3. Emplear y despedir a mis proveedores de cuidados de salud.
4. Autorizar mi ingreso a, traslado a o alta de hospitales, residencias para enfermos terminales, hogares geriátricos y de convalecencia, residencias de atención personalizada o cualquier otro centro médico.
5. Autorizar mi ingreso a un centro médico para recibir tratamiento de una enfermedad mental según lo permita la ley. (Si tengo otras instrucciones para mi agente con respecto al tratamiento de las enfermedades mentales, están expresadas en otro documento.)
6. Seguir desempeñándose como mi agente si me opusiera a su autoridad después de que se haya determinado que soy incapaz de tomar decisiones fundadas.
7. Autorizar mi participación en cualquier estudio médico aprobado por una junta o comité de ética en investigaciones conforme a las leyes federales y estatales pertinentes si el estudio ofrece la posibilidad de un beneficio terapéutico directo para mí.
8. Autorizar mi participación en cualquier estudio médico aprobado por una junta o comité de ética en investigaciones conforme a las leyes federales y estatales pertinentes 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 las personas, aunque éste no ofrezca ninguna posibilidad de beneficiarme a mí directamente.
9. Tomar decisiones sobre las visitas en cualquier momento que me encuentre internado en un centro médico, conforme a las siguientes instrucciones:

10. Ejecutar toda acción legítima que pueda ser necesaria para cumplir estas decisiones como, por ejemplo, conceder a los proveedores de atención médica la exención de responsabilidad.
11. Donar mi cuerpo o mis órganos para trasplantes, tratamientos, investigaciones o educación.

OTROS PODERES, SI LOS HUBIERA: _____

SECCIÓN II: INSTRUCCIONES SOBRE EL CUIDADO DE MI SALUD

[PUEDE USAR CUALQUIERA DE LAS PARTES DE ESTA SECCIÓN, 1, 2 Ó 3, O TODAS, PARA DAR INSTRUCCIONES SOBRE LOS CUIDADOS DE SU SALUD AUNQUE NO TENGA AGENTE. SI PREFIERE NO DAR INSTRUCCIONES ESCRITAS, LAS DECISIONES SE TOMARÁN SEGÚN SUS VALORES Y DESEOS, SI SE CONOCEN, Y DE LO CONTRARIO, SEGÚN LO QUE SEA MÁS CONVENIENTE PARA USTED.]

1. Doy las siguientes instrucciones en caso de que mi médico de cabecera determine que mi muerte es inminente (está por suceder pronto) y los tratamientos médicos ya no me ayudarán a recuperarme:

[MARQUE SÓLO 1 CASILLA EN LA PARTE 1.]

- No deseo ningún tratamiento para prolongar la vida. Esto incluye alimentación por sonda, administración de líquidos por vía intravenosa, reanimación cardiopulmonar (RCP), conexión a un respirador, diálisis renal o la administración de antibióticos. Comprendo que de todos modos seguiré recibiendo tratamientos para reducir el dolor y hacerme sentir bien. (O, BIEN)
- Deseo recibir todos los tratamientos que prolonguen la vida durante todo el tiempo posible dentro de los límites de asistencia médica generalmente aceptados. Comprendo que recibiré tratamientos para reducir el dolor y hacerme sentir bien. (O, BIEN)
- [AQUÍ PUEDE ESCRIBIR INSTRUCCIONES SOBRE EL CUIDADO DE SU SALUD CUANDO ESTÉ MURIENDO, COMO INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS SOBRE LOS TRATAMIENTOS QUE DESEA RECIBIR, SI FUERAN APROPIADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO, O LOS QUE NO DESEA RECIBIR. ES IMPORTANTE QUE ESTAS INSTRUCCIONES NO CONTRADIGAN LAS DEMÁS INSTRUCCIONES QUE YA HAYA DADO EN ESTAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS.]*
-

2. Doy las siguientes instrucciones si mi estado hace que pierda la conciencia o no me permita la interacción con los demás y sea bastante probable que no vaya a recobrar la conciencia o las facultades ni siquiera con tratamientos médicos:

[MARQUE SÓLO 1 CASILLA EN LA PARTE 2.]

- No deseo ningún tratamiento para prolongar la vida. Esto incluye alimentación por sonda, la administración de líquidos por vía intravenosa, la reanimación cardiopulmonar (RCP), conexión a un respirador, diálisis renal o la administración de antibióticos. Comprendo que de todos modos seguiré recibiendo tratamientos para reducir el dolor y hacerme sentir bien. (O, BIEN)
- Deseo recibir todos los tratamientos que prolonguen la vida durante todo el tiempo posible dentro de los límites de asistencia médica generalmente aceptados. Comprendo que recibiré tratamientos para reducir el dolor y hacerme sentir bien. (O, BIEN)
- Deseo probar tratamientos durante un tiempo con la esperanza de tener una mejoría. Sugiero _____ como el tiempo tras el cual dicho tratamiento debería interrumpirse si no he tenido ninguna mejoría. El tiempo exacto queda a criterio de mi agente o sustituto luego de haberlo consultado con mi médico. Comprendo que de todos modos seguiré recibiendo tratamientos para reducir el dolor y hacerme sentir bien. (O, BIEN)
- [AQUÍ PUEDE ESCRIBIR INSTRUCCIONES SOBRE EL CUIDADO DE SU SALUD PARA CUANDO YA NO PUEDA RELACIONARSE CON LOS DEMÁS Y SE CREA QUE NO PODRÁ RECUPERAR ESTA FACULTAD. ESTO INCLUYE INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS SOBRE LOS TRATAMIENTOS QUE DESEA RECIBIR, SI FUERAN APROPIADOS DESDE EL PUNTO*

DE VISTA MÉDICO, O LOS QUE NO DESEA RECIBIR. ES IMPORTANTE QUE ESTAS INSTRUCCIONES NO CONTRADIGAN LAS DEMÁS INSTRUCCIONES QUE YA HAYA DADO EN ESTA DIRECTIVA ANTICIPADA.]

3. Doy estas otras instrucciones sobre el cuidado de mi salud:

[AQUÍ PUEDE ESCRIBIR DECLARACIONES E INSTRUCCIONES SOBRE LOS TRATAMIENTOS QUE DESEA RECIBIR, SI FUERAN APROPIADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO, O SOBRE TRATAMIENTOS QUE NO DESEA RECIBIR ANTE CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS O GENERALES. ES IMPORTANTE QUE ESTAS INSTRUCCIONES NO CONTRADIGAN LAS DEMÁS INSTRUCCIONES QUE YA HAYA DADO EN ESTA DIRECTIVA ANTICIPADA.]

AFIRMACIÓN Y DERECHO DE REVOCACIÓN: Con mi firma a continuación, indico que comprendo este documento y que cumplo con sus formalidades por voluntad propia. También entiendo que puedo revocar parte de este documento o su totalidad en cualquier momento conforme a lo que estipule la ley.

Fecha (Date)

Firma del declarante (Signature of Declarant)

El declarante firmó las directivas anticipadas anteriores en mi presencia. *[SE REQUIEREN DOS TESTIGOS MAYORES DE EDAD]*

Firma del testigo (Witness Signature)

Nombre del testigo en letra de imprenta (Witness Printed)

Firma del testigo (Witness Signature)

Nombre del testigo en letra de imprenta (Witness Printed)

Este formulario cumple con los requisitos de la Ley de Virginia sobre decisiones acerca del cuidado de la salud (Virginia's Health Care Decisions Act). Si tiene dudas legales sobre este formulario o desea elaborar uno diferente que satisfaga sus necesidades particulares, deberá consultar a un abogado. Usted es responsable de suministrar una copia de su directiva médica anticipada al médico que le atienda. También deberá suministrar una copia a su agente, sus familiares cercanos o sus amigos. La Asociación de hospitales y atención médica de Virginia (Virginia Hospital & Healthcare Association) ofrece este formulario como un servicio para sus miembros y el público en general. (Marzo de 2010, www.vhha.com)