



Yo, _____ por voluntad propia
 Nombre (Name) Apellido (Last name) Fecha de nacimiento (DOB)
 hago conocer mis deseos en caso de que mi médico determine que estoy incapacitado para tomar decisiones informadas, como indico a continuación:

I. Designación y poderes de mi agente

Por este medio, designo a _____
 Nombre del agente principal N.º de teléfono Ciudad/Estado
 (Name of Primary Agent) (Telephone Number) (City/State)

como mi agente para tomar decisiones sobre atención médica a mi nombre según lo autoriza este documento. En caso de que el agente principal antes designado no esté razonablemente disponible, no pueda o no desee actuar como mi agente, designo a la siguiente persona como agente de respaldo:

 Nombre del agente de respaldo N.º de teléfono Ciudad/Estado
 (Name of Back-up Agent(s)) (Telephone Number) (City/State)

Mi agente tendrá esta facultad solamente 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 con respecto a mi atención médica, 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 atención médica hubiera elegido yo, deseo que escoja una opción en nombre mío según lo que él o ella crea que sea más beneficioso para mí. Los poderes de mi agente incluirán lo siguiente, excepto lo que taché:

- A. Consentir, negar o retirar su consentimiento a cualquier tipo de atención médica, tratamiento, procedimiento diagnóstico o quirúrgico, medicamentos, uso de tecnología u otro procedimiento que afecte la función de mi cuerpo, incluyendo, entre otros, respiración artificial (respirador), nutrición parenteral (alimentación por sonda), hidratación (administración de líquidos por vía intravenosa) y reanimación cardiopulmonar (RCP).
- B. Solicitar, recibir y revisar toda información, oral o escrita, sobre mi salud física o mental, incluyendo entre otros, expedientes médicos y hospitalarios, y consentir a la divulgación de esta información.
- C. Emplear y despedir a mis proveedores de cuidados de salud.
- D. 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.
- E. Mi agente tiene autoridad para tomar decisiones en relación con los arreglos funerarios, a menos que yo designe a una persona alternativa aquí:

Nombre (name) N.º de teléfono (Telephone Number) Ciudad/Estado (City/State)

II. Instrucciones específicas sobre mi atención de salud **O BIEN,** **No llenaré esta sección**

Comprendo este documento y lo firmo por voluntad propia. También entiendo que puedo anular parte de este documento o su totalidad en cualquier momento conforme a lo que estipule la ley. **De igual manera, comprendo que puedo cambiar a mi agente de atención médica en cualquier momento creando nuevas directivas anticipadas para la atención médica y proporcionando una copia a mi proveedor de atención médica.**

Paciente (firma) (Patient signature): _____ Fecha (Date): _____

La persona nombrada arriba firmó esta directriz anticipada en mi presencia (se necesitan DOS testigos adultos):

Testigo (firma): _____ (nombre en letra de imprenta) _____ Fecha: _____
 (Witness Signature) [print name] (Date)

Testigo (firma): _____ (nombre en letra de imprenta) _____ Fecha: _____
 (Witness Signature) [print name] (Date)

_____ Al colocar mis iniciales aquí, elijo no tomar ninguna decisión adicional sobre mi atención. **Si deseo tomar decisiones adicionales sobre mi atención, llenaré y firmaré el reverso de esta página.**

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova
Directiva anticipada para la atención
médica en Virginia

Virginia Advance Directive for HealthCare **SPANISH**

IAH IFH IFOH ILH IMVH



III. Instrucciones adicionales sobre la atención médica **O BIEN,** **No llenaré esta sección**

1. En caso de que mi muerte sea inminente (esté por suceder pronto) y los tratamientos médicos no me ayudarán a recuperarme:

Elija UNA opción:

- No deseo ningún tratamiento para prolongar la vida. Esto puede incluir alimentación por sonda, la administración de líquidos por vía intravenosa, la reanimación cardiopulmonar (RCP), conexión a un respirador o ventilador, 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 que sea posible dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados. Comprendo que recibiré tratamientos para reducir el dolor y hacerme sentir bien.

2. Si mi afección hace que pierda la conciencia de mí mismo o mi alrededor o no me permite la interacción con los demás y sea bastante probable que no vaya a recobrar la conciencia o mis facultades:

Elija UNA opción:

- No deseo ningún tratamiento para prolongar la vida. Esto puede incluir alimentación por sonda, la administración de líquidos por vía intravenosa, la reanimación cardiopulmonar (RCP), conexión a un respirador o ventilador, 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 que sea posible dentro de los límites de los estándares de atención 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 de mi afección. Sugiero _____ como el tiempo tras el cual dicho tratamiento debe interrumpirse si mi afección no ha mejorado. 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.

IV. Instrucciones adicionales sobre la atención de la salud mental **O BIEN,** **No llenaré esta sección**

Puede usar esta sección para dar instrucciones adicionales sobre la atención de su salud mental. Si no da instrucciones específicas, la atención de su salud mental se basará en sus valores y deseos, si se conocen, en la medida que la ley lo permita.

- A. Solicito específicamente que deseo recibir la siguiente atención de salud mental si es apropiado desde el punto de vista médico: _____
- B. Solicito específicamente que no deseo recibir la siguiente atención de salud mental: _____
- C. Mi agente nombrado al principio de este documento también puede tomar decisiones de salud mental en caso de que yo no sea capaz de hacerlas por mí mismo. Sí No

Comprendo este documento y lo firmo por voluntad propia. También entiendo que puedo anular parte de este documento o su totalidad en cualquier momento conforme a lo que estipule la ley. **De igual manera, comprendo que puedo cambiar a mi agente de atención médica en cualquier momento creando nuevas directivas anticipadas para la atención médica y proporcionando una copia a mi proveedor de atención médica.**

Paciente (firma) (*Patient [signature]*): _____ Fecha (*Date*): _____

La persona nombrada arriba firmó esta directriz anticipada en mi presencia (se necesitan DOS testigos adultos):

Testigo (firma): _____ (nombre en letra de imprenta) _____ Fecha: _____
(*Witness Signature*) [print name] (Date)

Testigo (firma): _____ (nombre en letra de imprenta) _____ Fecha: _____
(*Witness Signature*) [print name] (Date)

Información sobre el intérprete (para que el personal de Inova la complete (si corresponde)

Interpreter Information (To be completed by Inova staff, if applicable):

- In person Telephonic Video Interpreter name/ID number (if applicable) _____
- Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

Directiva anticipada para la atención médica en Virginia

Virginia Advance Directive for HealthCare

SPANISH

