

DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA DE VIRGINIA

Yo, _____, hago conocer mis deseos de manera voluntaria y deliberada en caso de que esté incapacitado para tomar decisiones informadas, como indico a continuación:

Entiendo que mi directiva anticipada (*advance directive*) puede incluir la selección de un agente además de mis elecciones relacionadas con respecto a la atención médica. El término “*atención médica*” significa el suministro de servicios a cualquier individuo con el fin de prevenir, aliviar, curar o sanar enfermedades, lesiones o discapacidades físicas en el ser humano, incluso, entre otros: medicamentos; cirugía; transfusiones de sangre; quimioterapia; radioterapia; internación en un hospital, hogar geriátrico y de convalecencia, residencias de atención asistida u otro establecimiento de atención médica; tratamiento psiquiátrico o cualquier otro tratamiento de salud mental; y procedimientos para prolongar la vida y cuidados paliativos.

La frase “*incapaz de tomar una decisión informada*” significa: no poder entender la naturaleza, el alcance y las probables consecuencias de una decisión sobre una atención médica propuesta, o no poder realizar una evaluación razonable de los riesgos y beneficios de una decisión sobre una atención médica propuesta en comparación con los riesgos y beneficios de las alternativas de dicha decisión, o no poder comunicar dicho entendimiento de ningún modo.

Esta directiva anticipada no se terminará en caso de que yo quede discapacitado.

(*PUEDA INCLUIR EN ESTA DIRECTIVA ANTICIPADA TODAS O ALGUNAS DE LAS SECCIONES ENTRE LA I Y LA V A CONTINUACIÓN*).

SECCIÓN I: DESIGNACIÓN DEL AGENTE

(*TACHE ESTA SECCIÓN SI NO DESEA DESIGNAR A NINGÚN AGENTE PARA QUE TOMÉ DECISIONES EN SU NOMBRE EN CUANTO A SU ATENCIÓN MÉDICA*).

Por la presente designo a la persona a continuación como agente principal para que tome decisiones de atención médica en mi nombre, según se autoriza en el presente documento:

Nombre del agente principal (<i>Name of Primary Agent</i>)	Teléfono (<i>Telephone</i>)	Fax, si corresponde (<i>Fax if any</i>)
Dirección postal (<i>Address</i>)	Correo electrónico, si corresponde (<i>E-mail if any</i>)	

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 sucesor:

Nombre del agente sucesor (<i>Name of Successor Agent</i>)	Teléfono (<i>Telephone</i>)	Fax, si corresponde (<i>Fax if any</i>)
Dirección postal (<i>Address</i>)	Correo electrónico, si corresponde (<i>E-mail if any</i>)	

Por el presente otorgo a mi agente, nombrado anteriormente, autoridad y poder legal total para tomar decisiones de atención médica en mi nombre tal como se describe a continuación, en caso de que se haya determinado que estoy incapacitado para tomar una decisión informada. La autoridad de mi agente por el presente documento permanece vigente mientras yo sea incapaz de tomar una decisión informada.

Al ejercer el poder de tomar decisiones de atención médica en mi nombre, mi agente deberá obedecer los deseos y las preferencias estipuladas en este documento, o que mi agente conozca a través de otro medio. Mi agente se guiará por mi diagnóstico y pronóstico médicos, y por toda información suministrada por mis médicos con respecto a la intrusión, el dolor, los riesgos y los efectos secundarios relacionados con el tratamiento o con la falta de tratamiento. Mi agente no tomará decisiones sobre mi atención médica que él o ella sepa, o que debería de saber después de indagar razonablemente, que se oponga a mis creencias religiosas o a mis valores básicos, ya sea que hayan sido manifestados de manera oral o por escrito. Si mi agente no puede determinar qué tipo de atención médica hubiera elegido yo, entonces deseo que elija en mi nombre la opción que considere más conveniente para mí.

Mi agente no será responsable de los costos de la atención médica que autorice como exclusiva consecuencia de la presente autorización.

SECCIÓN II: PODERES DE MI AGENTE

(TACHE LOS PODERES DE LA SECCIÓN II QUE USTED NO DESEA OTORGAR A SU AGENTE, Y AGREGUE LOS PODERES Y LAS INSTRUCCIONES QUE DESEE OTORGAR A SU AGENTE).

Los poderes de mi agente incluirán lo siguiente:

- A. Consentir a, rechazar o retirar su consentimiento a cualquier tipo de tratamiento de atención médica, procedimiento quirúrgico, procedimiento diagnóstico, medicamento y el uso de procedimientos mecánicos y de otro tipo que afecten cualquier función corporal, incluso, entre otros, la respiración artificial, la nutrición y la hidratación administradas artificialmente, y la reanimación 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 inadvertidamente mi muerte.

La autoridad de mi agente en virtud del presente inciso A quedará limitada por las instrucciones que dé en la Sección IV a continuación con respecto a la atención médica mía en caso de una enfermedad terminal.

- B. Solicitar, recibir y revisar toda información, oral o escrita, sobre toda condición de salud física o mental, incluso, entre otros, 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 admisión o alta (incluso el traslado a otro establecimiento) de cualquier hospital, residencia para enfermos terminales, hogares geriátricos y de convalecencia, residencias de atención asistida o cualquier otro establecimiento de atención médica. Si he autorizado la admisión a un establecimiento de atención médica para el tratamiento de una enfermedad mental, dicha autoridad se declara en los incisos E o F a continuación.
- E. Autorizar mi admisión a un establecimiento de atención médica para el tratamiento de una enfermedad mental por un máximo de 10 días calendario, siempre y cuando yo no objete a la internación y un médico de planta del establecimiento propuesto para la internación, o designado por el mismo, me examine y determine por escrito que padezco de una enfermedad mental y que estoy incapacitado para tomar una decisión informada sobre mi internación, y que necesito recibir tratamiento en el establecimiento; y autorizar mi alta (incluso el traslado a otro establecimiento) desde dicho centro.
- F. Autorizar mi admisión a un establecimiento de atención médica para el tratamiento de una enfermedad mental por un máximo de 10 días calendario, **aun en caso de que yo lo objete**, si un médico de planta del establecimiento propuesto para la internación, o designado por el mismo, me examine y determine por escrito que padezco de una enfermedad mental y que estoy incapacitado para tomar una decisión informada sobre mi internación, y que necesito recibir tratamiento en el establecimiento; y autorizar mi alta (incluso el traslado a otro establecimiento) desde dicho centro.

(Si usted le otorga al agente los poderes descritos en el presente inciso F, el médico debe completar la declaración jurada que sigue).

Declaración jurada del médico: soy el médico o psicólogo clínico matriculado del declarante en esta directiva anticipada. Por la presente declaro que considero que el declarante actualmente está capacitado para tomar una decisión informada y que el declarante comprende las consecuencias de esta disposición de la presente directiva anticipada.

Firma del médico (*Physician Signature*)

Fecha (*Date*)

Nombre del médico en letra de imprenta (*Physician Name Printed*)

- G. Autorizar los siguientes tipos específicos de atención médica que se identifican en la presente directiva anticipada, **incluso si objeto a ellos**.

(Hacer referencia específica a las secciones de la presente directiva anticipada que correspondan).

(Si usted le otorga al agente los poderes descritos en el presente inciso G, el médico debe completar la declaración jurada que sigue).

Declaración jurada del médico: soy el médico o psicólogo clínico matriculado del declarante en esta directiva anticipada. Por la presente declaro que considero que el declarante actualmente está capacitado para tomar una decisión informada y que el declarante comprende las consecuencias de esta disposición de la presente directiva anticipada.

Firma del médico (*Physician Signature*)

Fecha (*Date*)

Nombre del médico en letra de imprenta (*Physician Name Printed*)

- H. Seguir desempeñándose como mi agente si me opusiera a su autoridad después de que se haya determinado que estoy incapacitado para tomar una decisión informada.

- I. 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.

- J. Autorizar mi participación en cualquier estudio médico aprobado por un consejo de escrutinio institucional o comité de evaluación de estudios de investigación conforme a las leyes federales y estatales pertinentes con el fin de aumentar los conocimientos científicos sobre cualquier afección que pudiera tener yo o que promueva el bienestar de las personas, aunque este no ofrezca ninguna posibilidad de beneficiarme a mí directamente.
- K. Tomar decisiones sobre las visitas en cualquier momento que me encuentre internado en un centro médico, conforme a las siguientes instrucciones:

- L. 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.

(Agregue a continuación los poderes adicionales que le otorga al agente, los límites que le impone a su agente y demás información para orientar al agente).

Además, incluyo las siguientes instrucciones para mi agente:

SECCIÓN III: INSTRUCCIONES SOBRE ATENCIÓN MÉDICA

(TACHE POR COMPLETO LOS INCISOS A O B SI NO DESEA DAR INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS ADICIONALES SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA).

- A. Solicito específicamente recibir los siguientes cuidados de salud si éstos son apropiados desde el punto de vista médico bajo las circunstancias según lo determine mi médico de cabecera:

- B. Específicamente instruyo que no se me suministre la siguiente atención médica en las siguientes circunstancias:
(También puede especificar que no se le preste cierta atención médica en ninguna circunstancia).

SECCIÓN IV: INSTRUCCIONES SOBRE LA ATENCIÓN TERMINAL (“TESTAMENTO EN VIDA”)

(TACHE ESTA SECCIÓN IV SI NO DESEA DAR INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE PADECER UNA ENFERMEDAD TERMINAL).

Si, en cualquier momento, mi médico de cabecera determina que padezco una enfermedad terminal para la que la aplicación de **procedimientos que prolongan la vida**, incluso la respiración artificial, la reanimación cardiopulmonar, la nutrición y la hidratación administradas artificialmente, servirían únicamente para prolongar artificialmente la agonía, solicito que no se administren o se suspendan dichos procedimientos, y que se me permita morir de manera natural solo 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. En la eventualidad de que sea donante de órganos, ojos o tejidos (vea la Sección V a continuación), quiero que esta instrucción se implemente de manera tal que asegure la idoneidad médica de mis órganos, ojos y tejidos a ser donados.

Si carezco de la capacidad para dar instrucciones sobre el uso de dichos procedimientos para prolongar la vida, mi deseo es que mi familia y mi médico obedezcan esta directiva anticipada como última expresión de mi derecho legal de rechazar la atención médica y como aceptación de las consecuencias de dicho rechazo.

(Tache los incisos A o B que siguen si no desea dar instrucciones adicionales sobre la atención al final de su vida).

A. OTRAS INSTRUCCIONES SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS QUE PROLONGAN LA VIDA

*(Si desea suministrar sus propias instrucciones sobre los **procedimientos que prolongan la vida**, o si desea agregar a las instrucciones que ha dado anteriormente, puede hacerlo en el inciso A. Si desea dar instrucciones específicas sobre ciertos procedimientos que prolongan la vida, como la respiración artificial, la reanimación cardiopulmonar, la nutrición y la hidratación administradas artificialmente, debe escribirlas en esta sección. Si da instrucciones específicas en el presente inciso A, tache las*

cláusulas que anteceden en la SECCIÓN IV en caso de que sus instrucciones específicas sean diferentes).

Solicito que:

B. INSTRUCCIONES SOBRE LA ATENCIÓN DISTINTA A LOS PROCEDIMIENTOS PARA PROLONGAR LA VIDA

(Aquí puede estipular cualquier otra instrucción sobre la atención médica si tiene una enfermedad terminal, diferente a las instrucciones sobre los procedimientos de prolongación de la vida, que se tratan en el inciso A que antecede).

Solicito que:

SECCIÓN V: DONACIONES ANATÓMICAS

(USTED PUEDE USAR ESTE DOCUMENTO PARA REGISTRAR SU DECISIÓN DE DONAR SUS ÓRGANOS, OJOS Y TEJIDOS O TODO SU CUERPO DESPUÉS DE SU MUERTE. SI USTED NO INDICA ESTA DECISIÓN AQUÍ O EN ALGÚN OTRO DOCUMENTO, SU AGENTE PODRÁ DECIDIR POR USTED A MENOS QUE USTED SE LO PROHIBA ESPECÍFICAMENTE A ÉL/ELLA, LO QUE USTED ESTÁ EN SU DERECHO DE HACER EN ESTE U OTRO DOCUMENTO. MARQUE UNA DE LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN SI DESEA USAR ESTA SECCIÓN PARA INDICAR SU DECISIÓN SOBRE DONACIONES.)

Dono mis órganos, ojos y tejidos para ser utilizados en trasplantes, tratamientos, investigación y educación. Instruyo que se tomen todas las medidas necesarias para asegurar la idoneidad médica de mis órganos, ojos o tejidos a ser donados. Entiendo que puedo registrar mis instrucciones en el Departamento de Vehículos Automotores (Department of Motor Vehicles) o directamente en el registro de donantes, www.DonateLifeVirginia.org, y que puedo usar el registro de donantes para modificar o revocar mis instrucciones; **O BIEN**

Dono todo mi cuerpo para fines de investigación y educación.

[Escriba aquí cualquier instrucción específica que desee estipular sobre donaciones anatómicas.]

(Debe firmar a continuación en presencia de dos testigos).

DECLARACIÓN Y DERECHO DE REVOCAR: al firmar abajo, indico que estoy emocional y mentalmente capacitado para elaborar esta directiva anticipada y que entiendo el propósito y el efecto de este documento. Entiendo que puedo revocar todas o cualquiera de las partes de este documento 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 (Signature of Declarant)

Fecha (Date)

El declarante firmó la directiva anticipada anterior en mi presencia.

(Testigo (Witness))

(Testigo (Witness))

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 tiene la responsabilidad de suministrar una copia de su directiva anticipada a su médico de cabecera. También deberá suministrar una copia a su agente, sus familiares cercanos o sus amigos. Para averiguar cómo registrar esta directiva anticipada en el Registro de Directivas Médicas Anticipadas de Virginia (Virginia Advance Health Directive Registry) de manera gratuita, visite <http://www.VirginiaRegistry.org>. 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. (Junio de 2012, www.vhha.com) • M U