



Yo, _____ por voluntad propia
 Nombre Apellido Fecha de nacimiento
 hago conocer mis deseos en caso de ser incapaz de tomar una decisión informada sobre mi atención médica. Este documento tiene la finalidad de complementar mi directiva anticipada para mi atención médica, la cual firmé el (fecha) _____ nombrando a (nombre del agente) _____ como mi agente.

Este documento incluye instrucciones específicas para dirigir el cuidado de mi salud si yo llegara a sufrir una crisis de salud mental.

I. Poderes especiales para que mi agente autorice la atención médica por encima de mi objeción

Esta sección incluye mis instrucciones específicas relacionadas con mi atención médica si me opusiera a recibir los cuidados que mi agente y mi médico crean que yo necesite.

Los poderes de mi agente incluirán lo siguiente:

(Tache cualquiera de los poderes que NO desee darle a su agente).

1. Autorizar mi ingreso a un establecimiento de atención médica para recibir tratamiento de una enfermedad mental según lo permita la ley, aunque yo me opusiera.
2. Autorizar otro tipo de atención médica que estuviera permitida por la ley y que mi agente de atención médica y mi médico crean que yo necesite aunque yo me opusiera. Esto incluirá cualquier tipo de asistencia médica salvo que yo lo haya indicado de otra manera en las instrucciones específicas escritas en este documento, en mi directiva anticipada o en el espacio a continuación.

No autorizo estos tipos específicos de atención médica:

[Para otorgarle a su agente alguno de los poderes expuestos anteriormente, su médico o psicólogo clínico autorizado deberá firmar la declaración en la casilla a continuación:]

Soy médico o psicólogo clínico autorizado y conozco a la persona que firma este complemento a la directiva anticipada para la atención médica. Doy fe de que, en este momento, él o ella puede tomar una decisión informada y que entiende las consecuencias de los poderes especiales otorgados a su agente por medio de la Sección I de este suplemento a la directiva anticipada.

Médico o psicólogo clínico autorizado (firma) *Physician or Licensed Clinical Psychologist (signature)*

Médico o psicólogo clínico autorizado (nombre en letra de imprenta) *Physician or Licensed Clinical Psychologist (print name)*

 Fecha (Date)

 Dirección del médico o psicólogo clínico autorizado (*Physician or Licensed Clinical Psychologist Address*)

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

Complemento de las directivas anticipadas en Virginia para las afecciones de salud mental

Virginia Advance Directive Supplement for Mental Health Conditions

IAH IFH IFOH ILH IMVH **SPANISH**



II. Instrucciones adicionales sobre la atención de salud mental (si las hubiera)

[Si desea dar instrucciones adicionales sobre su atención de salud mental, puede hacerlo aquí. Puede usar esta sección para dar instrucciones sobre su atención de salud mental aunque no tenga ningún agente. Si no da instrucciones específicas, su atención de salud mental se basará, en la medida permitida por la ley, en sus valores y deseos, si se los conociera, y de lo contrario según lo que sea más beneficioso para usted].

A. Ordeno específicamente recibir la siguiente atención de salud mental si fuera apropiada desde el punto de vista médico:

B. Ordeno específicamente que no recibiré la siguiente atención de salud mental:

C. [En lugar de escribir instrucciones en este formulario, puede ordenar que se le brinde atención de salud mental de acuerdo con un plan de crisis. Si ya ha preparado un plan de crisis, marque la casilla a continuación y adjunte el plan de crisis a este documento].

- Ordeno que mi atención se brinde de conformidad con las preferencias que he expresado en el plan de crisis adjunto, en la medida permitida por la ley.

Afirmación y derecho de anulación: Con mi firma a continuación, declaro que comprendo el complemento de la directiva anticipada para mi atención de salud mental y que 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.

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

La persona nombrada firmó esta directiva anticipada en mi presencia (se requieren DOS testigos adultos):

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

Dirección (Address): _____

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

Dirección (Address): _____

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

Complemento de las directivas anticipadas en Virginia para las afecciones de salud mental

Virginia Advance Directive Supplement for Mental Health Conditions
SPANISH

