

**SUPLEMENTO A LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS DE VIRGINIA  
PARA ENFERMEDADES MENTALES**

Yo, \_\_\_\_\_,

En letra de imprenta, nombre de quien firma este Suplemento para los cuidados de la salud mental (Declarante)  
(Printed Name of Individual Making This Supplement for Mental Health Care (Declarant))

por voluntad propia hago conocer mis deseos en caso de ser incapaz de tomar una  
decisión fundada sobre el cuidado de mi salud. Este documento tiene la finalidad de complementar la directiva  
anticipada sobre el cuidado de mi salud, que firmé el \_\_\_\_\_.  
Escriba la fecha (Insert Date)

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 ASISTENCIA MÉDICA POR  
ENCIMA DE MI OBJECCIÓN**

Esta sección incluye mis instrucciones específicas sobre el cuidado de mi salud si me opusiera a recibir los  
cuidados que mi agente y mi médico crean que yo necesite.

*(PUEDE TACHAR CUALQUIERA DE LOS PODERES QUE NO DESEE DARLE A SU AGENTE.)*

Los poderes de mi agente incluirán lo siguiente:

1. Autorizar mi ingreso a un centro médico para recibir tratamiento de una enfermedad mental según lo  
permita la ley, aunque yo me opusiera.
2. Autorizar otro tipo de asistencia médica que estuviera permitida por la ley y que mi agente 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 sobre el cuidado de la salud o en el espacio a continuación.

No autorizo estos tipos específicos de cuidado:

---

---

*[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 suplemento a la directiva anticipada sobre el cuidado de la salud. Doy fe de que, en este momento, él o ella puede tomar una decisión fundada 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.

Firma del médico o psicólogo clínico autorizado  
(Physician or Licensed Clinical Psychologist Signature)

Fecha  
(Date)

En letra de imprenta, nombre y dirección del médico o psicólogo clínico autorizado  
(Physician or Licensed Clinical Psychologist Printed Name and Address)

---

---

**II: OTRAS INSTRUCCIONES SOBRE LOS CUIDADOS DE LA SALUD MENTAL, SI LOS HUBIERA**

*[SI DESEA DAR OTRAS INSTRUCCIONES SOBRE LOS CUIDADOS DE LA SALUD MENTAL, PUEDE HACERLO AQUÍ. PUEDE USAR ESTA SECCIÓN PARA DAR INSTRUCCIONES SOBRE SUS CUIDADOS DE LA SALUD MENTAL AUNQUE NO TENGA NINGÚN AGENTE. SI NO DA INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS, LOS CUIDADOS DE LA SALUD MENTAL QUE RECIBA SE BASARÁN, 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 CONVENIENTE PARA USTED.]*

A. Indico específicamente que deseo recibir los siguientes cuidados de atención de la salud mental si fueran apropiados desde el punto de vista médico:

---

---

B. Indico específicamente que no recibiré los siguientes cuidados de la salud mental:

---

---

C. *[EN LUGAR DE ESCRIBIR INSTRUCCIONES EN ESTE FORMULARIO, PUEDE INDICAR QUE SE LE ADMINISTREN CUIDADOS DE LA 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 los cuidados que se me presten sean según las preferencias que he expresado en el plan de crisis adjunto en la medida permitida por la ley.

---

**AFIRMACIÓN Y DERECHO DE REVOCACIÓN:** Con mi firma a continuación, declaro que comprendo el suplemento a mi directiva anticipada sobre los cuidados de la salud mental y que lo firmo 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 la directiva anticipada anterior en mi presencia. *[SE REQUIEREN DOS TESTIGOS MAYORES DE EDAD]*

Firma del  
testigo  
(Witness  
Signature)

Nombre del  
testigo con  
letra de  
imprensa  
(Witness  
Printed)

Firma del  
testigo  
(Witness  
Signature)

Nombre del  
testigo con  
letra de  
imprensa  
(Witness  
Printed)

**ATENCIÓN: ESTE SUPLEMENTO A LA DIRECTIVA ANTICIPADA PARA LOS CUIDADOS DE LA SALUD MENTAL DEBERÁ GUARDARSE CON LA DIRECTIVA ANTICIPADA GENERAL.**

*Este formulario cumple con los requisitos de la Ley sobre decisiones sobre el cuidado de la salud de Virginia (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 lo atiende. También deberá suministrar copias a su agente, familiares cercanos o amigos.*

*La Virginia Hospital & Healthcare Association ofrece este formulario como un servicio a sus miembros y al público en general. (Marzo de 2010, [www.vhha.com](http://www.vhha.com))*