

DIRECTIVA ANTICIPADA DE VIRGINIA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____, de manera intencional y voluntaria, doy a conocer mis deseos, en caso de que sea incapaz de tomar una decisión informada acerca de mi atención médica, de la siguiente manera:

(PUEDE INCLUIR CUALQUIERA O TODAS LAS DISPOSICIONES EN LAS SECCIONES I, II Y III A CONTINUACIÓN).

SECCIÓN I: DESIGNACIÓN Y FACULTADES DE MI AGENTE

(TACHE ESTA SECCIÓN SI NO DESEA DESIGNAR A UN AGENTE PARA QUE TOMÉ DECISIONES POR USTED RELACIONADAS CON SU ATENCIÓN MÉDICA).

A. Designación de mi agente

Por el presente designo a

Nombre del agente principal

Dirección de correo electrónico

Dirección

Número de teléfono

como mi agente para tomar decisiones relacionadas con mi atención médica en mi nombre como se autoriza en este documento.

Si el agente principal que se indica más arriba no está disponible razonablemente o no puede o no está dispuesto a desempeñarse como mi agente, designo como agente sucesor para desempeñarse en ese cargo a la siguiente persona:

Nombre del agente sucesor

Dirección de correo electrónico

Dirección

Número de teléfono

Concedo a mi agente plena autoridad para tomar decisiones en mi nombre relacionadas con mi atención médica como se describe a continuación. Mi agente tendrá esta autoridad cada vez que y siempre que se haya determinado que soy incapaz de tomar una decisión informada.

En la toma de decisiones en mi nombre relacionadas con mi atención médica, deseo que mi agente respete mis deseos y preferencias como se indican en este documento o que el agente conozca. Si mi agente no puede determinar qué opción de atención médica hubiera elegido yo mismo, deseo que mi agente tome la decisión por mí según lo que considere que es mejor para mí.

B. Facultades de mi agente

[SI HA DESIGNADO A UN AGENTE ANTERIORMENTE, PUEDE DARLE LAS FACULTADES QUE SE SUGIEREN A CONTINUACIÓN. PUEDE TACHAR CUALQUIER FACULTAD QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN QUE NO DESEE DARLE A SU AGENTE Y AGREGAR CUALQUIER FACULTAD ADICIONAL QUE QUIERA OTORGARLE A SU AGENTE].

Las facultades de mi agente incluirán las siguientes:

1. Otorgar, rechazar o revocar el consentimiento para recibir cualquier tipo de atención médica, incluidos, entre otros, respiración artificial (máquina de respiración), administración artificial de nutrición (alimentación por sonda) e hidratación artificial (fluidos IV) y resucitación cardiopulmonar (RCP). Esta autorización incluye específicamente la facultad para autorizar dosis de medicamentos para aliviar el dolor en dosis que excedan las dosis recomendadas en una cantidad suficiente para aliviar el dolor. Esto se aplica aun si el medicamento conlleva el riesgo de adicción o de acelerar de forma inadvertida mi muerte.
2. Solicitar, recibir y revisar cualquier información oral o escrita con respecto a mi salud física o mental, incluidos, entre otros, registros médicos y hospitalarios, y autorizar la divulgación de esta información según sea necesario para llevar a cabo mis directivas como se indican en esta directiva anticipada.
3. Contratar y despedir a mis proveedores de atención médica.
4. Autorizar mi hospitalización o alta en un hospital, hospicio, residencia para ancianos, centro de vida asistida u otro centro de atención médica o el traslado hacia cualquiera de estos.
5. Autorizar mi hospitalización en un centro de atención médica para recibir un tratamiento por enfermedad mental según lo permita la ley. (Si tengo otras instrucciones para mi agente con respecto al tratamiento por enfermedad mental, estas se indican en un documento complementario).
6. Continuar desempeñándose como mi agente si me opongo a la autoridad del agente luego de haberse determinado que soy incapaz de tomar una decisión informada.
7. Autorizar mi participación en cualquier estudio de atención médica aprobado por una junta de revisión institucional o comité

de revisión de investigación conforme a la ley federal o estatal vigente si el estudio ofrece la posibilidad de brindarme beneficios terapéuticos directos.

8. Autorizar mi participación en cualquier estudio de atención médica aprobado por una junta de revisión institucional o comité de revisión de investigación conforme a la ley federal o estatal vigente que tenga como objetivo aumentar la comprensión científica de cualquier afección que yo pueda tener o promover de otra forma el bienestar humano, aunque no me ofrezca posibilidades de brindarme beneficios directos.
9. Tomar decisiones con respecto al régimen de visitas durante el tiempo en que esté hospitalizado en cualquier centro de atención médica, conforme a las siguientes instrucciones:

10. Llevar a cabo cualquier acción legal que pueda ser necesaria para tomar estas decisiones, incluido el otorgamiento de exenciones de responsabilidad a proveedores médicos.

LIMITACIONES O FACULTADES ADICIONALES, SI LAS HUBIERA:

SECCIÓN II: INSTRUCCIONES PARA MI ATENCIÓN MÉDICA

[PUEDE USAR CUALQUIERA O TODAS LAS PARTES 1, 2 O 3 DE ESTA SECCIÓN PARA ORIENTAR SU ATENCIÓN MÉDICA AUNQUE NO TUVIERA UN AGENTE. SI OPTA POR NO PROPORCIONAR INSTRUCCIONES ESCRITAS, LAS DECISIONES SE TOMARÁN EN FUNCIÓN DE SUS VALORES Y DESEOS, SI SE LOS CONOCE, Y EN LO QUE SEA MEJOR PARA USTED. SI ES DONANTE DE OJOS, ÓRGANOS O TEJIDOS, SE APLICARÁN SUS INSTRUCCIONES PARA GARANTIZAR LA IDONEIDAD MÉDICA DE SUS ÓRGANOS, OJOS Y TEJIDOS PARA LA DONACIÓN].

1. Proporciono las siguientes instrucciones en caso de que el médico que me atiende determine que mi muerte es inminente (está muy cerca) y que los tratamientos médicos no me ayudarán a recuperarme:

[MARQUE ÚNICAMENTE 1 CASILLA EN ESTA PARTE 1].

- No deseo ningún tratamiento que me prolongue la vida. Esto incluye la alimentación por sonda, los fluidos IV, la resucitación cardiopulmonar (RCP), el ventilador/respirador (máquina de respiración), la diálisis de riñón o los antibióticos. Comprendo que de todas maneras recibiré tratamientos para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo. (O BIEN)
- Deseo todos los tratamientos para prolongar mi vida el máximo tiempo posible dentro de los límites de los estándares aceptados en la atención médica. Comprendo que recibiré tratamientos para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo. (O BIEN)
- PUEDE ESCRIBIR AQUÍ SUS PROPIAS INSTRUCCIONES ACERCA DE SU ATENCIÓN CUANDO ESTÉ MURIENDO, INCLUIDAS INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS ACERCA DE TRATAMIENTOS QUE DESEA, SI SON MÉDICAMENTE APROPIADOS, O QUE NO DESEA. ES IMPORTANTE QUE LAS INSTRUCCIONES QUE ESCRIBÍ AQUÍ NO ENTREN EN CONFLICTO CON OTRAS INSTRUCCIONES QUE HAYA DADO EN ESTA DIRECTIVA ANTICIPADA].*

2. Proporciono las siguientes instrucciones si mi afección me hace quedar inconsciente de mi existencia o mis alrededores o incapaz de interactuar con otros y se prevé con razonable certeza que nunca recobraré esta conciencia o habilidad aun con tratamientos médicos:

[MARQUE ÚNICAMENTE 1 CASILLA EN ESTA PARTE 2].

- No deseo ningún tratamiento que me prolongue la vida. Esto incluye la alimentación por sonda, los fluidos IV, la resucitación cardiopulmonar (RCP), el ventilador/respirador (máquina de respiración), la diálisis de riñón o los antibióticos. Comprendo que de todas maneras recibiré tratamientos para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo. (O BIEN)
- Deseo todos los tratamientos para prolongar mi vida el máximo tiempo posible dentro de los límites de los estándares aceptados en la atención médica. Comprendo que recibiré tratamientos para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo. (O BIEN)
- Deseo probar tratamientos durante un período con la esperanza de experimentar alguna mejoría en mi condición. Sugiero _____ como el período de tiempo después del cual dicho tratamiento debe finalizar si mi condición no ha mejorado. El período de tiempo exacto quedará a discreción de mi agente o sustituto conjuntamente con mi médico. Comprendo que de todas maneras recibiré tratamientos para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo. (O BIEN)

PUEDE ESCRIBIR AQUÍ SUS INSTRUCCIONES ACERCA DE SU ATENCIÓN CUANDO NO SEA CAPAZ DE INTERACTUAR CON OTROS Y NO SE ESPERA QUE RECUPERE ESTA HABILIDAD. ESTO INCLUYE INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS ACERCA DE TRATAMIENTOS QUE DESEE, SI SON MÉDICAMENTE APROPIADOS, O QUE NO DESEE. ES IMPORTANTE QUE LAS INSTRUCCIONES QUE ESCRIBIÓ AQUÍ NO ENTREN EN CONFLICTO CON OTRAS INSTRUCCIONES QUE HAYA DADO EN ESTA DIRECTIVA ANTICIPADA].

3. Proporcione estas otras instrucciones siguientes con respecto a mi atención médica:
[PUEDE ESCRIBIR AQUÍ SUS PROPIAS DECLARACIONES E INSTRUCCIONES ACERCA DE TRATAMIENTOS QUE DESEE, SI SON MÉDICAMENTE APROPIADOS, O ACERCA DE LOS TRATAMIENTOS QUE NO DESEE BAJO DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS O CUALQUIER CIRCUNSTANCIA. ES IMPORTANTE QUE LAS INSTRUCCIONES QUE ESCRIBIÓ AQUÍ NO ENTREN EN CONFLICTO CON OTRAS INSTRUCCIONES QUE HAYA DADO EN ESTA DIRECTIVA ANTICIPADA].

SECCIÓN III: DONACIONES ANATÓMICAS

(PUEDE USAR ESTE DOCUMENTO PARA DEJAR CONSTANCIA DE SU DECISIÓN DE DONAR SUS ÓRGANOS, OJOS Y TEJIDOS O SU CUERPO ENTERO LUEGO DE SU MUERTE. SI NO TOMA ESTA DECISIÓN AQUÍ O EN CUALQUIER OTRO DOCUMENTO, SU AGENTE PUEDE TOMAR LA DECISIÓN POR USTED, A MENOS QUE SE LE HAYA PROHIBIDO ESPECÍFICAMENTE, LO CUAL PUEDE APARECER EN ESTE U OTRO DOCUMENTO. MARQUE UNA DE LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN SI DESEA USAR ESTA SECCIÓN PARA TOMAR LA DECISIÓN SOBRE SU DONACIÓN).

Dono mis órganos, ojos y tejidos para que se usen para trasplante, terapia, investigación y educación. Solicito que se tomen todas las medidas necesarias para garantizar la idoneidad médica de mis órganos, ojos y tejidos para la donación. Comprendo que puedo dejar constancia de mis directivas en el Departamento de Vehículos Motores o directamente en el registro de donantes, www.DonateLifeVirginia.org, y que puedo usar el registro de donantes para enmendar o revocar mis directivas;
O BIEN

Dono mi cuerpo entero para la investigación y educación.

[Escriba aquí cualquier instrucción específica que desee dar acerca de donaciones anatómicas].

AFIRMACIÓN Y EL DERECHO A LA REVOCACIÓN: Mediante mi firma a continuación, indico que comprendo este documento y que estoy realizándolo de manera intencional y voluntaria. También comprendo que puedo revocar todas o cualquier parte de este documento en cualquier momento conforme a la ley.

Fecha Firma del declarante

El declarante firmó la directiva anticipada anterior en mi presencia. [DOS TESTIGOS ADULTOS NECESARIOS]

Firma del testigo

Nombre del testigo en letra de imprenta

Firma del testigo

Nombre del testigo en letra de imprenta

Este formulario cumple con los requisitos de la Ley de Decisiones de Atención Médica de Virginia. Si tiene preguntas legales acerca de este formulario o le gustaría presentar un formulario diferente para satisfacer sus necesidades particulares, debe hablar con un abogado. Es su responsabilidad proporcionar una copia de su directiva anticipada al médico que lo atiende. También debería entregar copias a su agente, familiares cercanos o amigos. Para obtener información acerca del almacenamiento de esta directiva anticipada en el Registro de Directivas Avanzadas de Salud de Virginia, visite <http://www.VirginiaRegistry.org>. Virginia Hospital and Healthcare Association proporcionan este formulario como un servicio para sus miembros y el público. (Junio de 2012, www.vhha.com) ▲**