

INSTRUCCIONES MÉDICAS ANTICIPADAS PARA EL ESTADO DE VIRGINIA

Instrucciones médicas anticipadas dispuestas a los ____ días del mes de ____ del año ____.

Yo, _____, voluntariamente doy a conocer mis deseos en caso de que no sea capaz de tomar una decisión informada, a saber:

El término “*atención sanitaria*” significa: la prestación de servicios a cualquier persona con el propósito de prevenir, aliviar o curar una enfermedad, lesión o incapacidad física del ser humano, incluidos, a título ilustrativo, los medicamentos; la cirugía; las transfusiones de sangre; la quimioterapia; la terapia de radiación; la internación, el centro de cuidados, la institución de vivienda asistida u otro centro de atención sanitaria; el tratamiento psiquiátrico u otro tratamiento mental; y medidas para la prolongación de la vida y cuidados paliativos.

La frase “incapaz de tomar una decisión informada” significa: incapaz de comprender la naturaleza, la extensión y las consecuencias probables de una decisión de atención sanitaria propuesta; incapaz de realizar una evaluación racional de los riesgos y de los beneficios de una decisión de atención sanitaria propuesta en contraposición con los riesgos y con los beneficios existentes en otras alternativas a dicha decisión; o incapacidad de comunicar en forma alguna dicha comprensión.

La determinación de que soy incapaz de tomar una decisión informada deberá ser tomada por mi médico tratante y por un segundo médico o psicólogo clínico matriculado después de realizarme un examen personal y deberá ser certificada por escrito. El segundo médico o psicólogo clínico matriculado no debe estar participando en mi tratamiento en la actualidad, a menos que tal médico independiente o psicólogo clínico matriculado no estuviera razonablemente disponible. Dicha certificación será solicitada antes de brindar, continuar, detener o retirar la atención sanitaria; antes de que se faculte a cualquier representante designado para tomar decisiones sanitarias en mi nombre; y antes o tan pronto como sea posible de manera razonable después de que la atención sanitaria sea proporcionada, continuada, detenida o retirada y por cada período de 180 días posteriores mientras la necesidad de atención sanitaria continúe.

Si, en cualquier momento, se determina que soy incapaz de tomar decisiones informadas, seré notificado, en la medida en la que sea capaz de recibir dicha notificación, de que se ha tomado esa determinación antes de que la atención sanitaria haya sido brindada, continuada, detenida o retirada. Tal notificación también será cursada, tan pronto como sea posible, a mi representante designado o a la persona autorizada conforme a la ley del estado de Virginia para tomar decisiones sanitarias en mi nombre. Si posteriormente y después de realizarme un examen personal, un médico determina por escrito que soy capaz de tomar decisiones informadas, las decisiones futuras sobre atención sanitaria requerirán de mi consentimiento informado.

Sección 1: comprendo que mis instrucciones anticipadas pueden incluir mis elecciones en cuanto a la atención relativa al fin de la vida.

Instrucciones de atención relativa al fin de la vida: testamento vital

(Tache esta sección si usted no desea proporcionar instrucciones acerca de su atención sanitaria en el caso de que padezca una enfermedad terminal).

Si, en cualquier momento, mi médico tratante determinara que tengo una enfermedad terminal en la cual la aplicación de las medidas para prolongar la vida (incluidas la respiración artificial, la resucitación cardiopulmonar, la nutrición y la hidratación administrada por medios artificiales) servirían solamente para prolongar artificialmente el proceso de muerte, es mi voluntad que dichas medidas se detengan o retiren y que se me permita morir en forma natural con la sola administración de medicamentos o el cumplimiento de cualquier procedimiento médico que se estime necesario para brindarme comodidad o alivio del dolor.

Ante la ausencia de mi capacidad para dar instrucciones con respecto al uso de dichas medidas para prolongar la vida, es mi voluntad que la presente declaración sea cumplida por mi familia y por mi médico como última expresión de mi derecho legal a rechazar la atención sanitaria y a aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

Continúa en la próxima página...

(Tache las opciones I y II que se indican a continuación si usted no desea dar instrucciones adicionales acerca de la atención relativa al fin de la vida).

Yo específicamente doy instrucciones de que se me brinde lo siguiente:

Opción I: medidas relativas a la prolongación de la vida (relacionadas con la respiración artificial, la RCP, la nutrición y la hidratación por medios artificiales). Doy las siguientes instrucciones:

Opción II: atención no relacionada con medidas para prolongar la vida en caso de enfermedad terminal. Doy las siguientes instrucciones:

Sección 2: comprendo que mis instrucciones anticipadas pueden incluir la designación de un representante para que tome decisiones sobre atención sanitaria en mi nombre.

(Tache las secciones I y II que se indican a continuación si usted no desea designar a un representante para que tome decisiones sobre atención sanitaria por usted)

I. Designación de representante:

Por el presente, designo a la siguiente persona como mi representante principal para que tome decisiones de atención sanitaria en mi nombre según lo autoriza el presente documento.

Representante principal Primary Agent	Teléfono Telephone	Fax Fax
Domicilio Address	Correo electrónico Email	
En caso de que el representante mencionado con anterioridad no estuviera disponible o no quisiera actuar como mi representante, designo a la siguiente persona como representante secundario:		
Representante secundario Successor Agent	Teléfono Telephone	Fax Fax
Domicilio Address	Correo electrónico Email	

Por el presente, otorgo a mi representante antes mencionado plenas facultades y autoridad para tomar decisiones de atención sanitaria en mi nombre según se describe a continuación cuando se haya determinado mi incapacidad para tomar decisiones informadas. La facultad de mi representante tendrá vigencia siempre y cuando yo sea incapaz de tomar decisiones informadas.

Al ejercer la facultad de tomar decisiones de atención sanitaria en mi nombre, mi representante deberá seguir mis deseos y preferencias conforme se dispone en el presente documento o según otro conocimiento de mi representante. Mi representante se regirá por mi diagnóstico y pronóstico médico y por cualquier información que mis médicos le brinden en relación con lo invasivo, el dolor, los riesgos y los efectos secundarios asociados al tratamiento o a la falta de tratamiento. Mi representante no deberá tomar ninguna decisión con respecto a mi atención sanitaria que el o ella sepa o que mediante alguna averiguación razonable deba saber que es contraria a mis creencias religiosas o a mis valores fundamentales, ya sea que se hayan expresado en forma oral o por escrito.

Sección 2: (continuación)

Si mi representante no puede determinar cuál hubiera sido mi propia elección de atención sanitaria, mi representante deberá elegir por mí en función de lo que cree que será mejor en mi propio beneficio.

Asimismo, mi representante no será responsable por los gastos de la atención sanitaria que autoriza, por el sólo hecho de haber proporcionado dicha autorización.

II. Facultades de mi representante:

Las facultades de mi representante incluyen:

(Tache en esta sección cualquier facultad que usted no desee dar a su representante e incorpore cualquier facultad o instrucción que usted desee dar a su representante)

A. Prestar su consentimiento, rechazar o retirar su consentimiento en cuanto a cualquier tipo de atención sanitaria, tratamiento, intervención quirúrgica, procedimiento de diagnóstico, medicamento, así como también el uso de procedimientos mecánicos u otros que afecten cualquier función corporal incluida, a título ilustrativo, la respiración artificial, la nutrición y la hidratación administrada por medios artificiales y la resucitación cardiopulmonar. Esta autorización incluye específicamente la facultad de prestar consentimiento respecto de la administración de analgésicos en dosis más altas a las recomendadas, en cantidad suficiente para aliviar el dolor, incluso si ese medicamento conlleva el riesgo de adicción o inadvertidamente adelantara mi muerte;

B. Solicitar, recibir y revisar cualquier información que se haya brindado en forma oral o por escrito y que se relacione con mi salud física o mental, incluida, a título ilustrativo, las historias clínicas y los registros hospitalarios, y prestar su consentimiento respecto de la divulgación de dicha información.

C. Contratar y despedir a mis profesionales de la salud.

D. Autorizar mi internación o alta (incluido mi traslado a otro centro) de cualquier hospital, hospicio, centro de cuidados o institución de vivienda asistida, u otro centro de atención médica.

Las secciones E y F se refieren a la internación autorizada en un centro de atención sanitaria para tratar enfermedades mentales:

E. Autorizar mi internación en un centro de atención sanitaria para el tratamiento de enfermedades mentales por un plazo máximo de 10 días consecutivos **siempre y cuando yo no rechace** la internación y que un médico perteneciente al personal del centro de internación propuesto o designado por dicho centro me examine y disponga por escrito que sufro de una enfermedad mental, que soy incapaz de tomar una decisión informada acerca de mi internación, que necesito tratamiento en el centro, y autorizar mi alta (incluido el traslado) del centro.

F. Autorizar mi internación en un centro de atención sanitaria para el tratamiento de enfermedades mentales por un plazo máximo de 10 días consecutivos, **incluso a pesar de mi rechazo**, si un médico perteneciente al personal del centro de internación propuesto o designado por dicho centro me examina y dispone por escrito que sufro de una enfermedad mental, que soy incapaz de tomar una decisión informada acerca de mi internación, que necesito tratamiento en el centro, y autorizar mi alta (incluido el traslado) del centro.

Atestación del médico: soy el médico o psicólogo clínico matriculado del declarante de estas instrucciones anticipadas. Por el presente, atestiguo que entiendo que el declarante es actualmente capaz de tomar decisiones informadas y que el declarante comprende las consecuencias de la presente disposición mencionada en estas instrucciones anticipadas.

Firma del médico
Physician Signature

Fecha
Date

Aclaración de firma del médico
Physician Name Printed

Sección 2: II. Facultades de mi representante (continuación)

G. Autorizar los siguientes tipos específicos de atención sanitaria identificados en estas instrucciones anticipadas, **incluso si yo lo rechazo**.

(Corrobore las referencias recíprocas de cualquier sección correspondiente de estas instrucciones anticipadas).

Atestación del médico: soy el médico o psicólogo clínico matriculado del declarante de estas instrucciones anticipadas. Por el presente, atestiguo que entiendo que el declarante es actualmente capaz de tomar decisiones informadas y que el declarante comprende las consecuencias de la presente disposición mencionada en estas instrucciones anticipadas.

Firma del médico
Physician Signature

Fecha
Date

Aclaración de firma del médico
Physician Name Printed

H. Continuar actuando como mi representante **aún si yo rechazo** la autoridad de mi representante después de que se haya determinado mi incapacidad de tomar una decisión informada.

I. Tomar decisiones acerca de quién puede visitarme en todo momento durante mi internación en cualquier centro de atención sanitaria, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

Las secciones J y K se refieren a la participación autorizada en los estudios de atención sanitaria:

J. Autorizar mi participación en un estudio de atención sanitaria 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 obtener un beneficio terapéutico directo para mí.

K. Autorizar mi participación en cualquier estudio de atención sanitaria aprobado por una junta de revisión institucional o por un comité de revisión de investigación (conforme a la ley federal o estatal vigente) cuyo propósito sea incrementar el conocimiento científico de cualquier afección que yo pueda tener o promover, de alguna otra manera, el bienestar del ser humano, **aunque** el estudio no ofrezca posibilidad de obtener un beneficio directo para mí.

L. Tomar toda medida legal que sea necesaria para llevar a cabo estas decisiones, incluida la exoneración de responsabilidad a profesionales de la salud.

Facultades/límites/instrucciones adicionales:

Además, deo las siguientes instrucciones a mi representante:

Sección 3: comprendo que mis instrucciones anticipadas establecen mis elecciones con respecto a mi atención sanitaria y que no caducarán en caso de mi incapacidad.

Instrucciones para la atención sanitaria:

(Tache las secciones que aparecen a continuación si no desea dar instrucciones específicas acerca de su atención sanitaria)

Yo específicamente doy instrucciones de que se me brinde la siguiente atención sanitaria si fuera médicamente adecuada en virtud de las circunstancias, según lo disponga mi médico tratante:

Yo específicamente doy instrucciones de que no se me brinde la siguiente atención sanitaria en las circunstancias que se detallan a continuación:

Sección 4: comprendo que mis instrucciones anticipadas pueden incluir la elección de un representante para establecer mis elecciones en cuanto a donaciones anatómicas, de órganos, de tejidos y de ojos.

Designación de un representante para hacer una donación anatómica o una donación de órganos, de tejidos o de ojos

(Tache esta sección si usted no desea designar a ningún representante para hacer una donación anatómica o cualquier donación de órganos, de tejidos o de ojos en su nombre)

Al momento de mi muerte, doy instrucciones para que se realice una donación anatómica de todo mi cuerpo o de ciertos órganos, tejidos u ojos conforme a la legislación vigente de Virginia y a las instrucciones detalladas a continuación, si las hubiera. Por el presente, designo en carácter de representante para realizar dicha donación anatómica o de órganos, de tejidos o de ojos con posterioridad a mi muerte a (elija uno):

_____ el mismo representante (y secundario) mencionado en la página 2 del presente documento; **O**
_____ el representante mencionado a continuación.

Nombre del representante
Fax

Teléfono

Domicilio

Correo electrónico

Además, dejen las siguientes instrucciones:

(Usted debe firmar a continuación en presencia de dos testigos).

Afirmación y derecho a revocar:

Al firmar a continuación, declaro que soy emocional y mentalmente capaz de dar estas instrucciones anticipadas y que comprendo el propósito y el efecto del presente documento. Comprendo que puedo revocar este documento en toda su extensión o en parte en cualquier momento (i) con un documento escrito firmado y fechado; (ii) mediante la cancelación física o destrucción de la presente instrucción anticipada por mí mismo o la instrucción dada a otra persona para que lo destruya en mi presencia; o (iii) mediante la declaración oral de mi intención de revocarla.

Firma del declarante
Signature of Declarant

Testigo
Witness

Testigo
Witness

El presente formulario, con mínimas variaciones, se sugiere para su uso por parte de VA Hospital and Healthcare Assn. y cumple con los requisitos de la ley de Virginia. Usted puede completar todas las secciones del formulario o algunas de ellas. Si usted tiene preguntas legales acerca de este documento o quisiera preparar un formulario distinto para satisfacer sus necesidades particulares, se recomienda que consulte con su abogado. Conforme a la legislación de Virginia, es su responsabilidad entregar una copia de sus instrucciones médicas anticipadas a su médico tratante. Se recomienda que usted también entregue copias a su representante, a sus familiares cercanos y a sus amigos.

