

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 de la salud*” 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 entre otros, los medicamentos, la cirugía, las transfusiones de sangre, la quimioterapia; la terapia de radiación, la internación en un hospital, casa de reposo, institución de vivienda asistida u otro establecimiento de atención de salud, el tratamiento psiquiátrico u otro tratamiento mental, y procedimientos para prolongar la vida y los 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 de salud propuesta; incapaz de realizar una evaluación racional de los riesgos y de los beneficios de una decisión de atención de salud 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 revisor de capacidad en caso que la ley exija la certificación de un revisor de capacidad después de realizarme un examen personal y deberá ser certificada por escrito. Dicha certificación será solicitada antes de brindar, continuar, detener o retirar la atención de salud; antes de que se faculte a cualquier representante designado para tomar decisiones de salud en mi nombre; y antes o tan pronto como sea posible de manera razonable después de que la atención de salud sea proporcionada, continuada, detenida o retirada y por cada período de 180 días posteriores mientras la necesidad de atención de salud continúe.

Si en cualquier momento se determina que soy incapaz de tomar decisiones informadas, seré notificado, en la medida en que yo sea capaz de recibir tal notificación, de que se ha tomado tal determinación antes de que la atención de salud se brinde, continúe, detenga o retire. Tal notificación también se cursará, 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 de atención de salud 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 de salud 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 de salud 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 reanimación 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 mi incapacidad para dar instrucciones con respecto al uso de dichos procedimientos 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 de salud y a aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

*(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: Procedimientos para prolongar la vida (relacionados con la respiración artificial, la RCP, la nutrición y la hidratación por medios artificiales). Doy las siguientes instrucciones: \_\_\_\_\_



**Mary Washington Healthcare**

**Instrucción médica anticipada de Virginia (Virginia Advance Medical Directive)**





otros que afecten cualquier función corporal incluida, a título ilustrativo, la respiración artificial, la nutrición y la hidratación administrada por medios artificiales y la reanimación 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 hospitalización o alta (incluido mi traslado a otro establecimiento) de cualquier hospital, hospicio, casa de reposo o institución de vivienda asistida, u otro establecimiento de atención médica.

**Las secciones E y F se refieren a la hospitalización autorizada en un establecimiento de atención de salud para tratar enfermedades mentales:**

E. Autorizar mi internación en un centro de atención de salud 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 de salud 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)

G. Autorizar los siguientes tipos específicos de atención de salud 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)



**Mary Washington Healthcare**

**Instrucción médica anticipada de Virginia (Virginia Advance Medical Directive)**



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 de salud, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

---

---

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

J. Autorizar mi participación en un estudio de atención de salud 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 percibir un beneficio terapéutico directo para mí.

K. Autorizar mi participación en cualquier estudio de atención de salud 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, dejen las siguientes instrucciones a mi representante:

---

---

---

### **Sección 3: Comprendo que mis instrucciones anticipadas establecen mis elecciones con respecto a mi atención de salud y que no caducarán en caso de mi incapacidad.**

#### **Instrucciones para la atención de salud:**

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

Yo específicamente doy instrucciones de que se me brinde la siguiente atención de salud 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 de salud 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**



**Mary Washington Healthcare**

**Instrucción médica anticipada de Virginia (Virginia Advance Medical Directive)**



*(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 (Name of Agent)	Teléfono (Telephone)	Fax (Fax)
Dirección	Correo electrónico (Email)	

Además, dejo las siguientes instrucciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Instrucciones del declarante, si las hubiera, en cuanto a donación anatómica u órgano, tejido u ojos)  
*(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.*



**Instrucción médica anticipada de Virginia (Virginia Advance Medical Directive)**

