

**CÓMO COMPLETAR LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS BÁSICAS DE ATENCIÓN DE  
SALUD DE MARY WASHINGTON  
(HOW TO COMPLETE THE BASIC MARY WASHINGTON HEALTH CARE ADVANCE DIRECTIVE)**

Las instrucciones médicas anticipadas le permiten proporcionar indicaciones acerca de su atención de salud ante la incapacidad temporal o permanente de expresar sus deseos. Este es un formulario corto que indica la terminología recomendada por la ley de Virginia a fin de redactar las Instrucciones Anticipadas. Existe un documento más extenso que incluye indicaciones acerca de la atención de salud mental y la manera de proceder en caso de que usted rechace las decisiones de mi poder notarial luego de perder la capacidad. Usted puede optar por completar dicho formulario en lugar de este, o puede utilizar otro formulario o incluso puede escribir sus deseos por sí mismo. Las instrucciones anticipadas tendrán validez legal siempre y cuando se encuentren firmadas, se incluya la fecha y en se realicen en presencia de 2 testigos.

**A. Información de identificación**

Indique su nombre en la primera línea como la persona que completa las instrucciones anticipadas.

**B. En esta sección, podrá nombrar a la persona que desea que tome las decisiones acerca de su atención de salud por usted ante su incapacidad temporal o permanente de expresarse por sí mismo. Dicha persona puede ser un familiar, pero no es condición excluyente que la persona se encuentre relacionada con usted. Es importante que elija a una persona que conozca sus deseos y que pueda comprender y tomar las decisiones acerca de la atención de su salud.**

1. Complete con el nombre, dirección y número de teléfono de la persona que usted desea que tome las decisiones en cuanto a la atención de su salud en caso de que usted no pueda expresarse por sí mismo, así como de una persona secundaria si el representante mencionado en primer lugar no se encuentra disponible o no puede desempeñarse como tal. Su representante deberá tomar las decisiones en función de sus deseos y de sus preferencias, de su estado de salud y de sus creencias y valores.
2. La siguiente sección menciona una lista de facultades que usted puede otorgar a su representante. Tache las opciones que no desee.
3. Si usted desea que su Poder Notarial para Asuntos Médicos/Representante controle sus visitas, complete las indicaciones que se encuentran en el N° 9.
4. En la parte inferior de la página, usted puede proporcionar instrucciones adicionales o facultades a su representante de atención de salud.

**C. Instrucciones para la atención de la salud**

1. El N° 1 le proporciona instrucciones con respecto a la atención que usted desearía que le brinden o que suspendan si se determina que se encuentra muy próximo a la muerte y que el tratamiento médico no lo ayudaría a recuperarse. Elija la casilla que indique el tipo de atención que usted desearía en esa situación o escriba sus propias instrucciones acerca de lo que usted desearía o no desearía.
2. El N° 2 le brinda la oportunidad de indicar el tipo de atención que usted desearía si su afección afecta su conciencia de sí mismo o de su entorno y es razonablemente preciso el hecho de que usted nunca recuperará esta conciencia, ni siquiera con tratamiento médico. Elija la casilla que indique el tipo

de atención que usted desearía en esa situación o escriba sus propias instrucciones acerca de aquello que usted desearía o no desearía.

3. Esta sección le brinda una oportunidad para indicar los tratamientos que usted desea o no desearía bajo ciertas circunstancias, incluso si usted no se encuentra en estado terminal o permanentemente sin respuesta. Escriba aquí cualquier instrucción que a usted desearía que se aplique en ese caso.

D. Afirmación y derecho a revocar

1. Firme e indique fecha en el documento.
2. Dos testigos adultos deberían firmar e indicar la aclaración de sus nombres. Deben tener 18 años o más y pueden ser uno de los cónyuges, familiar sanguíneo o miembro de su equipo de atención de salud.

**Si usted desea realizar disposiciones para los pacientes de atención de la salud mental, utilice el Formulario alternativo para las Instrucciones médicas anticipadas de Virginia.**

Yo, \_\_\_\_\_, voluntariamente doy a conocer mis deseos en caso de que no sea capaz

Aclaración del nombre de la persona que realiza esta Instrucción anticipada para atención de salud (Declarante)

de tomar una decisión informada acerca de mi atención de salud, a saber:

*(USTED PUEDE INCLUIR TODAS O PARTE DE LAS DISPOSICIONES CONTEMPLADAS EN LAS SECCIONES I Y II A CONTINUACIÓN.)*

**SECCIÓN I: DESIGNACIÓN Y FACULTADES DE MI REPRESENTANTE**

*(TACHE ESTA SECCIÓN SI NO DESEA DESIGNAR A UN REPRESENTANTE PARA QUE TOMA DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA POR USTED.)*

**A. Designación de mi representante**

Por el presente, designo a \_\_\_\_\_  
Nombre del representante principal (Name of Primary Agent) Correo electrónico (E-mail Address)

\_\_\_\_\_  
Dirección particular (Home Address) Número de teléfono (Telephone Number)

en carácter de mi representante para tomar decisiones de atención de salud en mi representación según lo autoriza el presente documento. Si el representante principal mencionado con anterioridad no se encuentra razonablemente disponible o está imposibilitado de actuar como mi representante, entonces, designo como representante secundario a fin de actuar en este carácter a:

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante secundario (Name of Successor Agent) Correo electrónico (E-mail Address)

\_\_\_\_\_  
Dirección particular Número de teléfono (Telephone Number)

Otorgo a mi representante plena facultad para tomar decisiones de atención de salud en mi representación conforme a las disposiciones mencionadas a continuación. Mi representante tendrá esta facultad siempre que y por el tiempo que se declare mi incapacidad de tomar una decisión informada. Al tomar decisiones de atención de salud en mi representación, deseo que mi representante cumpla con mis deseos y preferencias conforme se dispone en este documento o conforme a los conocimientos que el/ella tuviera. Si mi representante no puede determinar cuál hubiera sido mi propia elección de atención de salud, mi representante deberá elegir por mí en función de lo que cree que será mejor en mi propio beneficio.

**B. Facultades de mi representante**

*(SI USTED DESIGNA UN REPRESENTANTE ARRIBA, USTED PUEDE OTORGARLE LAS FACULTADES SUGERIDAS A CONTINUACIÓN. USTED PODRÁ TACHAR CUALQUIER FACULTAD MENCIONADA QUE USTED NO DESEA OTORGAR A SU REPRESENTANTE Y AGREGAR CUALQUIER FACULTAD ADICIONAL QUE USTED DESEA OTORGARLE A SU REPRESENTANTE.)*

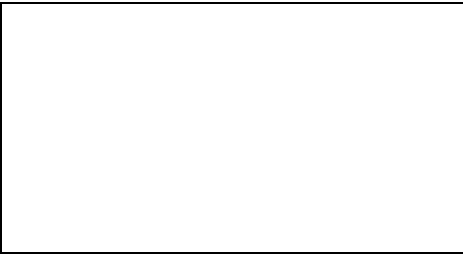
Las facultades de mi representante incluyen:

1. Prestar, rechazar o retirar su consentimiento en cuanto a cualquier tipo de atención de salud, incluyendo, a modo ilustrativo, la respiración artificial (respirador), nutrición e hidratación artificial (alimentación mediante sonda y líquidos IV) y reanimación cardiopulmonar (RCP). Esta autorización incluye específicamente la facultad de prestar consentimiento para la aplicación de dosis de analgésicos en exceso a la dosis recomendada administrando la cantidad suficiente para aliviar el dolor. Esto se aplica incluso si este medicamento conlleva el riesgo adicional o inadvertido de acelerar mi muerte.
2. 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, incluidas, a título ilustrativo, las historias clínicas y los registros hospitalarios, y prestar su consentimiento respecto de la divulgación de dicha información conforme se requiera a fin de cumplir con las instrucciones mencionadas en esta instrucción anticipada.
3. Contratar y despedir a mis profesionales de la salud.
4. Autorizar mi hospitalización, traslado o alta desde y hacia cualquier hospital, hospicio, casa de reposo o institución de vivienda asistida, u otro establecimiento de atención médica.
5. Continuar actuando como mi representante si yo rechazo la autoridad de mi representante después de que se haya determinado mi incapacidad de tomar una decisión informada.
6. Autorizar mi participación en cualquier 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 obtener un beneficio terapéutico directo para mí.
7. 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.
8. Tomar decisiones acerca de las visitas en todo momento durante mi hospitalización en cualquier establecimiento de atención de salud, de acuerdo con las siguientes instrucciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Llevar a cabo cualquier acción legal que pueda ser necesaria para tomar estas decisiones, incluido otorgar la liberación de responsabilidad a mis proveedores médicos.
10. Donar todo o parte de mi cuerpo para transplantes, terapia, investigación o educación.

FACULTADES ADICIONALES, SI LAS HUBIERA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Instrucción médica anticipada de Virginia para atención de salud – Formulario básico (Virginia Advance Directive for Health Care – Basic Form)**



## SECCIÓN II: MIS INSTRUCCIONES DE ATENCIÓN DE SALUD

(USTED PUEDE UTILIZAR TODAS O PARTE DE LAS DISPOSICIONES DE LAS PARTES 1, 2 Y 3 DE ESTA SECCIÓN PARA BRINDAR INSTRUCCIONES ACERCA DE SU ATENCIÓN DE SALUD, AUN SI NO DESEA TENER UN REPRESENTANTE. SI USTED OPTA POR NO BRINDAR INSTRUCCIONES POR ESCRITO, LAS DECISIONES SE TOMARÁN EN BASE A SUS VALORES Y DESEOS Y TENIENDO EN CUENTA LO QUE ES MEJOR PARA USTED.)

1. Dispongo las siguientes instrucciones en caso de que mi médico tratante determine que mi muerte es inminente (muy cercana) y que el tratamiento médico no me ayudará a recuperarme: [SÓLO MARQUE 1 CASILLA EN ESTA PARTE 1.]
- No deseo ningún tratamiento para prolongar mi vida. Esto incluye alimentación mediante sonda, líquidos IV, reanimación cardiopulmonar (RCP), ventilador/respirador (dispositivo auxiliar de respiración), diálisis renal o antibióticos. Comprendo que continuaré recibiendo tratamiento para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo.
- Deseo que todos los tratamientos para prolongar la vida se utilicen el mayor tiempo posible dentro de los límites de los estándares de atención de salud generalmente aceptados. Comprendo que continuaré recibiendo tratamiento para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo. (O)
- [AQUÍ USTED PUEDE INDICAR POR ESCRITO SUS PROPIAS INSTRUCCIONES ACERCA DE SU ATENCIÓN CUANDO USTED ESTÉ MURIENDO, INCLUYENDO INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS ACERCA DE LOS TRATAMIENTOS QUE USTED NO DESEA, SIEMPRE QUE SEAN ADECUADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO. ES IMPORTANTE QUE SUS INSTRUCCIONES MENCIONADAS EN ESTE ESPACIO NO SE CONTRADIGAN CON OTRAS INSTRUCCIONES QUE USTED HAYA DISPUESTO EN ESTA INSTRUCCIÓN ANTIPADA.]
- 
2. Dispongo las siguientes instrucciones si mi afección afecta mi conciencia acerca de mí mismo o de mi entorno o soy incapaz de interactuar con otros, y es razonablemente preciso el hecho de que nunca recuperaré esta conciencia o habilidad, ni siquiera con tratamiento médico. [SÓLO MARQUE 1 CASILLA EN ESTA PARTE 2.]
- No deseo ningún tratamiento para prolongar mi vida. Esto incluye alimentación mediante sonda, líquidos IV, reanimación cardiopulmonar (RCP), ventilador/respirador (dispositivo auxiliar de respiración), diálisis renal o antibióticos. Comprendo que continuaré recibiendo tratamiento para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo.
- Deseo intentar tratamientos por un período de tiempo con la esperanza de mejorar de algún modo mi afección. Yo sugiero \_\_\_\_\_ como un plazo de tiempo luego del cual dicho tratamiento debería detenerse si mi afección no ha mejorado. El plazo de tiempo exacto es aquel que mi representante o suplente considere adecuado en combinación con el médico. Comprendo que continuaré recibiendo tratamiento para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo. (O)
- [AQUÍ USTED PUEDE INDICAR POR ESCRITO SUS PROPIAS INSTRUCCIONES ACERCA DE SU ATENCIÓN CUANDO USTED ESTÉ MURIENDO, INCLUYENDO INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS ACERCA DE LOS TRATAMIENTOS QUE USTED NO DESEA, SIEMPRE QUE SEAN ADECUADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO. ES IMPORTANTE QUE SUS INSTRUCCIONES MENCIONADAS EN ESTE ESPACIO NO SE CONTRADIGAN CON OTRAS INSTRUCCIONES QUE USTED HAYA DISPUESTO EN ESTA INSTRUCCIÓN ANTIPADA.]
- 
3. Dispongo las siguientes instrucciones adicionales en cuanto a mi atención de salud:
- [AQUÍ USTED PUEDE INDICAR POR ESCRITO SUS PROPIAS INSTRUCCIONES ACERCA DE SU ATENCIÓN CUANDO USTED ESTÉ MURIENDO, INCLUYENDO INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS ACERCA DE LOS TRATAMIENTOS QUE USTED NO DESEA, SIEMPRE QUE SEAN ADECUADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO. ES IMPORTANTE QUE SUS INSTRUCCIONES MENCIONADAS EN ESTE ESPACIO NO SE CONTRADIGAN CON OTRAS INSTRUCCIONES QUE USTED HAYA DISPUESTO EN ESTA INSTRUCCIÓN ANTIPADA.]
- 

**AFIRMACIÓN Y DERECHO A REVOCAR:** La firma que aparece a continuación indica que comprendo este documento y que celebro el mismo voluntariamente. Asimismo, comprendo que puedo revocar todo o parte del presente en cualquier momento conforme lo dispone la ley.

Fecha (Date)

Firma del declarante (Signature of Declarant)

El declarante firma la presente instrucción anticipada ante mí. [SE REQUIERE LA PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS]

Firma del testigo (Witness Signature)

Aclaración del testigo (Witness Printed)

Firma del testigo (Witness Signature)

Aclaración del testigo (Witness Printed)

Este formulario cumple con los requisitos dispuesto en la Ley de Decisiones de Atención de la Salud de Virginia. 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. Es su responsabilidad entregar una copia de sus instrucciones médicas anticipadas a su médico tratante. Del mismo modo, debe entregar copias a su representante, familiares cercanos y/o amigos. La Asociación de Atención de la Salud y Hospitales de Virginia proporciona este formulario como un servicio a sus miembros y al público. (Marzo 2010, [www.vhha.com](http://www.vhha.com))



Mary Washington Healthcare

**Instrucción médica anticipada de Virginia para atención de salud –  
Formulario básico (Virginia Advance Directive for Health Care – Basic Form)**