

Si desea estipular disposiciones para pacientes que reciben atención de salud mental, participan en investigaciones o reciben cuidados durante el embarazo utilice el Formulario alternativo de voluntad anticipada en Virginia.

Yo, _____, de manera voluntaria e intencional presento mis deseos en caso de que me encuentre incapacitado
Nombre en letra imprenta del individuo que estipula esta Voluntad anticipada sobre atención médica (Declarante)

de tomar decisiones informadas sobre mi atención médica:

(PUEDE INCLUIR CUALQUIERA O TODAS LAS DISPOSICIONES INCLUIDAS EN LAS SECCIONES I Y II ABAJO).

SECCIÓN I: NOMBRAMIENTO Y PODERES DE MI AGENTE

(TACHE ESTA SECCIÓN SI NO DESEA NOMBRAR A UN AGENTE PARA QUE TOMA DECISIONES SOBRE ATENCIÓN MÉDICA EN SU NOMBRE)

A. Nombramiento de mi agente

Por el presente nombro a _____

Nombre del agente principal

Dirección de correo electrónico

Domicilio particular

Número telefónico

como mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre como se autoriza en este documento Si el agente principal antes mencionado no está disponible o no puede actuar como mi agente, entonces nombro a un agente sucesor para que se desempeñe esta función.

Nombre del agente sucesor

Dirección de correo electrónico

Domicilio particular

Número telefónico

Otorgo a mi agente total poder y autoridad para tomar decisiones sobre atención médica en mi nombre como se describe abajo. Mi agente tendrá esa autoridad siempre que se determine que soy incapaz de tomar decisiones informadas y por el tiempo que dure esa condición. Al tomar decisiones sobre atención médica en mi nombre, quiero que mi agente tenga en cuenta mis deseos y preferencias como se estipulan en este documento o que él o ella conozca. Si mi agente no puede determinar qué opción médica hubiera tomado yo mismo, deberá tomar una decisión en función de lo que crea mejor para mis intereses.

B. Poderes de mi agente

(SI NOMBRA A UN AGENTE ARRIBA, POSIBLEMENTE DEBA OTORGARLE LOS PODERES QUE SE SUGIEREN ABAJO. PUEDE TACHAR LOS PODERES QUE SE MUESTRAN ABAJO Y QUE NO QUIERE OTORGARLE A SU AGENTE Y AGREGAR PODERES ADICIONALES QUE DESEE PROPORCIONARLE A SU AGENTE).

Los poderes de mi agente incluirán:

1. Aprobar, rechazar o retirar el consentimiento para cualquier tipo de atención médica, que incluye, entre otros, respiración artificial (respirador), nutrición (alimentación por tubo) e hidratación (fluidos por intravenosa) artificiales y resucitación cardiopulmonar (RCP). Esta autorización incluye específicamente el poder para aceptar la administración de dosis de medicación para aliviar el dolor que exceda las dosis recomendadas en cantidades suficientes para aliviar el dolor. Esto también aplica si dicha medicación presenta riesgo de adicción o sin querer apresura mi muerte.

2. Solicitar, recibir y analizar cualquier información, escrita u oral, sobre mi salud física y mental, como registros médicos y hospitalarios, y autorizar la divulgación de dicha información cuando sea necesario para cumplir con mis instrucciones establecidas en esta voluntad anticipada.

3. Emplear y despedir a los médicos que me proporcionan atención.

4. Autorizar mi admisión, transferencia o alta, desde o a un hospital, hospicio, residencia, vivienda con servicios de apoyo u otras instalaciones de atención médica.

5. A continuar actuando como mi agente incluso si me opongo a su autoridad una vez que se haya determinado mi incapacidad para tomar decisiones informadas.

6. Autorizar mi participación en cualquier estudio de atención médica aprobado por una junta de revisión institucional o una comisión de revisión de investigaciones, conforme a las leyes estatales o federales aplicables, si el estudio ofrece la posibilidad de proporcionarme beneficios terapéuticos directos.

7. Autorizar mi participación en cualquier estudio de atención médica aprobado por una junta de revisión institucional o una comisión de revisión de investigaciones, conforme a las leyes estatales o federales aplicables, que pretenda mejorar la comprensión científica de cualquier afección que pueda padecer o que promueva el bienestar humano, aunque el estudio no ofrezca la posibilidad de proporcionarme beneficios.

8. Tomar decisiones sobre las visitas durante el tiempo que me encuentre internado en instalaciones de atención médica, teniendo en cuenta la siguiente indicación:

9. Tomar medidas legales que puedan ser necesarias para llevar a cabo estas decisiones, que incluye la concesión de exención de responsabilidades a los proveedores médicos.

10. Donar todo o parte de mi cuerpo para trasplantes, terapias, investigación o fines educativos.

PODERES ADICIONALES, SI EXISTIEREN: _____



SECCIÓN II: INSTRUCCIONES SOBRE MI ATENCIÓN MÉDICA

(PUEDE UTILIZAR UNA FRACCIÓN O LA TOTALIDAD DE LAS SECCIONES 1, 2 O 3 DE ESTA SECCIÓN PARA DAR INSTRUCCIONES SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA, INCLUSO SI NO DESEA NOMBRAR A UN AGENTE. SI OPTA POR NO PROPORCIONAR INSTRUCCIONES POR ESCRITO, LAS DECISIONES SE TOMARÁN EN FUNCIÓN DE SUS VALORES Y DESEOS, SI SE CONOCEN. SI NO, SE TOMARÁN EN FUNCIÓN DE LO QUE SEA MEJOR PARA USTED).

1. Proporciono las siguientes instrucciones en caso de que mi médico determine que mi muerte es inminente (muy pronto) y que los tratamientos médicos no ayudarán a mi recuperación: *[SOLAMENTE SELECCIONE 1 CASILLA EN ESTA PARTE 1.]*
- No deseo recibir ningún tratamiento que prolongue mi vida. Eso incluye la alimentación por tubo, fluidos por sonda intravenosa, resucitación cardiopulmonar (RCP), ventilador/respirador (máquina de respiración), diálisis y antibióticos. Comprendo que recibiré tratamiento para aliviar dolores y sentirme cómodo.
 - Deseo recibir todos los tratamientos para prolongar la vida, siempre que sean posibles, dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados. Comprendo que recibiré tratamiento para aliviar dolores y sentirme cómodo. (O)
 - [PUEDE ESCRIBIR AQUÍ SUS INSTRUCCIONES SOBRE LA ATENCIÓN AL MOMENTO DE LA MUERTE, QUE INCLUYE INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS SOBRE LOS TRATAMIENTOS QUE NO DESEA NI QUIERE RECIBIR, SI ES MÉDICAMENTE APROPIADO. ES IMPORTANTE QUE LAS INSTRUCCIONES QUE SEÑALE AQUÍ NO PRESENTEN UN CONFLICTO CON LAS INSTRUCCIONES QUE HAYA SUMINISTRADO EN ESTA VOLUNTAD ANTICIPADA]:*
-
2. Proporciono las siguientes instrucciones en caso de que mi condición no me deje ser consciente de mi mismo y mi entorno o me impida interactuar con otros, y que sea razonablemente cierto que no recobraré la conciencia o capacidad, aun con tratamiento médico: *[SOLAMENTE SELECCIONE 1 CASILLA EN ESTA PARTE 2.]*
- No deseo recibir tratamientos que prolonguen mi vida. Eso incluye la alimentación por tubo, fluidos por sonda intravenosa, resucitación cardiopulmonar (RCP), ventilador/respirador (máquina de respiración), diálisis o antibióticos. Comprendo que recibiré tratamientos para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo.
 - Quiero recibir tratamientos por un período de tiempo a la espera de que se vea alguna mejora en mi condición. Sugiero _____ como momento en que la administración de dicho tratamiento deberá suspenderse si mi condición no muestra mejoras. El momento exacto quedará a discreción de mi agente o sustituto en consulta con el médico. Comprendo que recibiré tratamientos para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo. (O)
 - [PUEDE ESCRIBIR AQUÍ SUS INSTRUCCIONES SOBRE LA ATENCIÓN AL MOMENTO DE LA MUERTE, QUE INCLUYE INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS SOBRE LOS TRATAMIENTOS QUE NO DESEA NI QUIERE RECIBIR, SI ES MÉDICAMENTE APROPIADO. ES IMPORTANTE QUE LAS INSTRUCCIONES QUE SEÑALE AQUÍ NO PRESENTEN UN CONFLICTO CON LAS INSTRUCCIONES QUE HAYA SUMINISTRADO EN ESTA VOLUNTAD ANTICIPADA]:*
-
3. Proporciono las siguientes instrucciones adicionales sobre mi atención médica:
- [PUEDE ESCRIBIR AQUÍ SUS INSTRUCCIONES SOBRE LA ATENCIÓN AL MOMENTO DE LA MUERTE, QUE INCLUYE INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS SOBRE LOS TRATAMIENTOS QUE NO DESEA NI QUIERE RECIBIR, SI ES MÉDICAMENTE APROPIADO. ES IMPORTANTE QUE LAS INSTRUCCIONES QUE SEÑALE AQUÍ NO PRESENTEN UN CONFLICTO CON LAS INSTRUCCIONES QUE HAYA SUMINISTRADO EN ESTA VOLUNTAD ANTICIPADA]:*
-

AFIRMACIÓN Y DERECHO A REVOCAR: Al firmar abajo, indico que comprendo este documento y que soy mental y emocionalmente capaz de ejecutarlo. También comprendo que puedo revocar todo o parte de este documento en cualquier momento, como lo estipula la ley.

Fecha
Date

Firma del declarante
Signature of Declarant

El declarante firma la presente voluntad anticipada en mi presencia. *[ES NECESARIA LA PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS]*

Firma del testigo
Witness Signature

Aclaración
Witness Printed

Firma del testigo
Witness Signature

Aclaración
Witness Printed

El formulario satisface los requisitos de la Ley de decisiones de atención médica (Health Care Decisions Act) de Virginia. Si tiene dudas legales sobre este formulario o desea desarrollar un formulario diferente que se adapte a sus necesidades particulares, comuníquese con un abogado. Usted es debe proporcionar una copia de su voluntad anticipada a su médico. También debería facilitar una copia a su agente, parientes cercanos o amigos. Este formulario lo proporciona Virginia Hospital & Healthcare Association como un servicio a sus miembros y al público. (Marzo de 2010, www.vhha.com)



PATIENT IDENTIFICATION