

Voluntad médica anticipada realizada el día _____ de _____, _____.

Yo, _____, de manera voluntaria e intencional expreso mis deseos en caso de que me encuentre incapacitado para tomar una decisión informada:

El término “*atención de salud*” se refiere a: la provisión de servicios a cualquier individuo a fines de prevenir, aliviar, sanar o curar una lesión, enfermedad humana o discapacidad física, que incluye, entre otros, medicamentos; cirugías; transfusiones de sangre; quimioterapia; terapia de radiación; hospitalización; hogar de ancianos; vivienda con servicios de apoyo u otras instalaciones para el cuidado de la salud; psiquiátricos o tratamientos para la atención médica; y procedimientos para prolongar la vida y recibir tratamientos paliativos.

La frase “*incapaz de tomar una decisión informada*” quiere decir: incapaz de comprender la naturaleza, el alcance y las posibles consecuencias de una atención médica posible; incapaz de realizar una evaluación racional de los riesgos y beneficios de una atención médica propuesta comparando los riesgos y beneficios de alternativas a esa decisión; o incapaz de comunicar esa comprensión de alguna forma.

Mi médico y un revisor de capacidad, si la ley estipula la necesidad de una certificación por parte de un revisor de capacidad, determinarán que soy incapaz de tomar una decisión informada, luego de un examen de mi persona y una certificación por escrito. Dicha certificación será necesaria antes de que se proporcione, continúe, retenga o retire la atención médica; antes de que cualquier agente mencionado tenga autoridad para tomar decisiones de atención médica en mi nombre; y antes, o cuando sea razonablemente viable después de que la atención médica se proporcione, continúe, retenga o retire; y cada 180 días a partir de entonces mientras continúe la necesidad de atención médica.

Si, en cualquier momento, se determina que soy incapaz de tomar una decisión informada, me deberán notificar, en la medida en que sea capaz de recibir dicha notificación, que dicha determinación se tomó antes de que se proporcione, continúe, retenga o retire la atención médica. Esa notificación también deberá informarse, tan pronto como sea posible, al agente que yo nombre o a la persona autorizada por las leyes de Virginia para que tome decisiones médicas en mi nombre. Si luego, tras un examen personal, mi médico determina por escrito que soy capaz de tomar decisiones informadas, cualquier otra decisión médica requerirá mi consentimiento informado.

Sección 1: Comprendo que mi voluntad anticipada incluye mis elecciones respecto del cuidado paliativo.

Instrucciones de Cuidados paliativos: Testamento vital

(Tache esta sección si no desea proporcionar instrucciones sobre su atención médica en caso de una enfermedad terminal).

Si en algún momento mi médico determina que presento una enfermedad terminal en que la aplicación de **procedimientos para extender la vida** (como respiración artificial, resucitación cardiopulmonar, nutrición e hidratación administrada de forma artificial) solamente servirá para prolongar artificialmente el proceso de muerte, indico que esos procedimientos deberán retenerse o retirarse, y que se me permita morir de forma natural con la administración de medicación solamente o la puesta en práctica de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para darme comodidad o aliviar el dolor.

En la ausencia de mi capacidad para proporcionar indicaciones sobre el uso de dichos procedimientos para extender la vida, deseo que esta declaración la honre *mi familia y médico* como la expresión final de mis derechos legales a rechazar a tratamientos médicos y la aceptación de las consecuencias de dicho rechazo.

(Tache las opciones I y II que se muestran abajo si no desea proporcionar indicaciones adicionales sobre cuidados paliativos).

Indico específicamente que se me proporcionen:

Opción I: Procedimientos para extender la vida (como respiración artificial, RCP, nutrición e hidratación administradas de forma artificial). Indico que: _____

Opción II: Cuidados adicionales a los procedimientos para extender la vida en caso de una afección terminal. Indico que: _____

Opción III: PROCEDIMIENTOS PARA PROLONGAR LA VIDA DURANTE EL EMBARAZO. *(Aquí puede proporcionar instrucciones adicionales o modificar las instrucciones indicadas sobre los procedimientos relacionados con los procedimientos para prolongar la vida que aplicarán si está embarazada al momento en que su médico determine que usted padece una afección terminal).*



CH0015



Mary Washington Healthcare

Virginia Advance Medical Directive
(Voluntad médica anticipada en Virginia)

FR-2091-MWHC 9/2010

Página 1 de 5

PATIENT IDENTIFICATION

Si estoy embarazada cuando mi médico determina que presento una afección terminal, mi decisión sobre los procedimientos para prolongar la vida deberán modificarse de la siguiente forma:

Sección 2: Comprendo que mi voluntad anticipada puede incluir la selección de un agente para que tome decisiones sobre mi atención médica en mi nombre.

(Tache las secciones I y II que se muestran abajo si no desea nombrar a un agente para que tome decisiones sobre atención médica en su nombre)

I. Nombramiento de un agente:

Por el presente nombro como mi agente principal para tomar decisiones de atención médica en mi nombre como se autoriza en este documento a quien sigue.

Agente principal	Teléfono	Fax
------------------	----------	-----

Domicilio	Correo electrónico
-----------	--------------------

Si el agente antes mencionado no está disponible o no desea actuar como mi agente, entonces nombro al siguiente agente sucesor:

Agente sucesor	Teléfono	Fax
----------------	----------	-----

Domicilio	Correo electrónico
-----------	--------------------

Por el presente otorgo a mi agente total poder y autoridad para tomar decisiones sobre atención médica en mi nombre como se describe abajo siempre que se determine que soy incapaz de tomar decisiones informadas. La autoridad de mi agente será efectiva siempre que yo no sea capaz de tomar una decisión informada.

Al ejercer el poder para tomar decisiones sobre atención médica en mi nombre, mi agente deberá ceñirse a mis deseos y preferencias expresadas en este documento o conocidas por mi agente. Mi agente deberá guiarse por mi diagnóstico y pronóstico médico y cualquier información proporcionada por mi médico sobre la carácter invasivo, el dolor, los riesgos y efectos secundarios asociados con el tratamiento y la falta de tratamiento.

Mi agente no deberá tomar decisiones sobre mi atención médica que sepa, o tras una investigación razonable deba saber, que van en contra de mis creencias religiosas o mis valores básicos, expresados de forma escrita u oral. Si mi agente no puede determinar qué opción médica hubiera tomado yo mismo, deberá tomar una decisión en función de lo que cree mejor para mis intereses.

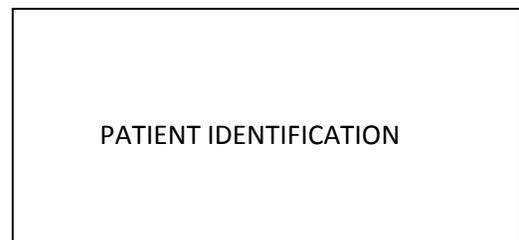
Además, mi agente no deberá ser responsable por los costos de atención médica que autorice.

II. Poderes de mi agente:

Los poderes de mi agente incluirán:

(Tache los poderes que aparecen en esta sección que no desee otorgarle a su agente y agregue los poderes o instrucciones que si desee proporcionarle)

A. Consentir, rechazar o retirar su consentimiento para cualquier tipo de atención médica, tratamiento, procedimiento quirúrgico, procedimiento de diagnóstico, medicación y uso de procedimientos mecánicos u otros que puedan afectar alguna función corporal, que incluye, entre otros, respiración artificial, nutrición e hidratación administradas de forma artificial y resucitación cardiopulmonar. Esta autorización incluye específicamente el poder para aceptar la administración de dosis de medicación para aliviar el dolor que excedan las dosis recomendadas en cantidades suficientes para aliviar el dolor, aun si dicha medicación presenta el riesgo de adicción o sin querer apresura mi muerte;



B. Solicitar, recibir y analizar cualquier información, escrita u oral, sobre mi salud física y mental, como: registros médicos y hospitalarios, y consentir la divulgación de dicha información.

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

D. Autorizar mi admisión o alta (que incluye la transferencia a otras instalaciones) de cualquier hospital, hospicio, residencia, vivienda con servicios de apoyo u otras instalaciones de atención médica.

Las secciones E y F hacen referencia a la admisión autorizada a instalaciones de asistencia médica para enfermedades mentales:

E. Autorizar mi admisión a instalaciones de atención médica para el tratamiento de enfermedades mentales por no más de 10 días naturales **siempre que yo no me oponga a dicha admisión** y que un médico designado por las instalaciones propuestas me examine y determine por escrito que padezco una enfermedad mental, que soy incapaz de tomar una decisión informada sobre mi admisión, que necesito tratamientos en las instalaciones y autorice mi alta (o transferencia) de las instalaciones.

F. Autorizar mi admisión a instalaciones de atención médica para el tratamiento de enfermedades mentales por no más de 10 días naturales, **incluso si me opongo a dicha decisión**, si un médico designado por las instalaciones propuestas me examina y determina por escrito que presento una enfermedad mental, que no soy capaz de tomar decisiones informadas sobre mi admisión y que necesito recibir tratamientos en las instalaciones, y que autorice mi alta (o transferencia) de las instalaciones.

Declaración del médico: Soy el médico o psicólogo clínico certificado del declarante de esta voluntad anticipada. Por el presente certifico que creo que el declarante cuenta con la capacidad de tomar decisiones informadas y que entiende las consecuencias de esta voluntad anticipada.

Firma del médico
Physician Signature

Fecha
Date

Aclaración de la firma del médico
Physician Name printed

G. Autorizar los siguientes tipos de atenciones médicas específicas identificadas en esta voluntad anticipada, **aun si me opongo**.
(Realice una referencia cruzada con cualquier sección de esta voluntad anticipada que corresponda).

Declaración del médico: Soy el médico o psicólogo clínico certificado del declarante de esta voluntad anticipada. Por el presente certifico que creo que el declarante cuenta con la capacidad de tomar decisiones informadas y que el declarante entiende las consecuencias de esta voluntad anticipada.

Firma del médico
Physician Signature

Fecha
Date

Aclaración de la firma del médico
Physician Name printed

H. A continuar actuando como mi agente **aun si me opongo a** su autoridad una vez que se haya determinado mi incapacidad para tomar una decisión informada.



I. Tomar decisiones sobre quiénes pueden visitarme durante el tiempo que me encuentre internado en instalaciones de atención médica, teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:

Las secciones J y K hacen referencia a la participación autorizada en estudios de atención médica:

J. Autorizar mi participación en estudios de atención médica aprobados 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.

K. 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.

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

Poderes adicionales/límites/instrucciones:

Proporciono las siguientes instrucciones adicionales para mi agente:

Sección 3: Comprendo que mi voluntad anticipada describe mis elecciones sobre la atención médica y que no finalizará en caso de discapacidad.

Instrucciones sobre atención médica:

(Tache las secciones que se muestran abajo si no desea proporcionar instrucciones específicas sobre su atención médica)

Indico específicamente que recibiré la siguiente atención médica si es médicamente apropiado conforme a las circunstancias determinadas por mi médico: _____

Indico específicamente que no recibiré la siguiente atención médica ante estas circunstancias: _____

Sección 4: Comprendo que mi voluntad anticipada pueden incluir la selección de un agente que determine mis elecciones sobre donaciones anatómicas, de órganos, tejido y ojos.

Nombramiento de un agente para que realice donaciones anatómicas, de órganos, tejidos y ojos

(Tache esta sección si no desea señalar a un agente para que realice donaciones anatómicas, de órganos, tejidos y ojos en su nombre)

Luego de mi muerte, indico que podrán realizarse donaciones anatómicas de todo mi cuerpo o ciertos órganos, tejidos u ojos conforme a las leyes aplicables de Virginia y en conformidad con las siguientes indicaciones, si existieren. Por el presente nombro como agente para realizar donaciones anatómicas, de órganos, tejido u ojos después de mi muerte (elija una):



PATIENT IDENTIFICATION

_____ Al mismo agente (y alternativo) mencionado en la página 2 de este documento; **O**
_____ A un agente que menciono a continuación.

Nombre del agente _____ Teléfono _____ Fax _____
Domicilio _____ Correo electrónico _____
Además, indico que: _____

(Indicaciones del declarante, si existieren, sobre donaciones anatómicas, de órganos, tejidos u ojos)

(Debe firmar a continuación en presencia de dos testigos).

Afirmación y derecho a revocar:

Al firmar abajo, declaro que soy mental y emocionalmente capaz de proporcionar esta voluntad anticipada y que entiendo el propósito y efecto de este documento. Comprendo que puedo revocar todo o parte de este documento en cualquier momento (i) con un escrito fechado y firmado; (ii) mediante la cancelación física o destrucción de esta voluntad anticipada por mi mismo o solicitándole a alguien que la destruya en mi presencia; **o** (iii) mediante mi expresión oral de intención de revocarla.

Firma del declarante
Signature of Declarant

Testigo Testigo
Witness Witness

Se sugiere el uso de este formulario, con pequeñas variaciones, en VA Hospital and Healthcare Assn. ya que cumple con las leyes de VA. Deberá completar todas las secciones o algunas secciones del formulario. Si tiene dudas legales sobre este documento o desea desarrollar un formulario diferente que se adapte a sus necesidades particulares, comuníquese con su representante legal. Conforme a las leyes de VA, usted debe proporcionar una copia de su voluntad anticipada a su médico. También se recomienda que facilite una copia a su agente, parientes cercanos y amigos.

