



1500001

PLEASE WRITE YOUR NAME AND HOSPITAL MEDICAL RECORD NUMBER (IF KNOWN)

DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA DE VIRGINIA
VERSIÓN REDUCIDA PARA LA DESIGNACIÓN DEL AGENTE ÚNICAMENTE
(VIRGINIA ADVANCE MEDICAL DIRECTIVE — SHORT VERSION FOR APPOINTMENT OF AGENT ONLY)

Breve Explicación – Para mayor información consultar “Hablando Acerca de sus Opciones acerca del Cuidado de su Salud” PE18044

- *Usted tiene el derecho de designar a una persona para que tome decisiones acerca del cuidado de su salud en caso de que usted no las pueda tomar.*
- *Usted tiene el derecho de dar instrucciones acerca de que tipo de atención médica desea o no.*
- *Usted puede utilizar esta forma abreviada para nombrar a su agente. La forma completa está disponible para proporcionar información específica o usted puede adjuntar una carta u otra información acerca de sus creencias morales, metas o deseos.*
- *Marque cada una de las casillas que se encuentran debajo de la Sección 1 para convenir que usted ha leído y comprendido la información.*
- *Para que sea legal, esta forma debe de ser firmada, fechada y que dos adultos sean testigos de que usted la firma.*

Yo, _____, de buena gana y voluntariamente hago saber mis deseos en el caso de que esté
 EN LETRA DE MOLDE SU NOMBRE Y APELLIDO incapacitado para tomar una decisión informada.
 (PLEASE PRINT FIRST, MIDDLE, LAST NAME)

Sección 1: DESIGNACIÓN DE UN AGENTE PARA TOMAR DECISIONES SOBRE ATENCIÓN MÉDICA

Por la presente nombro a la siguiente persona como mi agente principal para que tome decisiones en mi nombre sobre atención médica conforme se autoriza en este documento: (favor de escribir en letra de molde)

Nombre del agente principal _____ # Tel./celular _____
 (PRIMARY AGENT NAME) (DAY/CELL PHONE)

Dirección _____ # Tel. nocturno _____
 (ADDRESS) (EVENING PHONE)

Correo electrónico _____ Parentesco con el paciente _____
 (EMAIL) (RELATIONSHIP TO PATIENT)

En el caso de que mi agente principal no esté razonable disponible, no pueda o no quiera tomar una decisión sobre la atención médica por mí, designo a la siguiente persona como mi agente sustituto.

Agente sustituto _____ # Tel. de día/celular _____
 (SUBSTITUTE AGENT) (DAY/CELL PHONE)

Dirección _____ # Tel. nocturno _____
 (ADDRESS) (EVENING PHONE)

Correo electrónico _____ (Parentesco con el paciente _____)
 (EMAIL) (RELATIONSHIP TO PATIENT)

- Deseo otorgar a mi agente todos los poderes posibles según la ley de Virginia, como se muestra en la página
- Mi agente tomará decisiones de acuerdo a mis deseos y preferencias, guiado por la información de mis proveedores de la salud. Las decisiones se harán basadas en mis creencias religiosas o mis valores básicos. Si no se sabe que opción hubiera tomado yo, en caso de haberlo podido hacer, se tomarán las decisiones basándose en lo que se cree estar en mi mejor interés.
 - Se me ha dado la oportunidad para leer la información acerca de las Directivas Anticipadas y hacer preguntas.
 - Se le puede proporcionar una copia de esta directiva anticipada a cualquier médico o institución que me esté proporcionando tratamiento. Al firmar abajo, indico que estoy emocional y mentalmente capacitado/a para elaborar esta directiva anticipada y que comprendo el propósito y efecto de este documento. Entiendo que puedo revocar parte de este documento o en su totalidad en cualquier momento destruyendo esta forma o creando una nueva directiva anticipada.

Firma (SIGNATURE) _____ Fecha (DATE) _____

Dirección (ADDRESS) _____ Fecha de nacimiento (DATE OF BIRTH) _____

He visto que esta persona ha firmado la directiva anticipada en mi presencia.

Testigo (WITNESS) _____

Testigo (WITNESS) _____

(Los testigos deben de ser personas adultas. Sugerimos que no sean las personas que usted está designando como sus agentes para tomar decisiones acerca de su atención médica.)

TRATAMIENTO:

A. **Dar consentimiento a, o rehusar o retirar el consentimiento a**, cualquier tipo de atención médica, tratamiento, procedimiento tanto quirúrgico como diagnóstico, medicación y el uso de procedimientos mecánicos u otros que afecten cualquier función de mi organismo, incluyendo pero no limitándose a respiración artificial, nutrición e hidratación administrada y resucitación cardiopulmonar. Esta autorización específicamente incluye el poder para otorgar consentimiento a la administración de dosis de medicamento para aliviar el dolor en una cantidad suficiente para calmarlo, aunque dicho medicamento conlleve el riesgo de la adicción o inadvertidamente apesarse mi muerte o esté en exceso de dosis recomendadas comúnmente;

EXPEDIENTES MÉDICOS Y PROVEEDORES

- B. **Para solicitar, recibir o revisar cualquier información** (ya fuera verbal, escrita, impresa o electrónicamente documentada) con respecto a mi salud física o mental actual, incluyendo pero no limitándose a expedientes médicos, hospitalarios y otros; y para dar consentimiento a que se divulgue dicha información para propósitos médicos o de seguro médico;
- C. **Para emplear y despedir** a mis proveedores de la salud;

INGRESOS Y DADAS DE ALTA

- D. Para autorizar mi **ingreso a o dada de alta** de cualquier hospital, residencia para enfermos terminales, casa de reposo, residencia de vivienda asistida u otra **instalación para asistencia médica para recibir otros servicios que no sean para el tratamiento de una enfermedad mental**. El ingreso para el tratamiento de una enfermedad mental está incluido en un poder por separado que está más adelante.
- E. Autorizo mi **ingreso a un centro médico de salud para el tratamiento de una enfermedad mental** por un período no mayor de diez días calendarios siempre y cuando **yo no proteste** ingresar y a condición de que un médico del personal o designado por el centro médico me examine y dé su testimonio por escrito que tengo una enfermedad mental, que estoy incapacitado/a para tomar una decisión informada acerca de mi ingreso y que necesito el tratamiento en ese centro y para autorizar mi dada de alta de ese centro (incluyendo el transferirme a otro centro).

Esta sección requiere la firma del médico. Si usted desea otorgar estos poderes a su agente, debe de llenar la Forma de Directiva Anticipada por completo.

F. Para **autorizar mi ingreso a un centro médico para el tratamiento de una enfermedad mental** por un período no mayor de 10 días calendario, **aún a pesar de que yo proteste**, si un médico del personal o designado por el centro médico me examina y da testimonio por escrito de que tengo una enfermedad mental, que estoy incapacitado/a para tomar una decisión informada acerca de mi ingreso y que necesito el tratamiento en ese centro, y para autorizar mi dada de alta de ese centro (incluyendo el transferirme a otro centro).

DESEOS ACERCA DE TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS

G. Para autorizar los siguientes tipos específicos de atención médica identificados en esta directiva anticipada **aún cuando yo proteste**.

INVESTIGACIÓN

- H. Para autorizar mi participación en cualquier estudio acerca de la atención médica aprobado por una junta institucional de evaluación o un comité de revisión de la investigación si dicho estudio **ofrece la posibilidad de un beneficio terapéutico para mí**.
- I. Para autorizar mi participación en cualquier estudio sobre la atención médica aprobado por una junta institucional de evaluación o un comité de revisión de la investigación cuyo objetivo sea el de incrementar el entendimiento científico de cualquier condición que pueda yo tener o que de alguna otra manera promueva el bienestar humano, aún y cuando dicho estudio **no ofrezca la posibilidad de un beneficio directo para mí**.

VISITAS

J. Para tomar decisiones acerca de **quien me pueda visitar**, sujetas a las órdenes del médico y política de cualquier organismo en donde sea ingresado/a.

OTROS PODERES

- K. **Para continuar siendo mi agente aún si yo protestara** su autoridad después de que haya sido determinado que estoy incapacitado/a para tomar una decisión informada. (En el caso de que los pacientes incapacitados de UVa protesten contra la autoridad de su agente, llevaremos el caso ante nuestro Servicio de Consulta Ética.)
- L. Para tomar cualquier **acción legal** que sea necesaria para llevar a cabo estas decisiones, incluyendo la concesión de exenciones de responsabilidad a los proveedores médicos.