



HABLEMOS ACERCA DE SUS OPCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA: INFORMACIÓN ACERCA DE LA DIRECTIVA ANTICIPADA, FORMULARIO Y DIRECTRICES [TALKING ABOUT YOUR HEALTH CARE CHOICES: ADVANCE DIRECTIVE INFORMATION, FORM AND GUIDELINES]

Los adultos tienen el derecho de aceptar o rehusar la atención médica. Usted tiene el derecho legal de redactar una directiva anticipada. En ella puede hacer lo siguiente:

- Nombrar a una persona para que tome las decisiones por usted.
- Informarles a los demás acerca de sus deseos para la atención médica que pudiera necesitar en el futuro.
- Ayudar a los otros a tomar decisiones de la manera en que usted lo haría si pudiera expresarlas.

¿QUÉ ES UNA DIRECTIVA ANTICIPADA?

Mientras usted pueda tomar decisiones referentes a su atención médica, los médicos deben de hablar con usted al respecto. Pero si está lesionado/a o tiene una seria enfermedad es posible que no pueda hacerlo. La *directiva anticipada* es un documento que permite a sus médicos, familiares y a otros enterarse acerca de la atención médica que usted desea o no.

Cuando dos médicos (o un médico y un psicólogo clínico) determinan que usted está incapacitado para tomar una decisión informada, este documento habla por usted. Su directiva anticipada guía a sus seres queridos y a médicos a tomar decisiones que usted querría que se tomaran. No se requiere que usted lo haga. Todos los organismos encargados de la atención médica deben de informarle al paciente acerca de estos derechos. Este folleto proporciona información y un formulario que usted podría utilizar.

AGENTE PARA LAS DECISIONES ACERCA DE LA ATENCIÓN MÉDICA

En la Sección 1 de la directiva anticipada nombra a una persona para tomar decisiones por usted en caso de que usted no pudiera hacerlo. Si usted elige nombrar a una persona, a esta persona se le conoce como *agente para las decisiones referentes a la atención médica*. Entra en vigor en cualquier momento en el que usted esté incapacitado para tomar decisiones sobre su tratamiento. Por ejemplo, usted pudo haber tenido un accidente o necesitar un medicamento que hace que esté inconsciente. Su agente habla por usted cuando se espera que se recupere y también habla por usted al final de su vida. Los poderes de su agente están enumerados en el formulario de la directiva anticipada. El agente debe de tomar decisiones basándose en sus valores hasta donde éstos sean conocidos. El hecho de nombrar a un agente no lo responsabiliza de sus gastos médicos.

La Sección 2 proporciona detalles sobre los *Poderes de mi Agente*.

No se requiere que le otorgue todos estos poderes a su agente. Lea cada uno con cuidado. Lo Nuevo en el 2009 son los poderes acerca de descalificar su protesta con respecto a las decisiones y acerca de la investigación clínica. Si hubiere alguna preocupación o desacuerdos relacionados con decisiones mientras usted es paciente de Uva, consultaríamos al Servicio de Consulta Ética para proteger sus derechos. En la *Sección 3* usted puede proporcionarle a su agente o a su médico directivas acerca de sus opciones de tratamiento.

TESTAMENTO VITAL (Instrucciones para el Final de la Vida)

La *Sección 4* de la directiva anticipada, llamada testamento vital, trata acerca de la atención médica que usted desea recibir al final de su vida. Se utiliza solamente en caso de que usted esté en estado terminal e incapacitado/a para expresar sus deseos personalmente.

Estado terminal significa que se espera que usted fallezca pronto. Esto puede deberse a una enfermedad incurable en la que se espera que la muerte se presente en un período de seis meses. También puede tratarse de un estado vegetativo persistente en donde una persona no tiene conocimiento de sí misma o de su entorno. A esto se le denomina en algunas ocasiones como coma permanente.

El *testamento vital* proporciona instrucciones para permitir que la muerte llegue en forma natural mientras se maneja el dolor y el bienestar. En esta sección usted puede suministrar instrucciones específicas si la muerte es inminente o si está en un estado vegetativo persistente. Esta parte de la directiva anticipada se trata acerca de la atención médica, no de cómo se tiene que distribuir su propiedad después de su fallecimiento (a ese documento se le llama testamento legal). Si usted está desahuciado, legalmente puede expresar sus deseos oralmente en lugar de escribirlos en forma de directiva anticipada. El tener la información por escrito puede evitar confusión y desacuerdos.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE UNA DIRECTIVA ANTICIPADA?

Nadie sabe lo que pueda suceder en el futuro. En algún momento, casi todos pueden necesitar de alguien que tome decisiones médicas por ellos. Es mejor pensar con tiempo acerca de nuestros valores, metas y deseos. Aunque no se requiere que elabore una directiva anticipada, el escoger a una persona en quien usted confíe y hablando con ella acerca de sus opciones le ayudará a dirigir su atención médica. Lo más probable es que las decisiones que se tomen con respecto a su cuidado, serán las que usted habría elegido. Legalmente, nadie puede desautorizar las decisiones que usted ha dado a conocer en una directiva anticipada antes de que se haya visto incapacitada para expresarlo personalmente.

¿QUÉ SUCEDE SI NO TENGO UNA DIRECTIVA ANTICIPADA?

La ley del Estado de Virginia especifica quien tomará las decisiones si usted no tiene una directiva anticipada o nombrará a un guardián legal. El orden acerca de quién tomaría estas decisiones (sustituto) es: esposo/a, si no hay una demanda de divorcio, la mayoría de hijos/as adultos, hermanos/as adultos y otros parientes. En caso de que la persona de la lista no esté disponible para tomar decisiones por usted, el juez podría decidir cuál tratamiento sería el mejor. La ley del estado de Virginia no reconoce los matrimonios de hecho (Unión libre). Su pareja podría tomar decisiones por usted si estuviera nombrado/a en una directiva anticipada.

¿QUÉ SUCEDE SI NO SÉ ESPECÍFICAMENTE LO QUE QUIERO O COMO DECIRLO?

Puede dejar que su agente tome las decisiones por usted. También puede escribir una carta acerca de sus valores y creencias. Esta carta le sería de ayuda a sus seres queridos y médicos para tomar decisiones por usted.

¿CUÁLES SON ALGUNAS DE LAS DECISIONES QUE DEBERÍA CONSIDERAR?

Su médico puede hablar con usted acerca de su condición médica y opciones para su tratamiento. La decisión más común para tomar es la del uso de procedimientos para prolongar la vida. Estos procedimientos incluyen: resucitación cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés) para tratar de restablecer la respiración y/o latidos del corazón; hidratación (agua) y nutrición por medio de sonda; uso de respiradores (máquinas que respiran por usted); antibióticos por vía intravenosa y diálisis renal. También es importante pensar por cuánto tiempo desearía que se continuara con estos tratamientos en caso de que no tuviera mejoría. Por cuánto tiempo cree usted que sería razonable continuar? Es muy útil para sus médicos y familiares el que usted incluya estos pensamientos en su directiva anticipada.

Otra decisión importante para pensar en ello es acerca de cuáles tratamientos querría para el dolor y otros síntomas. La atención paliativa en cualquier momento y cuidados de hospicio al final de la vida son dos métodos enfocados en proporcionar comodidad. Puede solicitar éstos en su directiva anticipada si desea ese tipo de atención.

También puede pensar acerca de opciones para después de su fallecimiento. En la Sección 5 puede suministrar información acerca de sus deseos de donar sus ojos u órganos u otro tejido para ser trasplantado. Usted podría querer donar su cuerpo para propósitos de investigación o estudio o que se lleve a cabo una autopsia para ayudar a que su médico y familia comprendan lo que le sucedió.

¿AFECTARÁ A MI SEGURO MÉDICO EL TENER UNA DIRECTIVA ANTICIPADA? ¿Y CON RESPECTO A CUIDADO DE EMERGENCIA?

El seguro médico y el seguro de vida no se verán afectados por una directiva anticipada. El rechazar un tratamiento para prolongar la vida no anulará una póliza de seguro de vida. Si se cumple con la directiva anticipada, la muerte no está considerada como suicidio. El personal médico de emergencia como grupos de rescate, están obligados a proporcionar esfuerzos de emergencia para salvarle la vida. Una directiva anticipada no puede cambiar esto. Si usted no quiere que se intente resucitarle, hable con su médico acerca de la orden para no resucitar DDNR (Durable Do not Resuscitate por sus siglas en inglés). Esta es una orden especial del médico que indica que no se le debe de proporcionar resucitación cardio-pulmonar si su corazón o su respiración se detienen. Podría recibir otros tratamientos pero no se hará ningún esfuerzo para que su corazón vuelva a latir.

¿CÓMO PUEDO LLENAR UNA DIRECTIVA ANTICIPADA?

Incluidos en este folleto encontrará un formulario que se recomienda así como las instrucciones para llenarlo. El estado de Virginia no requiere que la directiva anticipada se notarize. Dos adultos (mayores de 18 años) deben de corroborar su firma. Se pueden hacer copias y serán reconocidas por los profesionales médicos. También se incluye una tarjeta para la cartera. La directiva anticipada es reconocida en otros estados.

¿QUE SUCEDERÍA SI CAMBIARA DE OPINIÓN?

Usted puede cancelar (revocar) o cambiar su directiva anticipada en cualquier momento. Debe de informarle a todos acerca de sus nuevos deseos y destruir los documentos anteriores.

¿CÓMO SABRÁ MI MÉDICO QUE TENGO UNA DIRECTIVA ANTICIPADA?

Nuestro personal del hospital debe de preguntar a los pacientes si tienen una directiva anticipada. Si usted le proporciona su directiva anticipada al personal del hospital, se coloca una copia en su expediente médico. La tarjeta para su cartera le indicaría a los proveedores de emergencia que usted tiene una directiva anticipada. Cuando termine de llenarla debería de dar copias a su agente, su familia y a su médico. También puede proporcionar una copia a



1500001

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

DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA DEL EDO. DE VIRGINIA

VIRGINIA ADVANCE Medical Directive

Breve Explicación – Para mayor información véase “Hablemos Acerca de Sus Opciones para la Atención Médica,” PE-18044S

- Usted tiene el derecho de nombrar a alguna persona para que tome decisiones para su atención médica si usted no puede hacerlo.
- Usted tiene el derecho de dar instrucciones acerca del tipo de atención médica que quiera o no.
- Usted puede utilizar este formulario en su totalidad o cualquier parte para expresar sus deseos.
- Para efectos legales, este formulario debe de firmarse, fecharse y que dos adultos lo firmen para dar testimonio de su firma.

Yo, _____ (Name),
(Favor de escribir con letra de imprenta su nombre y apellido)

deliberada y voluntariamente hago saber
deseos en la eventualidad de que esté
imposibilitado(a) para tomar una decisión informada.

Puede completar cualquier sección o todas y añadir sus comentarios. Tache y ponga sus iniciales en donde no sea pertinente. Utilice el espacio en blanco en la última página para dar más detalles.

Sección 1: DESIGNACIÓN DE UN AGENTE PARA LA TOMA DE DECISIONES SOBRE LA SALUD

Por medio del presente documento nombro a la siguiente persona como mi agente principal para que tome decisiones sobre la salud a mi nombre como lo autoriza este documento. (letra de imprenta por favor)

Nombre del Agente Primario: _____ # teléfono celular o diurno _____
Name of Primary Agent Telephone number

Dirección: _____ # teléfono nocturno _____
Address Home Telephone Number

Correo electrónico: _____ Parentesco con el paciente _____
Email Relationship to patient

En caso de que mi agente principal no esté razonablemente disponible o no pueda o no esté dispuesto a tomar decisiones sobre la salud en mi representación, nombro a la siguiente persona como mi agente sustituto.

Agente sustituto: _____ # teléfono diurno _____
Name of Secondary Agent Telephone number

Dirección: _____ # teléfono nocturno _____
Address Home Telephone Number

Dirección electrónica: _____ Parentesco con el paciente _____
Email Relationship to patient

Sección 2: PODERES DE MI AGENTE. Tache y ponga su inicial en cualquiera de los poderes que **NO** quiera darle a su agente. Los poderes de mi agente incluyen:

TRATAMIENTO:

A. Para dar, rehusar o retirar el consentimiento a cualquier tipo de atención médica, tratamiento, procedimiento quirúrgico, procedimiento diagnóstico, medicación y la utilización de otros procedimientos que afecten cualquier función corporal, incluyendo pero no limitando a proporcionar respiración artificial, nutrición e hidratación administrada artificialmente y resucitación cardio-pulmonar. Esta autorización específicamente incluye el poder para dar consentimiento a la administración de dosis para medicamentos para mitigar el dolor en cantidad suficiente para aliviarlo, aún si dicho medicamento implica el riesgo de la adicción o inadvertidamente acelera mi muerte o excede las dosis comúnmente recomendadas.

HISTORIAL MÉDICO Y PROVEEDORES

B. Para solicitar, recibir y revisar cualquier información (ya sea verbal, por escrito, impresa o transmitida electrónicamente) y dar consentimiento para la revelación de dicha información médica o para propósitos médicos o de seguro médico.

C. **Emplear y despedir** a mis proveedores de salud.

INGRESO y ALTA

D. **Para autorizar mi ingreso o el alta** de cualquier hospital, centro de cuidados paliativos, casa de reposo, establecimiento de vivienda asistida u otro establecimiento médico para **servicios distintos al tratamiento de una enfermedad mental**.

El ingreso para el tratamiento de una enfermedad mental se encuentra más adelante contenido en un poder por separado.

E. Para autorizar **mi ingreso a un centro de atención médica para el tratamiento de una enfermedad mental** por un período no mayor de 10 días naturales siempre que **yo no proteste** el ingreso y siempre y cuando un médico entre el personal o designado por el propuesto establecimiento que me está admitiendo me examina y afirma por escrito que padezco de una enfermedad mental, que estoy incapacitado para tomar una decisión informada acerca de mi ingreso y que necesito tratamiento en dicho establecimiento y para autorizar el alta de dicho establecimiento (incluyendo mi traslado a otro establecimiento)

F. **Para autorizar mi ingreso a un centro de atención médica para el tratamiento de una enfermedad mental** por un período no mayor de 10 días naturales, **aunque yo proteste**, si un médico entre el personal o designado por el propuesto centro que me está admitiendo me examina y afirma por escrito que padezco de una enfermedad mental, que estoy incapacitado para tomar una decisión informada acerca de mi ingreso, y que necesito tratamiento en dicho establecimiento y para autorizar el alta de dicho establecimiento (incluyendo mi traslado a otro establecimiento). *(Si usted le otorga a su agente el poder descrito en esta sub-sección F, su médico debe de firmar la casilla al final de esta sección.)*

DESEOS ACERCA DE TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS

G. Para autorizar los siguientes tratamientos específicos de atención médica identificados en esta directiva anticipada **aunque yo proteste**. _____

(Si usted otorga a su agente el poder descrito en esta subsección G, su médico debe de firmar la casilla al final de esta sección.)

INVESTIGACIÓN

H. Para autorizar mi participación en cualquier estudio sobre atención médica aprobado por una junta institucional o por un comité de revisión si el estudio **ofrece la posibilidad de un beneficio terapéutico directo para mí**.

I. Para autorizar mi participación en un estudio sobre atención médica aprobado por una junta revisadora institucional o por un comité de revisión cuya meta es la de incrementar el conocimiento de científico de cualquier enfermedad que yo tenga o que de otra manera promueva el bienestar humano, **aunque el estudio no ofrezca la posibilidad de un beneficio directo para mí**.

VISITAS

J. Para tomar decisiones con respecto a **quién me puede visitar**, sujeto a las órdenes de mi médico y políticas de cualquier institución en la cual sea ingresado, en conformidad con las siguientes instrucciones:

OTROS PODERES

K. **Para continuar actuando como mi agente incluso si yo protesto** su autoridad después de que se ha determinado que no tengo capacidad para tomar una decisión informada (si en cualquier momento un paciente incapacitado protesta la autoridad de su agente, lo consultaremos con el Servicio de Consulta Ética.)

L. Para tomar cualquier **acción legal** que sea necesaria para llevar a cabo estas decisiones, incluyendo otorgar el libramiento de responsabilidad a mis proveedores médicos.

Si usted desea proporcionar los poderes enumerados en la subsección F y/o G arriba mencionada, marque estas casillas junto con su médico. Si en cualquier momento los pacientes incapacitados protestan contra su agente, o contra las decisiones sobre su tratamiento, consultaremos con el Servicio de Consulta Ética.

F [] G []

Testimonio del médico: Soy un médico o un psicólogo clínico, con licencia para ejercer, del declarante de esta directiva anticipada. Por la presente doy testimonio de que creo que el declarante en este momento está capacitado para tomar una decisión informada y que entiende las consecuencias de esta determinación de esta directiva anticipada.

Nombre del Médico/Firma _____ Fecha _____

Añada a continuación cualquier poder adicional que le otorgue a su agente, límites que impone a su agente u otra información para guiar a su agente.



1500001

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

Nombre (Favor de escribir con letra de imprenta el nombre y apellido)

Sección 3. INDICACIONES PARA MI AGENTE CON RESPECTO A MIS OPCIONES DE TRATAMIENTO

Si usted decide no proporcionar instrucciones, su agente de atención médica se verá obligado a tomarlas basándose en lo que el/ella conozcan sean sus deseos o lo que él/ella considere sea de su mayor beneficio.

No se requiere que seleccione algo. Puede tachar toda esta sección y poner sus iniciales si así lo desea.

MIS INSTRUCCIONES ACERCA DEL TRATAMIENTO MEDICO EN CASO DE QUE TENGA UNA ENFERMEDAD SERIA O UNA LESION IMPREVISTA. *Ponga sus iniciales en SOLAMENTE UNA casilla de esta sección.*

Si mi enfermedad o lesión pone en riesgo mi vida:

Yo elijo no proporcionar indicaciones por escrito. Mi agente deberá tomar decisiones basándose en mis deseos y valores.

Elijo continuar con el tratamiento. Quiero todos los tratamientos para prolongar mi vida tanto como sea posible dentro de los límites de estándares aceptados para la atención médica. Entiendo que mi médico es responsable de informar a mi agente cuando el/ella juzgue que se haya llegado a estos límites.

Si es razonablemente cierto que no recuperaré la capacidad de tener consciencia de mi mismo o de interactuar con otros, quiero que se interrumpan o retiren todos los tratamientos que puedan prolongar mi existencia. No desearía ser alimentado por sonda, recibir fluidos intravenosos, resucitación cardio-pulmonar, respirador (máquina que ayuda a respirar), diálisis o antibióticos. Solamente debe continuarse con tratamiento para el alivio de síntomas alarmantes (tratamiento paliativo).

Considero _____ que es tiempo suficiente después del cual dicha atención médica debe de ser descontinuada. El período exacto de tiempo será a discreción de mi agente en consulta con mi médico.

No hay necesidad de que usted sugiera un periodo de tiempo y puede tachar este párrafo

Otras instrucciones para la atención médica:

Puede añadir otras declaraciones acerca de la atención médica que desee recibir si son médicamente _____

Sección 4. INSTRUCCIONES ACERCA DEL FINAL DE LA ATENCIÓN MEDICA (LIVING WILL por su nombre en inglés).

Tache completamente y ponga sus iniciales en estas sección si no desea dar instrucciones acerca de su atención médica en caso de que tenga una condición terminal (la muerte es inminente o usted se encuentra en un estado vegetativo persistente).

Si en cualquier momento mi médico tratante determina que tengo una condición terminal en donde procedimientos para prolongar la vida (incluyendo respiración artificial, resucitación cardio-pulmonar y nutrición e hidratación administrada artificialmente) servirían solamente para prolongar el proceso de la muerte, yo dirijo que dichos procedimientos se detengan o se retiren y que se me permita morir naturalmente con la sola administración de medicamentos o la ejecución de cualquier procedimiento médico que se estime necesario para proporcionarme comodidad y aliviar el dolor. Otras instrucciones: *Puede incluir sus deseos acerca de ciertos tratamientos médicos, centro de cuidados paliativos y/o declaraciones acerca de sus creencias morales y religiosas que afecten su atención médica*

En la ausencia de mi capacidad para dar instrucciones con respecto a la utilización de dichos procedimientos para la prolongación de la vida, es mi intención que esta declaración será aceptada por mi familia y médicos como una última expresión de mi derecho legal para rechazar tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

Entiendo que mi médico pudiera solicitar una autopsia después de mi muerte. Si se lleva a cabo esta solicitud, yo:
[] quiero que mi agente lo decida [] doy permiso para la autopsia [] no doy permiso para la autopsia

Sección 5. DONATIVOS ANATÓMICOS Y AUTOPSIA

Tache completamente y ponga sus iniciales en sección si no quiere dar instrucciones

Usted tiene el derecho de decidir si quiere donar o no cualquier parte de su cuerpo después de su muerte. Nadie tiene el derecho legal para no acatar sus deseos que ha indicado. Los deseos para donativos anatómicos se pueden hacer en esta sección del documento, a través del Depto. de Vehículos de Motor (Department of motor Vehicles por su nombre en inglés), o en la página Web de LifeNet www.save7lives.org.

Por favor ponga sus iniciales en las casillas para indicar sus instrucciones.

A mi muerte NO deseo que se haga un donativo anatómico.

A mi muerte, yo indico que se haga un donativo anatómico de la manera siguiente, de acuerdo con la ley de Virginia.

Deseo donar para trasplante a otros pacientes:

cualquier órgano que se necesite tejidos como huesos o piel corneas

Deseo donar mi cuerpo para la investigación o programas educativos.

Sección 6. FIRMA

Debe de completar esta sección.

Esta directiva anticipada no se anulará en caso de mi discapacidad. Una copia de esta directiva anticipada se le puede proporcionar a cualquier médico o institución que me esté tratando. Al firmar abajo, indico que estoy emocional y mentalmente capacitada para preparar esta directiva anticipada y que entiendo el propósito y efecto de este documento. Entiendo que puedo revocar todo o parte de este documento en cualquier momento al destruir este formulario o creando una nueva directiva anticipada.

Firma _____

Signature

Fecha _____

Date

Dirección _____

Address

Fecha de nacimiento _____

Date of Birth

He visto que esta persona firmar la directiva anticipada en mi presencia. *I have seen this person sign the advance directive in my presence*

Testigo _____

Witness

Testigo _____

Witness

(Los testigos deben de ser adultos. Sugerimos que no sean las personas que usted está nombrando como sus agentes para las decisiones de atención médica.)

Usted puede querer proporcionar más detalles de alguna sección específica en este espacio:

cualquier hospital en donde usted piense que podría recibir atención médica para que la incluyan en su archivo aunque no haya sido paciente con anterioridad.

¿QUÉ MÁS DEBERÍA DE SABER? EL LLENAR UNA DIRECTIVA ANTICIPADA ES PARTE DE LA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE ATENCIÓN MÉDICA. ESTE PROCESO LE AYUDA A:

- Conseguir información para comprender su condición médica y opciones para su cuidado;
- Pensar acerca de sus creencias, valores y metas para su tratamiento;
- Discutir estos pensamientos con su familia, amigos, clero, médicos, agentes , y
- Escribir su plan como se describe en este folleto.
- Revise su plan cada año para asegurarse de que refleja sus deseos.

¿EN DONDE PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

Para mayor información puede hablar con su médico, personal del hospital o abogado. Si tiene alguna pregunta y necesita ayuda para llenar la directiva anticipada, puede comunicarse con nuestros Representantes de los Pacientes al 924-8315 de lunes a viernes. Los capellanes en el PIC 1391 pueden serle de ayuda en situaciones concernientes con lo espiritual, ético y emocional. El Servicio de Consulta Ética está disponible para resolver problemas éticos en el PIC 1712. Los formularios y folletos de información pueden conseguirse en www.uvahealth.com

Para información acerca de:

- Donaciones de órganos, tejidos u ojos, llamar a LifeNet al 1-800-847-7831.
- Donando su cuerpo para la ciencia, llamar al State Anatomical Program al 1-804-786-2479.
- Para órdenes DNR comunicarse con su médico o con la oficina de EMS de Virginia al 1-800-523-6019.
- Para formularios de directivas anticipadas de otros estados consulte www.caringinfo.org
- Consultar el Código de Virginia 54.1-2984 en <http://leg1.state.va.us> para lo relacionado con la Ley de Decisiones sobre la atención a la Salud del estado de Virginia.

DEFINICIONES DE ACUERDO A LA LEY DE VIRGINIA.:

El término "atención médica" significa proporcionar servicios a cualquier individuo con el propósito de prevenir, aliviar, curar o sanar la enfermedad humana, lesión o incapacidad física, incluyendo, pero no limitada a medicamentos, cirugía, transfusiones de sangre, quimioterapia, terapia de radiación, ingreso a un hospital, casa de reposo, residencia de vivienda asistida u otra instalación para recibir atención médica, psiquiátrica u otro tratamiento para la salud mental y procedimientos para la prolongación de la vida y cuidados paliativos.

La frase "incapacitado/a para tomar una decisión informada" significa:

- Incapaz de entender la naturaleza, alcance y probables consecuencias de una decisión propuesta acerca de la atención médica;
- Incapaz de hacer una evaluación racional de los riesgos y beneficios de una decisión propuesta acerca de la atención médica comparada con en comparación con los riesgos y beneficios de alternativas a la decisión; o
- No se puede comunicar tal comprensión en absoluto.

CORTE Y DOBLE CON ESTE LADO HACIA AFUERA ▪ LEVE ESTA TARJETA EN SU CARTERA. ▪ AÑADA COMENTARIOS O DETALLES EN OTRO LADO.

AVISO A PROFESIONALES MÉDICOS

Yo, _____
 NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE IMPRENTA [PRINT FULL NAME]

tengo una Directiva Médica Anticipada y he nombrado a la siguiente persona como mi agente para tomar decisiones acerca de mi atención médica:

Agente Primario _____
 [PRIMARY AGENT]

No. de Teléfono: _____
 [PHONE NO. OF PRIMARY AGENT]

Agente Substituto: _____
 [SUBSTITUTE AGENT]

No. de Teléfono: _____
 [PHONE NO. OF SUBSTITUTE AGENT]

Una copia de este documento está archivada en:
 NOMBRE/DIRECCIÓN U HOSPITAL [WRITE IN NAME/
 ADDRESS OR HOSPITAL WHERE DOCUMENT IS ON FILE]

El nombre de mi médico y su número de teléfono:
 [DOCTOR'S NAME AND PHONE NUMBER]:

MEDIDAS PARA LLENAR EL FORMULARIO DE LA DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA

1. Leer este folleto cuidadosamente. Pensar acerca de sus valores personales, creencias, salud y metas.
2. Hacer preguntas. El personal del hospital puede ayudarle. Consultar la página 3 para información de contacto. Leer y considerar cada sección. **Llenar o tachar declaraciones y proporcionar información acerca de sus deseos.**
3. **SECCIÓN 1** – Agente para decisiones acerca de la atención médica – Seleccione a una persona mayor de 18 años que hable por usted en caso de que esté incapacitado y que sea su defensor o suplente.
 - Pregunte a esta persona si él o ella está dispuesta a aceptar esta responsabilidad y si él o ella harán:
 - Preguntas a sus médicos para obtener información necesaria para tomar decisiones.
 - Tomarán decisiones de acuerdo a sus deseos aunque él o ella no estén de acuerdo con ellos.
 - Hablar con esta persona acerca de su tratamiento médico futuro. El hablar aclara sus deseos y hace que su agente no tenga que preocuparse acerca de “hacer lo correcto”.
4. **SECCIÓN 2** – Poderes otorgados a su agente (A-L).
 - Si desea otorgar a su agente los poderes enumerados en la sub-sección F y/o G, marque estas casillas y que su médico firme la casilla indicada en el formulario.
5. **SECCIÓN 3** – Directrices para su agente acerca de sus opciones de tratamiento.
6. **SECTION 4** – Instrucciones acerca de cuidados al final de la vida (testamento vital).
7. **SECCIÓN 5** – Obsequio Anatómico e instrucciones para una autopsia.
8. **SECCIÓN 6** – Firmar y fechar el formulario. Su firma debe de ser corroborada por dos personas adultas.
9. Dar una copia a su(s) médico(s), hospital (cualquier hospital en donde usted podría ser un paciente) agente, familia y amigos. Mantenga una lista de quien tiene una copia. Lleve una copia para el hospital a donde vaya a ser ingresado.
10. Llene el *Aviso para los Profesionales de la Salud* y póngalo en su cartera junto con su licencia para conducir o tarjeta de seguro.
11. Revise su directiva anticipada una vez al año. Si cambian sus deseos, salud o posición en su familia o la información de contacto, rellene un nuevo formulario. Deshágase de los formularios anteriores.

NOTAS