

Instrucción Anticipada

El presente documento ha sido preparado y distribuido como un servicio de información.

INSTRUCCIONES Y DEFINICIONES

Introducción

El presente formulario es una combinación de un Poder General Notarial para Atención Médica y un Testamento en Vida para su uso en el estado de Virginia.

Con el presente formulario, usted podrá:

- ◆ Señalar a una persona para que tome decisiones de salud, en caso de que en un futuro usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.
- ◆ Indicar el tratamiento de salud que usted desea o que no desea, en caso de que en un futuro no pueda transmitir su deseo, o se encuentre incapacitado. Este documento también le habilita para tomar decisiones de salud mental respecto a su admisión con conocimiento y firma de su médico.

Instrucciones

- ◆ Lea detenidamente cada sección.
- ◆ Converse con la persona que usted piensa señalar para asegurarse de que esa persona comprende sus deseos, y está dispuesta a asumir la responsabilidad.
- ◆ Coloque las iniciales de su nombre en el espacio en blanco de las opciones que quiere realizar.
- ◆ Llene solamente el espacio de las opciones que usted desea. Su Instrucción Anticipada será regida por la(s) sección(es) que usted llene, siempre que estén debidamente firmadas y con testigos.
- ◆ Tache con una línea cualquier sección por la que usted no desea tomar una decisión por el momento.
- ◆ Añada cualquier otra instrucción especial en los espacios en blanco provistos. Puede escribir comentarios adicionales en una hoja separada, pero deberá indicar en el formulario la existencia de otras hojas a su Instrucción Anticipada.
- ◆ Firme el formulario con la presencia de testigos.
- ◆ Entregue una copia del Poder Notarial a su médico, enfermera; una copia de la Instrucción Anticipada a su familia, y a todos aquellos que estén involucrados en su atención médica. Converse con cada uno de ellos al respecto.
- ◆ Comprenda que usted puede cambiar o dejar sin efecto este documento en cualquier momento.

Términos que Necesita Saber

Instrucción Anticipada

Es un documento escrito que indica lo que una persona desea o no desea respecto al tratamiento de su salud, en caso de que en un futuro ésta persona no tenga la capacidad de manifestar tales deseos.

Nutrición e Hidratación Artificial

Cuando la persona recibe alimentos y líquidos a través de un tubo.

Medidas Generales de Bienestar

Atención que ayuda a la persona a sentirse agradable pero que no intenta curar. La atención de bienestar controla el dolor y los síntomas.

CPR (Resucitación Cardiopulmonar)

Es el tratamiento que trata de devolver la respiración y el latido del corazón a la persona. La CPR se puede realizar presionando el pecho y colocando un tubo a través de la garganta, o por otro tipo de tratamientos.

Poder General Notarial para la Atención Médica/Sustituto de Atención Médica

Es una Instrucción Anticipada que señala a una persona para la toma de decisiones médicas, en caso de que en un futuro no pueda tomar sus propias decisiones médicas.

Tratamiento de Mantenimiento de Vida

Es aquel tratamiento médico realizado para evitar que la persona muera. Ejemplos de este tratamiento son: un aparato respiratorio, CPR, y nutrición e hidratación artificial.

Testamento en Vida

Es una Instrucción Anticipada que señala el tratamiento médico que una persona desea o no desea, en caso de que esa persona no tenga la capacidad de transmitir tales deseos.

Donación de Órganos y Tejidos

Es cuando una persona permite, posterior a su muerte, la extracción de sus órganos (como sus ojos o riñones) así como otras partes de cuerpo (como la piel) para trasplante en beneficio de otra persona, o para propósitos de experimento.

Estado Vegetal Constante

Es cuando una persona se encuentra inconsciente sin ninguna expectativa razonable de que recupere la consciencia aún con tratamiento médico. Es posible que el cuerpo se mueva y que los ojos se abran, pero en tanto todos puedan evidenciar, la persona no puede pensar o responder.

Condición Terminal

Es una condición persistente causada por un daño o enfermedad que no tiene cura y de la cual los médicos esperan que la persona muera así sea con tratamiento médico.

Para mayor información llamar a:
Relaciones del Paciente o Atención Pastoral
703.558.6195 703.558.6128



MR0020

VIRGINIA HOSPITAL
CENTER

ADVANCE DIRECTIVE

Página 1 de 4
122682SPN-050610

PATIENT LABEL

SEÑALAMIENTO DE MI AGENTE (PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA)

Yo designo a esta persona para que tome decisiones respecto a mi atención médica en caso de que me encuentre impedido de tomar mis propias decisiones:

Si la persona que designo en primer lugar no puede tomar decisiones a mi nombre, señalo a esta otra persona:

Primer Agente (Apoderado)

Agente (Apoderado) Sucesor

Nombre:

Nombre:

Tel. Domicilio:

Tel. Domicilio:

Tel. Trabajo:

Tel. Trabajo:

Dirección:

Dirección:

No he señalado en ningún documento anterior a otra persona para que tome decisiones sobre mi salud médica.

Deseo que tanto la persona que he señalado, así como mis médicos, mi familia, y otros se guíen por las decisiones que he tomado a continuación, respecto a todas las decisiones sobre mi salud médica. Es de mi conocimiento que mi agente tiene poderes solamente si me encuentro incapacitado o inhabilitado de transmitir mis deseos.

Es de mi conocimiento que mi Instrucción Anticipada puede incluir la elección de un agente además de la selección de las opciones respecto a mi salud médica. Se define la Atención Médica como los servicios provistos a un individuo con el propósito de prevenir, aliviar, curar, sanar enfermedad, lesión o discapacidad física, incluyendo pero no limitando a medicamentos, cirugías, transfusiones de sangre, quimioterapia, terapia de radiación, admisión a un hospital, hogar de descanso, institución de ayuda, y procedimientos de extensión de vida y cuidado paliativo.

Incapaz de tomar una decisión informada, significa que soy incapaz de comprender la naturaleza, extensión y probables consecuencias de una decisión médica propuesta, o incapaz de realizar una evaluación racional de los riesgos, y beneficios de una decisión médica propuesta. El Código de Virginia señala para la Instrucción Anticipada, es necesario que dos médicos determinen la incapacidad. Uno de ellos es su médico que lo atiende, y el otro es un médico que no está involucrado en su caso. Ambos médicos deben examinarlo minuciosamente y documentar sus conclusiones en su archivo médico.

EL CUIDADO DEL FINAL DE MI VIDA

Tratamientos Mantenimiento de Vida

No deseo que se inicie tratamientos de mantenimiento de vida (incluyendo RCP). Si se iniciaron tratamientos de mantenimiento de vida, es mi deseo que se detenga.

Deseo los tratamientos de mantenimiento de vida que recomienden mis médicos.

Otros deseos:

Nutrición e Hidratación Artificial

No deseo que se inicie nutrición artificial, en caso de que sea el único tratamiento para mantenerme con vida. Si se inicia la nutrición artificial, es mi deseo que se detenga.

No deseo que se inicie hidratación artificial, en caso de que sea el único tratamiento para mantenerme con vida. Si se inicia la nutrición artificial, es mi deseo que se detenga.

Deseo nutrición artificial, así sea el único tratamiento para mantenerme con vida.

Deseo hidratación artificial, así sea el único tratamiento para mantenerme con vida.

Otros deseos:

Cuidado de Bienestar	
<input type="checkbox"/> Deseo que me mantengan lo más aliviado y libre de dolor posible, aunque ello reduzca mi estado de consciencia.	
<input type="checkbox"/> Otros deseos:	
Otras Instrucciones	
Usted tiene derecho de estar involucrado en todas las decisiones acerca de su salud médica. Si usted tiene otros deseos que no se explicaron anteriormente, por favor señálelos en esta sección.	
Donación de Órganos	Autopsia
<input type="checkbox"/> Deseo donar todos mis órganos y tejidos.	<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo con una autopsia si así lo desean mis médicos.
<input type="checkbox"/> Solamente quiero donar los siguientes órganos y tejidos:	<input type="checkbox"/> No deseo una autopsia.
	<input type="checkbox"/> Otros deseos:
<input type="checkbox"/> No deseo donar ninguno de mis órganos ni tejidos.	
<input type="checkbox"/> Otros deseos:	
	Si desea comentar más respecto a las opciones anteriores, o si desea realizar declaraciones respecto a su salud médica, puede realizarlo en una hoja de papel separada. De ser así, indique aquí el número de páginas que ha adjuntado:
FIRMAS	
Usted y dos testigos deben firmar este documento para que tenga efecto legal. Los testigos <u>deben haber cumplido los 18 años.</u>	
Su firma	
<i>Con mi firma abajo, señalo que entiendo el propósito y los efectos de este documento.</i>	Fecha
Escriba su nombre	Firma
Firma de los Testigos	
Considero que la persona que ha firmado la Instrucción Anticipada se encuentra en sus cabales, y que esta persona firmó o ratificó la Instrucción Anticipada en mi presencia, y no parece estar actuando bajo ninguna presión, coacción, fraude, o influencia indebida.	
Testigo #1	Testigo #2
Escriba su nombre	Escriba su nombre
Fecha de firma	Fecha de firma
Dirección	Dirección

DECISIONES SOBRE SALUD MENTAL

(Si usted otorga a su agente los poderes que se describen a continuación en esta sub-sección, su médico deberá llenar la siguiente declaración.) Tache con una línea las opciones que no correspondan a su caso.

Yo autorizo, por encima de mis protestas, mi ingreso a una institución médica para el tratamiento de mi enfermedad mental por un término no mayor a 10 días calendarios; si es que un médico de turno me examina e indica que tengo una enfermedad mental y que no estoy en capacidad de tomar una decisión acerca de mi ingreso, y que necesito el tratamiento en la institución médica

Escriba su nombre _____

Su firma _____ Fecha _____

En mi calidad de médico o psicólogo clínico con licencia, por la presente declaro que al momento en la que el paciente firmó la Instrucción Anticipada, el/ella se encontraba en capacidad de tomar una decisión con conocimiento y entendimiento de las consecuencias de las estipulaciones contenidas en su Instrucción Anticipada::

Nombre del Médico _____

Firma del Médico _____ Fecha _____

Tache con una línea las opciones que no correspondan a su caso.

Yo autorizo, por encima de mis protestas, los tratamientos específicos de salud que se identifican en mi Instructivo Anticipado.

Escriba su nombre _____

Su firma _____ Fecha _____

En mi calidad de médico o psicólogo clínico con licencia, por la presente declaro que al momento en la que el paciente firmó la Instrucción Anticipada, el/ella se encontraba en capacidad de tomar una decisión con conocimiento y entendimiento de las consecuencias de las estipulaciones contenidas en su Instrucción Anticipada::

Nombre del Médico _____

Firma del Médico _____ Fecha _____