

VERMONT

Instrucciones anticipadas

Planificación de decisiones importantes sobre la atención médica

Cortesía de CaringInfo
www.caringinfo.org

CaringInfo, un programa de la National Alliance for Care at Home (Alliance), es una iniciativa nacional de participación de los usuarios que tiene como propósito mejorar la atención y la experiencia del cuidado durante una enfermedad grave y al final de la vida. Como parte de ese esfuerzo, CaringInfo proporciona una guía detallada para completar formularios de instrucciones anticipadas en los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico

Este paquete incluye:

- Indicaciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones completas.
- Sus formularios de instrucciones anticipadas específicos del territorio, que son las páginas con la barra de instrucciones gris en el lado izquierdo.

ANTES DE EMPEZAR

Asegúrese de tener los materiales para cada estado en el que pueda recibir atención médica. Puesto que los documentos son específicos de los estados, es útil contar con el documento correspondiente de cada estado en el que pueda permanecer un tiempo considerable. Para viajes ordinarios a otros estados no es necesario que haga nuevas instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas en este paquete serán legalmente vinculantes solo si la persona que las completa es un adulto competente que tiene 18 años de edad o más, o un menor emancipado.

MEDIDAS DE ACCIÓN

1. Puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de comenzar para que tenga una copia en limpio si necesita empezar de nuevo.
2. Cuando empiece a llenar los formularios, consulte las barras de instrucciones grises, que le guiarán a través del proceso.
3. Hable con su familia, amigos y médicos acerca de sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que usted designe para tomar decisiones en su nombre comprenda sus deseos.
4. Una vez que haya llenado y firmado el formulario, saque una fotocopia, un escaneo o una fotografía y entréguesela a la persona que designó para tomar decisiones en su nombre, a su familia, amigos, proveedores de atención médica o líderes religiosos a fin de que esté disponible en caso de emergencia.

5. También puede guardar una copia de su formulario en su expediente médico electrónico o en una solicitud, programa o servicio de registros médicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus médicos, familiares u otras personas que usted desea que desempeñen un papel activo en su planificación anticipada de la atención.
6. Vermont mantiene un Registro de Instrucciones Anticipadas. Al presentar sus instrucciones anticipadas ante el registro, su proveedor de atención médica y sus seres queridos podrán encontrar una copia en caso de que usted no pueda proporcionarlas. Puede obtener más información sobre el registro, incluidas instrucciones sobre cómo presentar sus instrucciones anticipadas, en <https://www.healthvermont.gov/systems/advance-directives/create-register-and-make-changes-advance-directive>.

INTRODUCCIÓN A LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA VERMONT

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas para Vermont**, que protege su derecho a rechazar tratamiento médico que no desea, o a solicitar tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad para tomar decisiones por sí mismo. Puede llenar una o todas las partes de este documento de instrucciones anticipadas en función de sus necesidades de planificación anticipada. **Debe llenar la Parte 10.**

Parte 1. Nombramiento de un agente. Esta parte le permite nombrar a un adulto, su "agente", para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas decisiones sobre procedimientos de mantenimiento de la vida, si usted ya no puede hablar. Es especialmente útil, ya que le permite nombrar a una persona para que hable en su nombre en caso de que usted no sea capaz de tomar sus propias decisiones médicas, no solo al final de la vida.

La **Parte 2** le permite especificar quién puede o no participar en la toma de decisiones sobre su atención médica.

La **Parte 3** le permite redactar una declaración de sus valores y propósitos a fin de ayudar a brindar orientación sobre su atención médica.

La **Parte 4** le permite indicar sus deseos relativos a tratamiento de atención médica si está próximo a fallecer o pierde el conocimiento y no es probable que lo recupere.

La **Parte 5** le permite indicar sus deseos relativos a tratamientos distintos de los tratamientos para el final de la vida.

La **Parte 6** le permite indicar sus deseos relativos a la donación de órganos y tejidos.

La **Parte 7** le permite nombrar a un agente para que se encargue de la disposición de sus restos y haga constar sus deseos relativos a la disposición final de sus restos.

La **Parte 8** le permite redactar cualquier otro aspecto relativo a la planificación anticipada que considere que las otras partes no cubren satisfactoriamente.

La **Parte 9** le permite registrar cualquier tipo de atención médica que desee autorizar para que la persona que ha designado tome decisiones sobre su salud, de manera que pueda aprobar o desaprobado dichas decisiones en caso de que usted esté incapacitado para hacerlo (excluyendo la atención al final de la vida). **Nota:** completar esta Parte es opcional.

La **Parte 10** contiene las disposiciones de firma y testigos para que su documento sea válido.
¿Qué debo hacer para que mi documento Instrucciones anticipadas de atención médica para Vermont sea legal?

En la Parte 10, debe firmar y fechar su documento en presencia de dos testigos, de 18 años de edad o más. Ninguno de los testigos puede ser su cónyuge, agente, padre, madre, hermano, hermana, hijo, hija, nieto, nieta o beneficiario recíproco. Los testigos se pueden presentar de forma remota si se encuentran en comunicación en vivo e interactiva por video o teléfono, y si su nombre, información de contacto y relación con usted están incluidos en el documento.

Si se encuentra en un hospital, hogar para adultos mayores o centro de atención residencial al momento de llenar sus instrucciones anticipadas, una tercera persona tendrá que firmar para certificar que le explicó el significado de las instrucciones anticipadas y que usted entiende el impacto y el efecto de lo que está llevando a cabo. Esta tercera persona puede ser una persona designada por el hospital, un defensor del pueblo para la atención a largo plazo, un abogado con licencia para ejercer en Vermont, un clérigo o una persona designada por la división testamentaria de la corte superior.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente es la persona que usted nombra para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que ya no esté en condiciones de tomar estas decisiones por sí mismo. Su agente puede ser un familiar o amigo cercano en quien confíe para que tome decisiones importantes. La persona que nombre como su agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones sobre la atención médica por usted.

Puede nombrar a una segunda y tercera persona como agentes suplentes. Un agente suplente intervendrá si la(s) persona(s) que nombra como agente(s) no es (son) capaz (ces), no está(n) dispuesta(s) o no está a su alcance actuar por usted.

No puede nombrar a su médico u otro profesional de atención médica como su agente. Si se encuentra en un centro residencial, centro de atención médica o centro penitenciario, un propietario, administrador, empleado o contratista del centro no puede ser su agente, a menos que dicha persona sea pariente suyo por consanguinidad, afinidad, unión civil o adopción.

La Parte 7 le permite nombrar a una persona, también denominada agente, para que supervise la disposición final de sus restos. Esta persona no puede ser director de una funeraria, administrador de un crematorio, administrador de un cementerio ni empleado del director de una funeraria, del administrador de un crematorio o del administrador de un cementerio, a menos que sea pariente suyo. Tampoco puede ser empleado o representante de una organización de obtención de órganos, a menos que sea pariente suyo.

¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para elaborar un documento de instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando nombra a un agente y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, el agente se encuentra en la mejor posición para abogar por usted. Dado que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no limitar involuntariamente la facultad de su agente para que actúe en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras "siempre" y "nunca". En cualquier caso, asegúrese de hablar con su agente y con otras personas sobre su atención médica futura y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?

La potestad de su agente entrará en vigor:

- cuando su médico determine que usted ya no tiene la **capacidad** para tomar decisiones sobre la atención médica, por ejemplo, en caso de que pierda el conocimiento o no pueda comunicarse, y su médico haya hecho esfuerzos razonables para notificarle a usted y a su agente dicha determinación;
- **inmediatamente** después de firmar las instrucciones anticipadas, si usted así lo indica;
- cuando se enfrente a una **afección** que usted especifique, como el diagnóstico de una enfermedad debilitante, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer o una enfermedad mental grave, o
- cuando se produzca un **acontecimiento** que usted desee que marque el inicio de la potestad de su agente, por ejemplo, en caso de que se traslade a un hogar para adultos mayores o a otra institución.

Usted conserva la potestad principal sobre sus decisiones de atención médica mientras sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del agente

Su agente no tiene potestad para dar su consentimiento a la realización de la esterilización voluntaria.

Su agente estará sujeto a las leyes vigentes en Vermont en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

Usted puede revocar sus Instrucciones anticipadas al elaborar nuevas instrucciones anticipadas. Puede revocar o suspender total o parcialmente sus Instrucciones anticipadas al llevar a cabo cualquiera de las siguientes acciones:

1. firmar una declaración que suspenda o revoque el nombramiento de su agente;
2. informar personalmente a su médico, y pedirle que lo registre en su expediente;
3. quemar, romper o borrar las Instrucciones anticipadas, ya sea personalmente o bajo su dirección, cuando usted esté presente;
4. para cualquier disposición (excepto el nombramiento de su agente), en el momento en que usted declare verbalmente o por escrito, o indique, por cualquier otro acto suyo, que su intención es suspender o revocar cualquier Parte o declaración contenida en sus Instrucciones anticipadas, o
5. al firmar nuevas Instrucciones anticipadas.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales; sin embargo, usted puede indicar sus deseos y otorgar potestad a su agente con respecto a los problemas de salud mental. El Centro Nacional de Recursos sobre Instrucciones Anticipadas Psiquiátricas mantiene un sitio web (<https://nrc-pad.org/>) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes de atención anticipada más detallados en relación con las enfermedades mentales, podría hablar con su médico y un abogado acerca de un poder notarial duradero que se

adapte a sus necesidades.

¿Qué otra información importante debo saber?

Usted puede indicar expresamente en sus Instrucciones anticipadas que, en caso de que carezca de la capacidad para tomar decisiones sobre la atención médica, su agente pueda autorizar o negar la administración de atención médica en contra de su voluntad. Para que esta disposición sea válida, debe ocurrir lo siguiente:

1. debe nombrar a un agente en sus Instrucciones anticipadas;
2. su agente debe aceptar por escrito la responsabilidad de autorizar o negar la administración de atención médica en contra de su voluntad;
3. su médico debe firmar esta disposición y confirmar que usted entendió los beneficios, los riesgos y las alternativas de dicha disposición;
4. un defensor del pueblo para la atención a largo plazo, un abogado con licencia para ejercer en Vermont, un clérigo o una persona designada por la división testamentaria de la corte superior debe firmar una declaración que confirme que le explicó la disposición y que usted parece entenderla y que no se encuentra bajo coacción ni influencia indebida (esta persona debe ser una parte desinteresada e independiente del hospital si usted se encuentra en el hospital al momento de que se elabore la disposición);
5. debe especificar los tratamientos a los que se aplica esta disposición, y
6. debe reconocer que renuncia consciente y voluntariamente al derecho a rechazar o recibir tratamiento en un momento de incapacidad, según lo determinen su médico y un médico más.

Si decide incluir un texto en relación con la atención que se administre en contra de su voluntad, es posible que desee hablar de este texto con su proveedor de atención médica o un abogado con experiencia en la redacción de instrucciones anticipadas. Este tipo de textos puede incluirse en la Parte 8 de las Instrucciones anticipadas para Vermont.

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no serán válidas en caso de emergencia médica, excepto para identificar a su agente. El personal de ambulancias y del departamento de emergencias de los hospitales están obligados a practicar la reanimación cardiopulmonar (RCP), salvo que tenga una orden independiente del médico, que suele denominarse "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el departamento de salud o el departamento para adultos mayores de su estado (<https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html>). Otro tipo de órdenes relacionadas con la RCP y otros tratamientos son las órdenes portátiles para el tratamiento de mantenimiento de la vida (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) específicas de los estados (<https://polst.org/form-patients/>). Tanto el formulario POLST como el DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN mostrarse al personal de emergencias cuando se presente. Estas instrucciones indican al personal de la ambulancia y de emergencias del hospital que no intenten practicar la RCP (o la detengan si ya comenzó) si su corazón o su respiración se detiene.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA VERMONT: PÁGINA 1 DE 13

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

Mi nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Fecha de firma _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

PARTE 1: NOMBRAMIENTO DE UN AGENTE

1. Deseo que mi agente tome decisiones en mi nombre (elija una de las siguientes declaraciones):

_____ cuando ya no sea capaz de tomar decisiones sobre la atención médica por mí mismo;

_____ inmediatamente, permitiendo que mi agente tome decisiones por mí ahora mismo, o

_____ cuando me enfrente a la siguiente afección o se produzca el siguiente acontecimiento (que se determinará como se señala a continuación):

2. Nombro a _____ como mi agente de atención médica para que tome todas y cada una de las decisiones sobre la atención médica por mí, excepto en la medida en que yo indique lo contrario en estas Instrucciones anticipadas. (Puede tachar la oración en letra cursiva si la potestad es ilimitada).

Domicilio _____ Relación (opcional) _____

Teléfonos (durante el día) _____ Teléfono celular _____

(durante la tarde) _____ Correo electrónico _____

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, FECHA DE FIRMA, DOMICILIO, NÚMERO DE TELÉFONO Y DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE DE SU AGENTE

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL DOMICILIO, LA RELACIÓN QUE TIENE CON USTED, LOS NÚMEROS DE TELÉFONO Y LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE SU AGENTE

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2024.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA VERMONT: PÁGINA 3 DE 13

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, DOMICILIO Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU MÉDICO O PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA

ENUMERE A LAS PERSONAS A LAS QUE SE PUEDE CONSULTAR SOBRE SUS DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

ENUMERE A LAS PERSONAS A LAS QUE NO SE DEBE CONSULTAR SOBRE SUS DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

ENUMERE A LAS PERSONAS QUE DESEA QUE RECIBAN INFORMACIÓN SOBRE SU AFECCIÓN

ENUMERE A LAS PERSONAS QUE NO DESEA QUE PUEDAN RECUSAR A SU AGENTE O PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA ANTE UNA CORTE EN RELACIÓN CON LAS INSTRUCCIONES O NOMBRAMIENTOS DE ESTE DOCUMENTO

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2024.

PARTE 2: OTRAS PERSONAS QUE PUEDEN PARTICIPAR EN MI ATENCIÓN

1. Mi médico u otro profesional de atención médica:

Nombre _____ Teléfono _____

Domicilio _____

Nombre _____ Teléfono _____

Domicilio _____

2. Otras personas a las que mi agente PUEDE consultar sobre las decisiones médicas en mi nombre:

Personas a las que mi agente NO debe consultar:

3. Mi agente de atención médica o proveedor de atención médica puede dar información sobre mi afección a los siguientes adultos y menores:

4. La(s) persona(s) que se nombra(n) a continuación NO tendrá(n) derecho a interponer demandas judiciales en mi nombre en relación con los asuntos contemplados en estas instrucciones anticipadas, ni a actuar en mi nombre como responsable(s) de la toma de decisiones sobre la atención médica:

(adjunte páginas adicionales si es necesario)

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA VERMONT: PÁGINA 4 DE 13

ESCRIBA SUS
INICIALES PARA
INDICAR A QUIÉN
DESEA QUE SE
NOMBRE COMO
TUTOR, EN CASO
DE QUE UNA
CORTE DECIDA
QUE NECESITA
UNO

ENUMERE A LOS
TUTORES
SUPLENTE, SI LOS
HUBIERA

ENUMERE A LAS
PERSONAS QUE NO
DESEA QUE SE
NOMBREN COMO
TUTORES

5. Si en el futuro necesito un tutor, solicito a la corte que considere la posibilidad de nombrar a la siguiente persona:

_____ Mi agente de atención médica

_____ La persona a continuación:

Nombre _____ Teléfono _____

Domicilio _____

También puede enumerar a sus tutores preferidos alternativos, o a las personas que no desearía que se nombraran como tutores.

Tutores suplentes preferidos: _____

Personas que no desearía como tutores: _____

PARTE 3: DECLARACIÓN DE VALORES Y PROPÓSITOS

INDIQUE CON SUS PROPIAS PALABRAS QUÉ ES LO MÁS IMPORTANTE PARA USTED EN RELACIÓN CON SU ATENCIÓN MÉDICA

Utilice el espacio a continuación para indicar con sus propias palabras qué es lo más importante para usted.

PROPORCIONE RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE CÓMO ABORDAR SUS OPCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Recomendaciones generales sobre cómo abordar las opciones de atención médica en función de su estado de salud actual o futuro, o de las posibilidades de éxito de distintos tratamientos.

INDIQUE OTROS VALORES Y PROPÓSITOS PARA AYUDAR A BRINDAR ORIENTACIÓN SOBRE LAS DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA QUE SE TOMEN EN SU NOMBRE

Declaración de valores y propósitos adicionales para ayudar a brindar orientación sobre las decisiones de atención médica que se tomen en su nombre.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA VERMONT: PÁGINA 6 DE 13

PARTE 4: DESEOS PARA EL FINAL DE LA VIDA

Si llega el momento en que estoy próximo a fallecer o pierdo el conocimiento y es improbable que recupere el conocimiento (rubrique todas las opciones que correspondan):

1. _____ **Deseo** que se me administren todos los tratamientos posibles para prolongar mi vida

- o -

2. _____ **No deseo** que se prolongue mi vida por ninguno de los medios siguientes:

_____ respiradores (ventiladores o mascarillas)

_____ alimentación por sonda (alimentación e hidratación por medios médicos)

_____ antibióticos

_____ otros medicamentos cuya finalidad sea prolongar mi vida

_____ cualquier otro medio

_____ otro (especifique) _____

3. _____ Deseo que mi **agente decida** los tratamientos que puedo recibir, incluida la alimentación por sonda.

4. _____ Deseo que se me administre atención que preserve mi dignidad y que me proporcione **comodidad y alivio** de los síntomas que me aquejan.

5. _____ Deseo que se me administren **medicamentos para el dolor**, aunque esto pueda tener el efecto no deseado de acelerar mi fallecimiento.

6. _____ Deseo que se me administren cuidados de **hospicio** en cualquier entorno, cuando sea apropiado.

7. _____ Preferiría **fallecer en casa**, si esto es posible.

8. Otros deseos e instrucciones (indíquelos a continuación o utilice páginas adicionales):

ESCRIBA SUS
INICIALES
SOLO EN UNA
DE LAS
OPCIONES 1 A
3

ESCRIBA SUS
INICIALES EN
TODAS LAS
OPCIONES 4 A
7 QUE
CORRESPONDA
N A SUS
DESEOS

AÑADA OTROS
DESEOS E
INSTRUCCIONES,
SI LOS HUBIERA

© 2005 National
Alliance for Care
at Home.
Revisado en
2024.

PARTE 5: OTROS DESEOS DE TRATAMIENTO

1. ____ Deseo que se redacte para mí una **Orden de no resucitar (DNR)**.
2. ____ Si me encuentro en una crisis de salud grave que puede no ser mortal y que requiere más tiempo para que se determine si puedo mejorar, deseo que se inicie la administración de tratamiento. Si, después de un periodo razonable, está claro que no mejoraré, deseo que se detenga todo tratamiento para prolongar la vida. Esto incluye el uso de respiradores o la alimentación por sonda.
3. ____ Si estoy consciente, pero no soy capaz de pensar o actuar por mí mismo, y es probable que no mejore, no deseo que se administren los siguientes tratamientos para prolongar la vida:
 - _____ respiradores (ventiladores o mascarillas)
 - _____ sondas de alimentación (alimentación e hidratación por medios médicos)
 - _____ antibióticos
 - _____ otros medicamentos cuya finalidad sea prolongar la vida
 - _____ otros tratamientos para prolongar mi vida
 - _____ otro _____
4. ____ Si los costos, los riesgos y las cargas probables del tratamiento son más de lo que quisiera sobrellevar, no deseo que se me administre tratamiento para prolongar la vida. Los costos, los riesgos y las cargas que más me preocupan son: _____

5. ____ Si se determina que estoy embarazada en el momento en que estas Instrucciones anticipadas entren en vigor, deseo que se me administre:
 - _____ todo tipo de tratamiento de mantenimiento de la vida, (o)
 - _____ solo los siguientes tratamientos de mantenimiento de la vida:
 - _____ respiradores (ventiladores o mascarillas)
 - _____ sondas de alimentación (alimentación e hidratación por medios médicos)
 - _____ antibióticos
 - _____ otros medicamentos cuya finalidad sea prolongar la vida
 - _____ cualquier otro tratamiento para prolongar mi vida
 - _____ otro _____
 - _____ no deseo que se me administre ningún tratamiento de mantenimiento de la vida

ESCRIBA SUS INICIALES EN TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN A SUS DESEOS

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA VERMONT: PÁGINA 8 DE 13

ENUMERE EL NOMBRE, DOMICILIO Y NÚMEROS DE LOS TELÉFONO DE LOS HOSPITALES O CENTROS DE TRATAMIENTO

ENUMERE LOS HOSPITALES O CENTROS DE TRATAMIENTO QUE DESEA EVITAR Y EXPLIQUE LOS MOTIVOS

ENUMERE LOS MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS QUE DESEA RECIBIR

ENUMERE LOS MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS QUE DESEA EVITAR Y EXPLIQUE LOS MOTIVOS

ESCRIBA SUS INICIALES Y MARQUE CON UN CÍRCULO LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A SUS DESEOS

6. **Hospitalización:** Si necesito que se me administre atención en un hospital o centro de tratamiento, enumero los siguientes sitios por orden de preferencia:

Hospital/centro _____ Domicilio _____
N.º de teléfono _____

Hospital/centro _____ Domicilio _____
N.º de teléfono _____

- Deseo evitar que se me atienda en **los siguientes sitios:**

Hospital/centro _____

Hospital/centro _____

7. **Prefiero los siguientes medicamentos o tratamientos** (utilice más espacio u hojas adicionales para esta sección, si es necesario):

Deseo que se evite el **uso de los siguientes medicamentos o tratamientos**

(enumere los medicamentos o tratamientos):

8. **Consentimiento para la participación en la formación de estudiantes, investigaciones de tratamientos o pruebas con medicamentos:**

_____ **Deseo/no deseo** (marque con un círculo) participar en la formación médica de estudiantes.

_____ **Deseo/no deseo** (marque con un círculo) participar en investigaciones de tratamientos o pruebas con medicamentos.

(o)

_____ Autorizo a **mi agente a que dé su consentimiento** a cualquiera de las opciones anteriores.

PARTE 6: DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Deseo que mi agente (si nombré a uno) y todas las personas que se preocupan por mí cumplan mis deseos relativos a la donación de órganos, si esta es una opción en el momento de mi fallecimiento. (Rubrique todas las opciones que correspondan).

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA OPCIÓN

_____ **No deseo ser donante de órganos.**

ESCRIBA SUS
INICIALES EN SUS
OPCIONES DE
DONACIÓN DE
ÓRGANOS

_____ **Deseo donar los siguientes órganos y tejidos:**

- _____ los órganos o tejidos necesarios
- _____ órganos principales (corazón, pulmones, riñones, etc.)
- _____ tejidos como piel y huesos
- _____ tejidos oculares como córneas

Agente encargado de la donación de órganos (opcional).

PUEDA ELEGIR A
UNA PERSONA
PARA QUE TOME
DECISIONES
SOBRE LA
DONACIÓN DE
ÓRGANOS POR
USTED

_____ Deseo que mi agente tome las decisiones sobre donaciones anatómicas
O

_____ Deseo que la(s) siguiente(s) persona(s) tome(n) las decisiones:

_____ **Deseo donar mi cuerpo para programas educativos o de investigación.**

(Nota: tendrá que hacer sus propios preparativos a través de un programa de una facultad de medicina u otro programa).

ESCRIBA SUS
INICIALES AQUÍ SI
DESEA DONAR SU
CUERPO A LA
CIENCIA

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA OPCIÓN

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA OPCIÓN

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA EL
NOMBRE,
DOMICILIO,
NÚMEROS DE
TELÉFONO Y
DIRECCIÓN DE
CORREO
ELECTRÓNICO DE
LA PERSONA QUE
DESEA QUE DECIDA
LOS PREPARATIVOS
TRAS SU
FALLECIMIENTO

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA OPCIÓN

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA EL
NOMBRE,
DOMICILIO Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE LA
PERSONA CON LA
QUE HIZO LOS
PREPARATIVOS
PARA EL ENTIERRO
O LA CREMACIÓN

© 2005 National
Alliance for Care at
Home. Revisado en
2024.

PARTE 7: DISPOSICIÓN DE MI CUERPO TRAS MI FALLECIMIENTO

1. Mis instrucciones para el entierro o la disposición de mis restos tras mi fallecimiento.

_____ Deseo un funeral y, posteriormente, un entierro en un ataúd en el siguiente lugar, si esto es posible (indique el lugar en el que se encuentra el lote del cementerio y si se compró previamente): _____;

_____ Deseo ser cremado y que mis cenizas se entierren o distribuyan de la siguiente manera:

_____ (o)

_____ Deseo que se lleven a cabo los preparativos según las instrucciones de mi agente o de mis familiares.

Otras instrucciones: _____
(puede incluir, por ejemplo, la información de contacto de los programas de la facultad de medicina en caso de que haya hecho preparativos para donar su cuerpo para educación o investigación).

2. Agente encargado de la disposición de mi cuerpo (seleccione una opción):

_____ Deseo que mi agente de atención médica decida los preparativos tras mi fallecimiento. Si no está al alcance de mi agente decidir, deseo que mi agente suplente decida.

_____ Nombro a la siguiente persona para que decida y organice la disposición de mi cuerpo tras mi fallecimiento:

Nombre _____ Domicilio _____

Teléfono _____ Teléfono celular _____ Correo electrónico _____

(o)

_____ Deseo que mis familiares decidan.

3. Si se sugiere una autopsia tras mi fallecimiento:

_____ Estoy de acuerdo en que se lleve a cabo una autopsia.

_____ Deseo que mi agente o mis familiares decidan si se lleva a cabo o no.

4. Ya hice los preparativos para el entierro o la cremación con:

Nombre _____ Teléfono _____

Domicilio _____

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA VERMONT: PÁGINA 12 DE 13

PARTE 9: CIERTAS ACCIONES EN CONTRA DE MIS OBJECIONES (OPCIONAL)

Los poderes de mi agente incluirán lo siguiente [escriba sus iniciales en todas las opciones que correspondan]:

- _____ 1. Autorizar mi ingreso en un centro de atención médica para el tratamiento de una enfermedad mental por un máximo de 10 días calendario, incluso en contra de mi objeción, si un médico del personal del centro propuesto o designado por este me examina y declara por escrito que tengo una enfermedad mental, que soy incapaz de tomar una decisión informada sobre mi ingreso y que necesito tratamiento en dicho centro; así como autorizar mi alta (incluida la transferencia a otro centro) de dicha institución.
- _____ 2. Autorizar los tipos específicos de atención médica identificados en esta instrucción anticipada a continuación, incluso en contra de mi protesta (adjunte páginas adicionales si es necesario):
- _____ 3. Continuar actuando como mi agente incluso en el caso de que yo proteste la autoridad del agente después de que se haya determinado que soy incapaz de tomar una decisión informada.

Renuncio de manera consciente y voluntaria al derecho a rechazar o recibir tratamiento en el momento de mi incapacidad, y entiendo que un médico determinará mi capacidad. Mi agente acepta por la presente dicha responsabilidad: _____.

El mérdico certifica por la presente que estuvo físicamente presente durante la ejecución de la Parte 9 y que entiendo los riesgos, beneficios y alternativas a la atención médica que estoy aceptando o rechazando: _____.

Un individuo según lo requerido por el 18 V.S.A. § 9707(h)(1)(D) estuvo físicamente presente durante la ejecución de la Parte 9 y explicó la naturaleza y el efecto de esta disposición, y certifica que aparento entender y estar libre de coacción o influencia indebida: _____.

AGREGUE OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HAY, SOBRE LAS DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA QUE PERMITE QUE SU AGENTE DESIGNADO APRUEBE O RECHACE EN CONTRA DE SU OBJECIÓN SI USTED NO TIENE LA CAPACIDAD DE TOMAR DICHAS DECISIONES.

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN INCLUIR DETALLES ADICIONALES SOBRE SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, PERO NO PUEDEN CONTROLAR DECISIONES RELACIONADAS CON EL FINAL DE LA VIDA.

INDIQUE EL NOMBRE DE SU AGENTE

INDIQUE EL NOMBRE DE SU MEDICO

INDIQUE EL NOMBRE DEL TESTIGO

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA VERMONT: PÁGINA 13 DE 13

PARTE 10: FIRMA Y TESTIGOS

Mi nombre _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Fecha** _____

Declaro que este documento refleja mis deseos con respecto a mi atención médica futura, (donación de órganos y tejidos y disposición de mi cuerpo tras mi fallecimiento, y que firmo estas instrucciones anticipadas por mi propia voluntad.

Firma _____ Fecha _____

Reconocimiento de los testigos

Confirmando que el mandante parece entender la naturaleza de las Instrucciones anticipadas y no se encuentra bajo coacción ni influencia indebida. Si estoy siendo testigo de forma remota, afirmo que conozco al mandante, que estábamos conectados a través de una conexión en vivo e interactiva, y que mi información de contacto y relación con el mandante se incluyen a continuación.

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____

Teléfono _____ Relación _____

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____

Teléfono _____ Relación _____

Reconocimiento por parte de la persona que explicó el significado de las Instrucciones anticipadas si el mandante es un paciente o residente actual en un hospital u otro centro de atención médica.

Confirmando que:

- el autor de estas Instrucciones anticipadas es un paciente o residente actual en un hospital, hogar para adultos mayores o centro de atención residencial;
- soy un defensor del pueblo, un miembro reconocido del clero, un abogado con licencia para ejercer en Vermont, una persona designada por la división testamentaria de la corte superior o una persona designada por el hospital, y
- expliqué la naturaleza y el efecto de las Instrucciones anticipadas al mandante y parece que el mandante firma las Instrucciones anticipadas de forma intencionada y voluntaria.

Firma _____ Fecha _____

Nombre _____

Domicilio _____

Cargo o puesto _____ Teléfono _____

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO Y LA FECHA

FIRME Y FECHÉ

SUS TESTIGOS DEBEN FIRMAR, FECHAR Y ESCRIBIR SUS NOMBRES EN LETRA DE IMPRENTA AQUÍ O UTILIZAR UNA FIRMA DIGITAL SI SON REMOTOS.

SI SE ENCUENTRA EN UN HOSPITAL, HOGAR PARA ADULTOS MAYORES O CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL, UNA TERCERA PERSONA DEBE FIRMAR, FECHAR Y ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE, DOMICILIO, CARGO Y NÚMERO DE TELÉFONO

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2024.