

VIRGINIA

Instrucciones anticipadas

Planificación de las decisiones importantes de atención médica

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

800-658-8898

CaringInfo, un programa de la National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO), es una iniciativa nacional de participación del consumidor para mejorar la atención y la experiencia de cuidado durante enfermedades graves 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:

- Instrucciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones.
- 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. Virginia mantiene un Registro de instrucciones anticipadas. Al presentar sus instrucciones anticipadas en el registro, su proveedor de atención médica y sus seres queridos podrán encontrar una copia de sus instrucciones en caso de que usted no pueda proporcionarlas. Puede leer más sobre el registro, incluidas las instrucciones sobre cómo presentar sus instrucciones anticipadas, en <https://www.connectvirginia.org/adr/>.

INTRODUCCIÓN A SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE VIRGINIA

Este paquete contiene las **Instrucciones anticipadas de Virginia**, que protegen su derecho a rechazar el tratamiento médico que no desea o a solicitar el tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad de tomar decisiones por usted mismo.

La **Parte I, Nombramiento y poderes de mi agente**, le permite nombrar a una persona mayor de edad como su “agente” para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas las decisiones sobre procedimientos que prolongan la vida, si ya no puede hablar por sí mismo. La **Parte II, Mis instrucciones de atención médica**, le permite expresar sus deseos sobre la atención médica en caso de que no pueda hablar por usted mismo, incluso si desarrolla una afección terminal o si se encuentra en un estado vegetativo persistente. Si usted es donante de órganos, ojos o tejidos, se aplicarán sus instrucciones para garantizar la idoneidad médica de sus órganos, ojos y tejidos para la donación. La **Parte III** le permite registrar sus deseos de donación de órganos y tejidos. La **Parte IV** contiene las disposiciones de firma y testigos para que su documento sea válido.

Puede completar la Parte I, la Parte II, la Parte III, o todas las partes, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada. **Debe completar la Parte IV.**

¿Cómo puedo hacer legales mis instrucciones anticipadas para la atención médica de Virginia?

Debe firmar sus instrucciones anticipadas en presencia de dos testigos mayores de edad. Cualquier persona mayor de 18 años, incluidos el cónyuge, otro pariente o proveedor de atención médica, pueden ser testigos de sus instrucciones anticipadas de Virginia.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente es la persona que usted nombra para tomar decisiones sobre su atención médica, en caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo. Su agente puede ser un miembro de la familia o un amigo cercano en quien usted confía para tomar decisiones importantes. La persona que usted nombre como su agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones de atención médica por usted.

¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para ejecutar las instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando usted nombra a un agente y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, esta persona está en la posición más fuerte para abogar por usted. Debido a que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no restringir por error el poder de su agente para actuar en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras “siempre” y “nunca”. En cualquier caso, asegúrese de hablar con su agente y otras personas sobre su futura atención médica y describa lo que considera una “calidad de vida” aceptable.

¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?

La Parte I, **Nombramiento y poderes de mi agente**, entra en vigor cuando su médico y otro médico calificado o psicólogo clínico certifican por escrito que usted es incapaz de tomar una decisión informada con respecto a la atención médica.

La Parte II, **Mis instrucciones para la atención médica**, entra en vigor cuando su médico y otro médico calificado o psicólogo clínico certifican por escrito que usted es incapaz de tomar una decisión informada con respecto a la atención médica y surge una afección para la que ha dado instrucciones.

Limitaciones del agente

Su agente **no** tiene la potestad para dar su consentimiento a una esterilización no terapéutica, aborto o psicocirugía.

Su agente debe cumplir las leyes vigentes de Virginia relacionadas con el embarazo y la interrupción de embarazos.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Usted puede revocar sus instrucciones anticipadas de Virginia en cualquier momento al:

- firmar y fechar una revocación por escrito;
- cancelar o destruir físicamente su documento, o pedir a otra persona que lo haga en su presencia; o
- expresar de forma verbal su intención de revocar el documento.

Su revocación entra en vigor cuando usted notifica a su médico tratante.

Además, asegúrese de presentar cualquier actualización o cambio a sus instrucciones anticipadas de Virginia ante el registro de Virginia.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque puede expresar 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 tiene un sitio web (<https://nrc-pad.org/>) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes anticipados de atención más detallados con respecto a las enfermedades mentales, puede hablar con su médico y un abogado sobre un poder notarial duradero adaptado a sus necesidades.

¿Qué otros hechos importantes debo saber?

En sus instrucciones anticipadas, usted puede indicar expresamente que, en el caso de que sea incapaz de tomar una decisión informada sobre la atención médica, su agente puede autorizar o retener la atención médica sin importar su objeción. Para que esta disposición sea efectiva, debe ocurrir lo siguiente:

1. Debe nombrar un agente en sus instrucciones anticipadas.
2. Debe especificar los tratamientos para los que se aplica esta disposición.
3. Su médico o psicólogo clínico con licencia debe certificar por escrito en el momento en que haga sus instrucciones anticipadas que usted es capaz de tomar una decisión informada y que entiende las consecuencias de la disposición.
4. La decisión de atención médica no implica la retención o el retiro de los procedimientos que prolongan la vida.
5. La atención médica que se debe proporcionar, continuar, retener o retirar está determinada y documentada por su médico tratante como médicamente apropiada y está permitida por la ley.

Si decide incluir referencias con respecto a la atención dada a pesar su objeción, es posible que desee hablar con su proveedor de atención médica o un abogado con experiencia en la redacción de instrucciones anticipadas con respecto a esta referencia. Cualquier referencia de este tipo puede incluirse en la Parte I, n.º 11, de sus Instrucciones anticipadas de Virginia.

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no entrarán en vigor en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su agente. Se requiere que el personal de la ambulancia y del Departamento de Emergencias del hospital proporcione reanimación cardiopulmonar (RCP), a menos que tenga una orden médica separada, que generalmente se llama "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de las órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el Departamento de Salud de su estado o el Departamento para el Envejecimiento (<https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html>). Otros formularios de órdenes con respecto a 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 cada estado (<https://polst.org/form-patients/>). Tanto un formulario de POLST como una orden de DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN presentarse a los servicios de emergencia al momento de llegar. Estas instrucciones indican al personal del

hospital y de emergencias del hospital que no intente realizar la RCP (o que la detenga si ha comenzado) si su corazón o respiración se detienen.

Instrucciones anticipadas de Virginia

ESCRIBA SU NOMBRE
EN LETRA DE
IMPRESA.

Yo, _____,
intencional y voluntariamente, hago saber mis deseos en caso de que no pueda
tomar una decisión informada sobre mi atención médica, como se indica en este
documento.

Estas instrucciones anticipadas no rescindirán en caso de discapacidad.

PARTE I: NOMBRAMIENTO DEL AGENTE

(SI NO DESEA NOMBRAR A UN AGENTE PARA QUE TOMA DECISIONES DE
ATENCIÓN MÉDICA POR USTED, TACHE Y ESCRIBA SUS INICIALES).

Por la presente, nombro a _____,
(agente principal)

de _____
(dirección y número de teléfono)

como mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, según lo
autorizo en este documento. Si la persona antes designada no está razonablemente
disponible, o no puede o no está dispuesta a actuar como mi agente, entonces,
nombro a

(agente suplente)
de _____

(dirección y número de teléfono)

para que desempeñe ese cargo.

Otorgo a mi agente, antes nombrado, pleno poder y potestad para tomar
decisiones de atención médica en mi nombre, como se describe a continuación,
siempre que se haya determinado que no puedo tomar una decisión informada. La
potestad de mi agente a continuación estará vigente siempre y cuando yo sea
incapaz de tomar una decisión informada.

Al tomar decisiones de atención médica en mi nombre, quiero que mi agente cumpla
mis deseos y preferencias como se indica en este documento o según yo se los haya
informado. Si mi agente no puede determinar qué opción de atención médica habría
elegido yo, por mí mismo, entonces, quiero que mi agente elija por mí con base en lo
que él o ella considere que es en mi mejor interés.

ESCRIBA EN
LETRA DE
IMPRESA EL
NOMBRE,
DIRECCIÓN Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
AGENTE
PRINCIPAL.

ESCRIBA EN
LETRA DE
IMPRESA EL
NOMBRE,
DIRECCIÓN Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
AGENTE
SUPLENTE.

LOS PODERES DE SU AGENTE

TACHE Y ESCRIBA SUS INICIALES EN CUALQUIER REFERENCIA QUE NO DESEE Y AGREGUE CUALQUIER REFERENCIA QUE SÍ DESEE.

PODERES DE MI AGENTE

(TACHE Y ESCRIBA SUS INICIALES EN CUALQUIER REFERENCIA QUE NO DESEE Y AGREGUE CUALQUIER REFERENCIA QUE SÍ DESEE).

Los poderes de mi agente incluirán lo siguiente:

1. Dar su consentimiento, rechazar o retirar el consentimiento a cualquier tipo de atención médica incluidos, entre otros, respiración artificial (máquina de respiración), nutrición administrada de manera artificial (alimentación por sonda) e hidratación (líquidos por vía intravenosa) y reanimación cardiopulmonar (RCP). Esta autorización incluye específicamente el poder de dar su consentimiento a dosis de medicamento analgésico que excedan las dosis recomendadas en una cantidad suficiente para aliviar el dolor. Esto se aplica incluso si este medicamento conlleva el riesgo de adicción o si acelera mi muerte de forma inadvertida.
2. Solicitar, recibir y revisar cualquier información, verbal o escrita, con respecto a mi salud física o mental, incluidos, entre otros, los expedientes médicos y hospitalarios, y dar su consentimiento para la divulgación de esta información, según sea necesario, para llevar a cabo las indicaciones en estas instrucciones anticipadas.
3. Emplear y despedir a mis proveedores de atención médica.
4. Autorizar mi admisión, transferencia o alta de o a cualquier hospital, hospicio, residencia para adultos mayores, centro de vida asistida u otro centro de atención médica.
5. Autorizar mi admisión a un centro de atención médica para el tratamiento de enfermedades mentales, según lo permitido por la ley. (Si tengo otras instrucciones para mi agente con respecto al tratamiento de enfermedades mentales, estas se indican en un documento complementario).
6. Seguir actuando como mi agente si me opongo a la potestad del agente después de que se haya determinado que soy incapaz de tomar una decisión informada.
7. Autorizar mi participación en cualquier estudio de atención médica aprobado por un consejo de revisión institucional o comité de revisión de investigación, de acuerdo con la ley federal o estatal aplicable, que ofrezca la expectativa de un beneficio terapéutico directo para mí.
8. Autorizar mi participación en cualquier estudio de atención médica aprobado por un consejo de revisión institucional o comité de revisión de investigación, de conformidad con la ley federal o estatal aplicable, que tenga como objetivo aumentar la comprensión científica de cualquier afección que pueda tener, o para promover el bienestar humano, aunque no ofrezca ninguna expectativa de beneficio directo para mí.

PARTE II: INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

[PUEDE USAR CUALQUIERA O TODAS LAS PARTES A, B O C DE ESTA SECCIÓN PARA DAR INSTRUCCIONES SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA, INCLUSO SI NO TIENE UN AGENTE. SI DECIDE NO PROPORCIONAR INSTRUCCIONES POR ESCRITO, LAS DECISIONES SE BASARÁN EN SUS VALORES Y DESEOS, SI SE CONOCEN, Y EN SU MEJOR INTERÉS. SI ES DONANTE DE ÓRGANOS, OJOS O TEJIDOS, SE SEGUIRÁN SUS INSTRUCCIONES PARA GARANTIZAR LA IDONEIDAD MÉDICA DE SUS ÓRGANOS, OJOS O TEJIDOS PARA LA DONACIÓN].

A. Instrucciones si padezco una afección terminal

Proporciono las siguientes instrucciones en caso de que mi médico tratante determine que mi muerte es inminente (está muy cercana) y que el tratamiento médico no me ayudará a recuperarme:

_____ No quiero ningún tratamiento para prolongar mi vida. Esto incluye alimentación por sonda, líquidos por vía intravenosa (IV), reanimación cardiopulmonar (RCP), ventilador/respirador (máquina de respiración), diálisis o antibióticos. Entiendo que seguiré recibiendo tratamiento para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo.

0

_____Quiero recibir todos los tratamientos que prolonguen mi vida el mayor tiempo posible dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados. Entiendo que recibiré tratamiento para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo.

0

_____ Instruyo lo siguiente con respecto a la atención médica cuando esté agonizando:

[illegible]

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA.

PUEDE ESCRIBIR
 AQUÍ SUS PROPIAS
 INSTRUCCIONES
 SOBRE SU
 CUIDADO CUANDO
 ESTÉ AGONIZANTE,
 INCLUIDAS
 INSTRUCCIONES
 ESPECÍFICAS
 SOBRE LOS
 TRATAMIENTOS
 QUE DESEA, SI ES
 APROPIADO DESDE
 EL PUNTO DE
 VISTA MÉDICO, O
 SI NO LOS DESEA.

ES IMPORTANTE
QUE SUS
INSTRUCCIONES
AQUÍ NO ENTREN
EN CONFLICTO CON
OTRAS
INSTRUCCIONES
QUE USTED HAYA
DADO EN ESTAS
INSTRUCCIONES
ANTICIPADAS.

ADJUNTE PÁGINAS
ADICIONALES SI ES
NECESARIO.

[illegible]

ADJUNTE PÁGINAS
ADICIONALES SI ES
NECESARIO.

© 2005 National
Hospice and Palliative
Care Organization.
Revisado en 2023.

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

[PUEDE USAR ESTE DOCUMENTO PARA REGISTRAR SU DECISIÓN DE DONAR SUS ÓRGANOS, OJOS Y TEJIDOS, O TODO SU CUERPO DESPUÉS DE SU MUERTE. SI NO TOMA ESTA DECISIÓN AQUÍ O EN CUALQUIER OTRO DOCUMENTO, SU AGENTE PUEDE TOMAR LA DECISIÓN POR USTED, A MENOS QUE USTED LE PROHIBA ESPECÍFICAMENTE HACERLO, LO CUAL PUEDE HACER EN ESTE O EN ALGÚN OTRO DOCUMENTO. MARQUE UNA DE LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN SI DESEA UTILIZAR ESTA SECCIÓN PARA TOMAR SU DECISIÓN DE DONACIÓN].

_____ Dono mis órganos, ojos y tejidos para su uso en trasplantes, terapia, investigación y educación. Instruyo que se tomen todas las medidas necesarias para garantizar la idoneidad médica de mis órganos, ojos o tejidos para la donación. Entiendo que puedo registrar mis instrucciones en el Departamento de Vehículos Motorizados o directamente en el registro de donantes, www.DonateLifeVirginia.org, y que puedo utilizar el registro de donantes para enmendar o revocar mis instrucciones.

O

_____ Dono todo mi cuerpo para investigación y educación.

Instruyo lo siguiente con respecto a la donación de mis órganos, ojos y tejidos:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

SI DESEA DONAR
SUS ÓRGANOS,
OJOS O TEJIDOS,
ESCRIBA SUS
INICIALES EN LA
OPCIÓN QUE
REFLEJE SUS
DESEOS.

INGRESE LAS INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS QUE DESEE DAR SOBRE LAS DONACIONES ANATÓMICAS, SI LAS HAY.

ADJUNTE PÁGINAS
ADICIONALES SI ES
NECESARIO.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE VIRGINIA - PÁGINA

8 DE 8 PARTE IV: CUMPLIMIENTO

Afirmación y derecho de revocación: Al firmar a continuación, indico que estoy emocional y mentalmente capacitado para elaborar estas instrucciones anticipadas y que entiendo el propósito y efecto de este documento. Entiendo que puedo revocar todo este documento (o parte de él) en cualquier momento.

FIRME, FECHÉ Y
ESCRIBA SU NOMBRE
EN LETRA DE
IMPRESA AQUÍ.

(firma del declarante)

(fecha)

(nombre en letra de imprenta)

El declarante firmó las instrucciones anticipadas antes mencionadas en mi presencia.

Firma del testigo _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____

SUS DOS
TESTIGOS DEBEN
FIRMAR, FECHAR Y
ESCRIBIR SUS
NOMBRES EN
LETRA DE
IMPRESA AQUÍ.