VIRGINIA
Instrucciones anticipadas
Planificación de las decisiones importantes de 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 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.

Copyright © 2005 National Alliance for Care at Home. Todos los derechos reservados. Revisado en 2023. La reproducción y distribución por parte de una organización o grupo organizado sin el permiso escrito de la National Alliance for Care at Home está expresamente prohibida.

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 IMPRENTA.

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 TOME DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA POR USTED, TACHE Y ESCRIBA SUS INICIALES).

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

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 _____

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

_____,
(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.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

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.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

PODERES DE SU AGENTE (continuación)

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA CUALQUIER PODER ADICIONAL QUE QUIERA QUE TENGA SU AGENTE O CUALQUIER LIMITACIÓN EN LOS PODERES DE SU AGENTE, SI LOS HAY.

AGREGUE OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HAY, CON RESPECTO A SUS PLANES ANTICIPADOS DE ATENCIÓN.

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN ABORDAR AÚN MÁS SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, COMO SUS DESEOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE HOSPICIO, PERO TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR OTROS ASUNTOS DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS PARA SU ENTIERRO.

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

9. Tomar decisiones con respecto a las visitas durante mi estancia en un centro de atención médica, de acuerdo con las siguientes instrucciones:_____

11. Poderes o limitaciones adicionales, si los hay:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Doy las siguientes instrucciones para guiar mejor a mi agente en la toma de decisiones con respecto a mi atención médica:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

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].

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.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

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.

O

_____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.

O

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA.

PUEDE ESCRIBIR AQUÍ SUS INSTRUCCIONES SOBRE SU CUIDADO CUANDO NO PUEDA INTERACTUAR CON OTROS Y NO SE ESPERA QUE RECUPERE ESTA CAPACIDAD.

ESTO INCLUYE INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS SOBRE LOS TRATAMIENTOS QUE USTED 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.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

B. Instrucciones si estoy en un estado vegetativo persistente

Proporciono las siguientes instrucciones si, debido a mi estado, soy incapaz de reconocerme a mí o a mi entorno, o no puedo interactuar con otros, y es razonablemente seguro que nunca recuperaré esta conciencia o capacidad, incluso con tratamiento médico:

_____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.

O

___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.

O

_____Quiero probar tratamientos durante un tiempo con la esperanza de que haya alguna mejora en mi estado. Sugiero _____(ingrese la cantidad de tiempo) como el periodo después del cual se debe detener dicho tratamiento si mi estado no ha mejorado. El tiempo exacto es a discreción de mi agente o suplente, en consulta con mi médico. Entiendo que seguiré recibiendo tratamiento para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo.

O

_____Proporciono las siguientes instrucciones si, debido a mi estado, soy incapaz de reconocerme a mí o a mi entorno, o no puedo interactuar con otros, y es razonablemente seguro que nunca recuperaré esta conciencia o capacidad, incluso con tratamiento médico:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

PUEDE ESCRIBIR AQUÍ DECLARACIONES E INSTRUCCIONES SOBRE LOS TRATAMIENTOS QUE DESEA, SI ES APROPIADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO, O SOBRE LOS TRATAMIENTOS QUE NO DESEA BAJO CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS O CUALQUIER CIRCUNSTANCIA.

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

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN ABORDAR SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, COMO SUS DESEOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE HOSPICIO, PERO TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR OTROS ASUNTOS DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS PARA SU ENTIERRO.

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

C. Otras instrucciones con respecto a mi atención médica

Además, dicto lo siguiente con respecto a mi atención médica cuando sea incapaz de tomar mis propias decisiones de atención médica:

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

PARTE III: DONACIÓN DE ÓRGANOS

[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 PROHÍBA 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].

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

_____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.

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

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

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, FECHE Y ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA AQUÍ.

_____

(firma del declarante) (fecha)

_____

(nombre en letra de imprenta)

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

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

Firma del testigo_____Fecha_____

Nombre en letra de imprenta _____

Firma del testigo_____Fecha_____

Nombre en letra de imprenta _____

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.