

# **VIRGINIA OCCIDENTAL**

## **Instrucciones anticipadas**

### **Planificación de las decisiones importantes de atención médica**

Cortesía de CaringInfo

[www.caringinfo.org](http://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:

- Indicaciones 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.

## **INTRODUCCIÓN A SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE VIRGINIA OCCIDENTAL**

Este paquete contiene un **Poder notarial para la atención médica y testamento en vida combinados de Virginia Occidental**, 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, Poder notarial para la atención médica**, le permite nombrar a una persona mayor de edad como su "representante" para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas las decisiones sobre intervenciones que prolongan la vida, si ya no puede hablar por sí mismo. La **Parte II, Testamento en vida**, 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. La **Parte III** contiene las disposiciones de firma y testigos para que su documento sea válido.

Puede completar la Parte I, la Parte II o ambas, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada. **Debe completar la Parte III.**

Después del formulario de sus instrucciones anticipadas sigue un **Formulario de donación de órganos de Virginia Occidental**.

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

Debe firmar o, si no puede firmar, pedir a una persona que firme por usted (y en su presencia) su **Poder notarial para la atención médica y testamento en vida combinados de Virginia Occidental** en presencia de dos testigos mayores de edad **Y** ante un notario público.

Sus testigos **no pueden** ser:

- la persona que firma el documento en su nombre;
- estar relacionados con usted;
- cualquier persona con conocimiento de que tiene derecho a una parte de su patrimonio;
- directamente responsable del costo de su atención médica;
- su médico tratante; o
- su representante o representante suplente de atención médica.

## ¿A quién debo nombrar como mi representante?

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.

La persona a la que nombre como su representante **no puede** ser:

- su proveedor de atención médica tratante;
- un empleado de su proveedor de atención médica tratante, a menos que esté relacionado con usted;
- un operador de un centro de atención médica en donde usted es paciente o en el que reside; o
- un empleado de un operador de un centro de atención médica en donde usted es paciente o en el que reside, a menos que esté relacionado con usted.

Puede nombrar a una segunda persona como su representante suplente. Un representante suplente intervendrá si la persona que usted nombra como representante no puede, no quiere o no está disponible para actuar en su nombre.

## ¿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** entra en vigor cuando su médico determina y registra en su expediente médico que usted es incapaz debido a una discapacidad física o mental que le impide apreciar la naturaleza e implicaciones de una decisión de atención médica, tomar una decisión informada sobre las alternativas que se le presentan y comunicar esa decisión de manera inequívoca.

La **Parte II** entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no es capaz de tomar o comunicar sus decisiones de atención médica y documenta en su registro que usted padece una afección terminal o que se encuentra en un estado vegetativo persistente.

Usted conserva la potestad principal para sus decisiones de atención médica, siempre y cuando sea capaz de dar a conocer sus deseos.

## Limitaciones del agente

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

### **¿Qué pasa si cambio de opinión?**

Usted puede revocar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento al:

- destruir físicamente el documento o pedirle a alguien que lo destruya por usted, según sus instrucciones y en su presencia;
- firmar y fechar una revocación escrita que debe dar a su médico; o
- revocar de forma verbal su documento en presencia de un testigo de al menos dieciocho años de edad, quien debe firmar y fechar una confirmación escrita de su revocación.

Debe asegurarse de notificar a su representante y al médico tratante para estar seguro de que su revocación sea efectiva.

### **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?**

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.

**VIRGINIA OCCIDENTAL**  
**PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y TESTAMENTO EN**  
**VIDA COMBINADOS - PÁGINA 1 DE 4**

---

**PARTE I. Poder notarial para la atención médica**

Fecha: \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente nombro como mi representante a fin de que actúe en mi nombre para suministrar, retener o retirar el consentimiento informado a las decisiones de atención médica, en caso de que yo no pueda hacerlo por mí mismo.

La persona que elijo como mi representante es:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_.

Si mi representante no puede, no quiere o no está calificado para actuar, entonces, nombro a mi representante suplente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_.

Este nombramiento se extenderá, entre otros puntos, a las decisiones de atención médica relacionadas con el tratamiento médico; tratamiento quirúrgico; atención de enfermería; medicación; hospitalización, cuidado y tratamiento en una residencia para adultos mayores u otro centro; y atención médica en el hogar. El representante nombrado en este documento está específicamente autorizado para que se le otorgue acceso a mis registros médicos y otra información de salud, y para actuar en mi nombre para consentir, rechazar o retirar cualquier tratamiento médico o procedimientos de diagnóstico, o autopsia, si mi representante determina que yo, si fuera capaz de hacerlo, consentiría, rechazaría o retiraría dicho tratamiento o procedimientos. Dicha potestad incluirá, entre otros puntos, las decisiones relativas a la retención o el retiro de intervenciones que prolonguen la vida.

Nombro a este representante porque creo que esta persona entiende mis deseos y valores, que actuará para llevar a cabo las decisiones de atención médica que yo tomaría si pudiera hacerlo, y porque también creo que esta persona actuará en mi mejor interés cuando mis deseos sean desconocidos. Es mi intención que mi familia, mi médico y todas las autoridades legales estén sujetas a las decisiones que tome el representante nombrado en este documento, y es mi intención que estas decisiones no sean objeto de revisión por parte de ningún proveedor de atención médica o agencia administrativa o judicial.

ESCRIBA LA FECHA EN LETRA DE IMPRENTA.

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DE SU REPRESENTANTE Y REPRESENTANTE SUPLENTE.



**VIRGINIA OCCIDENTAL**  
**PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y TESTAMENTO EN**  
**VIDA COMBINADOS - PÁGINA 3 DE 4**

---

**PARTE II. Testamento en vida**

Es mi intención que este documento sea legalmente vinculante y efectivo, y que este documento se considere como una declaración formal de mi deseo con respecto al método por el cual debe tomarse cualquier decisión para la atención médica en mi nombre durante cualquier periodo en el que yo no pueda tomar dichas decisiones.

Al ejercer la potestad bajo este poder notarial para la atención médica, mi representante, si nombré a uno, actuará de manera consistente con mis instrucciones o limitaciones especiales, como se indica a continuación. Si no he nombrado a un representante, este documento será vinculante para cualquier suplente nombrado para tomar decisiones de atención médica en mi nombre.

Doy las siguientes INSTRUCCIONES O LIMITACIONES ESPECIALES EN ESTE PODER: (Los comentarios sobre sondas de alimentación, máquinas de respiración, reanimación cardiopulmonar, diálisis, tratamiento para la salud mental, arreglos funerarios, autopsia y donación de órganos se pueden colocar aquí. Si no proporciono instrucciones o limitaciones especiales, no significa que quiero o rechazo ciertos tratamientos).

1. Si estoy muy enfermo y no puedo comunicar mis deseos por mí mismo, y un médico que me ha examinado personalmente certifica que padezco una afección terminal o que estoy en un estado vegetativo persistente (estoy inconsciente y no soy consciente de mi entorno ni soy capaz de interactuar con los demás), deseo que se retenga o retire la intervención médica que prolongaría mi vida y serviría solo para prolongar el proceso de muerte o para mantenerme en un estado vegetativo persistente. Deseo que me permitan morir de forma natural y que solo me den medicamentos u otros procedimientos médicos necesarios para mantenerme cómodo. Deseo recibir todos los medicamentos necesarios para aliviar el dolor.

2. Otras instrucciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

TACHE Y ESCRIBA SUS INICIALES EN CUALQUIER DECLARACIÓN CON LA QUE NO ESTÉ DE ACUERDO.

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 Hospice and Palliative Care Organization. Revisado en 2023.

**VIRGINIA OCCIDENTAL  
PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y TESTAMENTO EN  
VIDA COMBINADOS - PÁGINA 4 DE 4**

---

**PARTE III. CUMPLIMIENTO**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

No firmé como el mandante arriba. Tengo por lo menos dieciocho años de edad y no estoy relacionado con el mandante por sangre o matrimonio. No tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del mandante o, a mi leal saber y entender, no soy beneficiario en ningún testamento o codicilo del mandante, ni soy legalmente responsable de los costos de la atención médica o de otro tipo del mandante. No soy el médico tratante del mandante ni soy el representante o representante suplente del mandante.

Testigo n.º 1 \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Testigo n.º 2 \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

ESTADO DE \_\_\_\_\_

CONDADO DE \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, notario público de dicho

\_\_\_\_\_ condado, certifico que \_\_\_\_\_, como

mandante, y \_\_\_\_\_,

como testigos, cuyos nombres están firmados en el escrito anterior con fecha del

\_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, reconocieron este día lo mismo ante mí.

Otorgado bajo mi mano este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Fecha de vencimiento de mi cargo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del notario público

Cortesía de CaringInfo  
www.caringinfo.org, 800-658-8898

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

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

**Y**

UN NOTARIO  
PÚBLICO DEBE  
COMPLETAR ESTA  
SECCIÓN DEL  
DOCUMENTO.

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



DONACIÓN DE  
ÓRGANOS  
(OPCIONAL)

ESCRIBA SUS  
INICIALES EN LA  
OPCIÓN QUE  
REFLEJE SUS  
DESEOS.

AGREGUE EL  
NOMBRE O  
INSTITUCIÓN (SI  
CORRESPONDE).

ESCRIBA EN LETRA  
DE IMPRENTA SU  
NOMBRE, FIRME Y  
FECHE EL  
DOCUMENTO.

SUS TESTIGOS  
DEBEN FIRMAR  
Y ESCRIBIR EN  
LETRA DE  
IMPRENTA SUS  
DIRECCIONES.

AL MENOS UN  
TESTIGO DEBE SER  
UNA PARTE  
DESINTERESADA.

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

## FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS VIRGINIA OCCIDENTAL - PÁGINA 1 DE 1

Escriba sus iniciales en la línea junto a la declaración a continuación que mejor refleje sus deseos. No necesariamente tiene que escribir sus iniciales en las declaraciones. Si no escribe sus iniciales en ninguna de las declaraciones, su abogado de atención médica, apoderado, agente o miembro de su familia puede tener la potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo, según la ley de Virginia Occidental.

\_\_\_\_\_ No quiero donar órganos ni tejidos y no quiero que mi abogado de atención médica, apoderado, agente o miembro de mi familia lo haga.

\_\_\_\_\_ Ya firmé un acuerdo por escrito o tarjeta de donante con respecto a la donación de órganos y tejidos con la siguiente persona o institución:

Nombre de la persona o institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ De conformidad con la ley de Virginia Occidental, por la presente doy, a partir de mi muerte:

\_\_\_\_\_ Cualquier órgano o parte necesaria.

\_\_\_\_\_ La siguiente parte u órganos mencionados a continuación:

\_\_\_\_\_ Para (escriba sus iniciales en una opción):

\_\_\_\_\_ Cualquier otro propósito legalmente autorizado.

\_\_\_\_\_ Únicamente para trasplante o propósitos terapéuticos.

Nombre del declarante: \_\_\_\_\_

Firma del declarante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

El declarante firmó este documento de manera voluntaria o instruyó a otra persona para que firmara en mi presencia.

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Soy una parte desinteresada con respecto al declarante, su donación y patrimonio. El declarante firmó este documento de manera voluntaria o instruyó a otra persona para que firmara en mi presencia.

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Cortesía de CaringInfo  
www.caringinfo.org