



Instrucciones anticipadas Advance Directive

Las Instrucciones Anticipadas son sólo parte de su plan médico para el futuro. Será más útil para su familia y amigos si usted se toma un tiempo para pensar acerca de sus valores y cómo afectan éstos sus decisiones médicas, además de escribir sus Instrucciones Anticipadas. Hay un manual con información completa a su disposición llamando al teléfono 757-856-7030 (línea gratuita 1-877-287-6061), o visitando el sitio web www.riversideonline.com.

Para redactar sus Instrucciones Anticipadas:

Paso 1. Hable sobre el tema.

¿Qué experiencias ha tenido con alguien que haya fallecido? ¿Las experiencias o las noticias le han hecho pensar acerca de qué desearía para usted si le pasara algo repentinamente?

Paso 2. Elija a alguien que hable por usted.

Si usted no puede hablar por sí mismo, los médicos necesitan saber en quién confía para que hable por usted. Esta persona debe entender las opciones que usted elegiría y estar dispuesta a cumplir con ellas, incluso estando en desacuerdo.

Paso 3. Decida qué tipo de tratamiento médico querría si no fuera a recuperarse.

Si tuviera una enfermedad o lesión cerebral repentina, sin esperanzas de recuperación, su agente de atención médica debe saber si usted desearía ser mantenido con vida artificialmente. Su agente de atención médica también debe conocer la cantidad de tratamiento que usted quisiera tener al final de una enfermedad terminal.

Paso 4. Escríbalas.

Cuando haya pensado acerca de todas estas cosas y hablado con las personas cercanas a usted, estará listo para redactar sus instrucciones anticipadas. Puede usar las Instrucciones Anticipadas para comunicar los tratamientos que sí desea recibir así como aquellos que no desea. Puede cambiar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento, siempre y cuando esté en condiciones de tomar sus propias decisiones y comprenderlas.

Paso 5. Compártalas.

Entregue una copia de sus instrucciones anticipadas a su agente de atención médica, a personas cercanas a usted y a su médico.

En Riverside, nos enorgullecemos de cumplir sus elecciones de atención médica.

INSTRUCCIONES MÉDICAS ANTICIPADAS

Yo, _____, (Fecha de nacimiento del paciente _____) estoy en capacidad de tomar una decisión informada y de redactar estas instrucciones anticipadas como expresión de mis deseos respecto a mi tratamiento médico. Dichas instrucciones se utilizarán sólo si en algún momento pierdo la capacidad de tomar una decisión informada.

Si hay alguna sección de este formulario que no desea completar, táchela por completo y firme en el centro de la "X."

SECCIÓN I - DESIGNACIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Si usted no designa a un agente de atención médica, será su pariente más cercano, de acuerdo al Código de Virginia, la persona a quien se recurrirá para obtener un consentimiento informado para administrar, rechazar y suspender tratamientos médicos en caso que usted no estuviera en capacidad de tomar una decisión informada.

Por medio del presente designo a la persona indicada a continuación como mi agente principal.

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Teléfono celular _____

Si mi agente principal no está disponible, no está en capacidad o no tiene la intención de actuar como mi agente, designo a la persona abajo mencionada para que actúe como tal:

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Teléfono celular _____

Poderes de mi Agente de atención médica (*Tache todos los idiomas que no desee utilizar y añada todos los idiomas que sí desee*)

Los poderes de mi agente incluirán lo siguiente:

- A. Consentir, rehusar o retirar el consentimiento para cualquier tipo de atención médica incluyendo, entre otros, respiración artificial, alimentación e hidratación administradas artificialmente, y respiración cardiopulmonar. Esta autorización incluye específicamente el poder para permitir la administración de dosis de medicamentos analgésicos en cantidades superiores a las dosis recomendadas y en una cantidad suficiente para aliviar el dolor, incluso si aquello conlleva el riesgo de adicción o de una aceleración inadvertida de mi muerte
- B. A solicitar, recibir y revisar cualquier información referente a mi salud física o mental y a consentir la revelación de esta información
- C. A emplear y despedir a mis proveedores de atención médica
- D. A autorizar mi admisión o mi alta de cualquier establecimiento médico
- E. A continuar actuando como mi agente incluso si yo perdiera mi capacidad de tomar una decisión informada y en consecuencia negara su autoridad
- F. A autorizar mi participación en investigaciones médicas que podrían beneficiarme
- G. A autorizar mi participación en investigaciones médicas que promuevan el bienestar de la humanidad, aún cuando no me beneficiaran
- H. A restringir las visitas de las siguientes personal mientras me encuentro hospitalizado:

(si esta sección se deja en blanco, no quiero que las restricciones a los visitantes.)



Para dar a su agente la autoridad para anteponerse a su rechazo de las instrucciones expresadas en este documento, complete el Anexo Protesta, disponible en www.riversideonline.com o llame al (757) 856-7030; línea gratuita (877) 287-6061.

SECCIÓN II - INSTRUCCIONES GENERALES DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo ordeno específicamente recibir la atención médica siguiente si es apropiada desde el punto de vista médico:

Yo específicamente ordeno no recibir la atención médica siguiente, incluso si no se me diagnosticara una enfermedad terminal:

SECCIÓN III - INSTRUCCIONES PARA ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA

En las secciones A y B a continuación, coloque sus iniciales junto a la declaración que comunica sus deseos. Si usted no desea dar instrucciones específicas, y en su lugar desea permitir que su agente de atención médica tome las decisiones que sean consistentes con sus valores, puede tachar esta sección y escribir "no hay instrucciones" al margen.

A. Condición terminal: Si mi médico determina que mi muerte es inminente (muy cercana) y que el tratamiento médico no ayudará a mi recuperación: (elija una de las siguientes opciones colocando sus iniciales en el espacio en blanco al lado de la opción)

___ No deseo recibir ningún tratamiento para prolongar mi vida. Esto incluye alimentación por sonda, administración de líquidos por vía intravenosa, resucitación cardiopulmonar (RCP), ventilador/respirador (máquina respiradora), y diálisis del riñón. Ordeno que se me permita morir naturalmente. Deberán seguirse administrando los medicamentos o procedimientos que proporcionan bienestar o que alivian el dolor.

___ Deseo todos los tratamientos médicamente apropiados para prologar mi vida lo más posible.

Otras instrucciones: _____

B. Enfermedad permanente y severa o lesión cerebral: Si mi afección me hace perder la conciencia de mí mismo y de lo que me rodea o me hace incapaz de interactuar con los demás, y es razonablemente seguro que nunca me recuperaré: (elija una de las siguientes opciones colocando sus iniciales en el espacio en blanco al lado de la opción)

___ No deseo recibir ningún tratamiento para prolongar mi vida. Esto incluye alimentación por sonda, administración de líquidos por vía intravenosa, resucitación cardiopulmonar (RCP), ventilador/respirador (máquina respiradora), y diálisis del riñón. Ordeno que se me permita morir naturalmente. Deberán seguirse administrando los medicamentos o procedimientos que proporcionan bienestar o que alivian el dolor.

___ Deseo todos los tratamientos médicamente apropiados para prologar mi vida lo más posible.

___ Deseo probar tratamientos por un período de tiempo con la esperanza de obtener una mejora de mi afección. Sugiero _____ como el período de tiempo después del cual dicho tratamiento deberá ser suspendido si mi estado no mejora. Mi agente de atención médica deberá decidir este período de tiempo junto con mi médico.

Otras instrucciones: _____



SECCIÓN IV - DONACIÓN DE ÓRGANOS O TEJIDOS

___ Dono mis órganos, ojos y tejidos para ser usados en trasplantes

___ Dono mis órganos, ojos y tejidos para ser usados en terapia, investigación y educación.

___ No deseo donar mis órganos

Otras instrucciones: _____

Nota: si desea donar todo su cuerpo a la ciencia, debe comunicarse con Virginia Anatomical Board al (800)447-1706.

SECCIÓN V - FIRMA Y DERECHO DE REVOCACIÓN

Mediante mi firma, indico que estoy emocional y mentalmente capacitado para dar estas instrucciones anticipadas y que comprendo el propósito y efecto de este documento

Comprendo que puedo revocar todas o cualquiera de las partes de este documento, en la medida en la que sea capaz de comprender mis acciones, de las siguientes maneras:

- Por escrito, con mi firma y fecha
- Comunicándole a alguien mi intención de revocarlo
- Destruyendo estas instrucciones anticipadas u ordenando que alguien las destruya en mi presencia

Mi firma: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento del paciente _____

Testigos: este documento fue firmado en mi presencia.

Testigo #1 _____

Fecha: _____

Nombre del testigo (en letra de imprenta): _____

Testigo #2 _____

Fecha: _____

Nombre del testigo (en letra de imprenta): _____

Observaciones importantes: No se requiere un notario. Las tres páginas de este documento deben ser mantenidas juntos, incluso si anulara una de las secciones.

- El paciente no desea recibir una copia de este documento. (Patient does not want to receive a copy of this document.)
- El paciente desea una copia de este documento. (Patient does want to receive a copy of this document.)

¡Felicitaciones por haber dado este importante paso!

Hable con su familia y personas cercanas a usted acerca de lo que ha escrito en sus instrucciones anticipadas. Entregue copias a su agente de atención médica y a sus médicos y recuerde revisarlas a menudo.

