

**Cómo completar el formulario de instrucciones médicas anticipadas de MediCorp  
Health System (Sistema de Salud de MediCorp)  
(How to Complete the MediCorp Health System Advance Directive Form)**

*Las instrucciones médicas anticipadas de MediCorp le permiten proporcionar indicaciones acerca de su atención sanitaria ante la incapacidad temporal o permanente de expresar sus deseos.*

Las instrucciones anticipadas tendrán validez legal si tienen fecha y si se firman en presencia de dos testigos. Podrá utilizar este formulario, completar un formulario diferente de su elección o escribir sus deseos usted mismo. Además, el formulario está disponible en español y en inglés en nuestro sitio de Internet. Le pedimos que siga este proceso paso a paso a fin de completar el formulario de instrucciones anticipadas de MediCorp.

- 1. Ingrese su nombre y la fecha en la parte superior de la primera página.**
- 2. La sección 1 contiene instrucciones de atención relativas al fin de la vida, también denominadas testamento vital.**

*Estas instrucciones indican el tipo de cuidado que usted desearía recibir si padeciera alguna enfermedad terminal y su muerte fuera inminente o si se encontrara en estado vegetativo persistente.*

- Podrá ingresar algún deseo en especial en las opciones I y II, por ejemplo, si DESEA o NO DESEA un tubo de alimentación en el caso de encontrarse en estado vegetativo o de tener demencia en fase terminal.
- Tache las opciones de la sección 1 que no reflejen sus deseos.

- 3. La sección 2 contiene la elección y las facultades del representante. Parte I: designación de un representante**

*En esta sección, podrá nombrar a la persona que desea que tome las decisiones acerca de su atención sanitaria por usted ante su incapacidad temporal o permanente de expresarse por sí mismo. Su representante deberá tomar las decisiones en función de sus deseos y de sus preferencias, de su estado de salud y de sus creencias y valores.*

- Indique el nombre y la información de contacto de su representante. No es necesario que la persona sea un familiar.
- Indique el nombre y la información de contacto de un representante secundario en caso de que la primera persona no estuviera disponible para actuar como su representante o no pudiera hacerlo.
- **Si usted NO hubiera designado a ningún representante**, también denominado Poder Legal Médico (MPOA, por su sigla en inglés) y perdiera su capacidad de tomar decisiones, en virtud de la legislación de Virginia, la primera persona disponible de la siguiente lista se encargará de tomar las decisiones por usted:

- |                  |  |
|------------------|--|
| 1. Tutor         | 4. Padres  |
| 2. Cónyuge       | 5. Hermanos                                      |
| 3. Hijos adultos | 6. Otros familiares según el grado de parentesco |

## **Parte II: facultades de su representante**

- **Tache las opciones que no reflejen sus deseos.**
- Las **partes A-D** le permiten al representante prestar su consentimiento o denegarlo en todo lo que respecta a su atención sanitaria, obtener información médica y dar su consentimiento respecto de la internación.
- Las **partes E-F** le dan la opción de permitir que su representante disponga su internación en un centro de atención sanitaria para el tratamiento de enfermedades mentales por un plazo máximo de 10 días en el caso de que sufra alguna enfermedad mental y que no tuviere la capacidad de tomar decisiones por usted mismo.
  - La **parte E** lo permite sólo en aquellos casos en que usted no rechace la internación en ese momento.
  - La **parte F** le permite a su representante disponer su internación **a pesar de su rechazo**. Si usted elige la parte F, su médico o su psicólogo deberán completar la sección Atestación del médico.
- La **parte G** le permite a su representante seguir sus instrucciones contenidas en el presente formulario a pesar de su rechazo. Si elige esta opción, deberá ingresar en las secciones específicas de este formulario qué tipo de instrucciones desea que el representante siga (por ejemplo, “el testamento vital” o “todas”) Y deberá indicarle a su médico o a su psicólogo que complete la sección Atestación del médico de la parte G.
- La **parte H** le permite a su representante que continúe actuando como tal **incluso si usted rechaza** su autoridad mientras se encuentra incapaz de tomar una decisión.
- La **parte I** le permite a su representante tomar decisiones acerca de quién puede visitarlo. A fin de permitirlo, deberá proporcionar indicaciones, tales como “cualquier familiar” o “cualquier persona que designe mi representante”.
- Las **partes J-K** le permiten a su representante autorizar su participación en estudios de investigación.
  - Si selecciona la **parte J**, su representante sólo podrá permitir su participación en estudios de investigación que puedan tratar una afección que usted tenga.
  - Si elige la **parte K**, su representante podrá permitir su participación en estudios de investigación que no ofrezcan la posibilidad de percibir un beneficio directo para usted, pero que pudieran incrementar el conocimiento que se tiene de la afección.
- La **parte L** le permite a su representante tomar las medidas que sean necesarias para llevar a cabo las partes A-K y aclara que su representante no será responsable por el pago de los gastos de la atención sanitaria (salvo que ya sea responsable por el pago de estos gastos).

#### **4. La sección 3 contiene instrucciones para la atención sanitaria.**

*Se pueden proporcionar estas instrucciones con respecto al cuidado médico adecuado que se desea recibir aunque usted no tuviera una enfermedad terminal.*

- Complete la información específica acerca de la atención sanitaria que DESEA o que NO DESEA recibir y en qué circunstancias desea recibirla. Por ejemplo, podría indicar en qué circunstancias, tales como dependencia permanente de un respirador artificial o demencia en fase terminal, no desea que se tomen medidas a fin de prolongar su vida.
  - Tache todas las opciones de la sección 3 o algunas de ellas si opta por no recibir esa atención.
- 5. La sección 4 le brinda la oportunidad de designar a una persona a fin de que ésta done sus órganos, sus tejidos o su cuerpo después del fallecimiento, si así lo desea.**
- Si su licencia para conducir indica que usted es donante de órganos, sólo deberá ingresar en esta parte “Donante de órganos, consultar licencia para conducir” en lugar de designar a una persona a fin de que realice la donación.
- 6. Firme las instrucciones anticipadas.**
- Deberá hacerlo en presencia de dos testigos. Éstos podrán ser su cónyuge o un pariente consanguíneo o podrá hacerlo mediante un Poder Legal Médico (MPOA). Los profesionales médicos también pueden ser testigos.
  - NO necesitará un notario ni un abogado para que convaliden estas instrucciones anticipadas.
- 7. Una vez que haya completado las instrucciones anticipadas:**
- Entregue copias a su representante de atención sanitaria, a sus familiares y a su médico.
  - Traiga una copia cuando venga al hospital.
- 8. Finalmente, aproveche esta oportunidad para hablar con su familia, con su médico y con su representante de atención sanitaria.**
- Converse acerca de los valores y de las opciones de atención sanitaria que usted haya elegido a fin de que puedan cumplir sus deseos y que tomen las mejores decisiones en su representación.

