Sentara®

ADVD

Mi plan anticipado de atención: Virginia
My Advance Care Plan—Virginia

Comunicado de mis deseos de atención médica
Communicating my healthcare wishes

Nombre _____ Número del Seguro Social XXX - XX - _____
Name *Social security number XXX - XX -*

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Address *City* *State* *Zip*

Teléfono: (_____) _____ Fecha de nacimiento _____ - _____ - _____
Phone: *Date of birth*

(Tache cualquier sección que no desee incluir en el documento).
(Cross out any section(s) you do not wish to include in your document.)

Sección 1: Representante de atención médica
Section 1: Healthcare agent

Si no puedo tomar decisiones por mí mismo, o no puedo comunicar mis deseos de atención médica sobre el tratamiento, nombro a las personas indicadas a continuación como mis representantes de atención médica designados, que comunicarán mis deseos a los proveedores de atención médica. Exijo a mis proveedores de atención médica y a mi familia que respeten y cumplan mis deseos.

If I am unable to make decisions for myself, or unable to communicate my healthcare wishes about treatment, I appoint the person(s) listed below to be my designated healthcare agent(s), who will make my wishes known to my healthcare providers. I direct my healthcare providers and family to respect and honor my wishes.

Representante de atención médica principal
Primary healthcare agent

Nombre _____ Teléfono: (_____) _____
Name *Phone:*

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Address *City* *State* *Zip*

Representante de atención médica secundario
Secondary healthcare agent

Nombre _____ Teléfono: (_____) _____
Name *Phone:*

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Address *City* *State* *Zip*

Los representantes de atención médica adicionales pueden ser nombrados en un papel adjunto y enumerados por orden de toma de decisión. Mis representantes de atención médica tomarán las decisiones de atención médica basándose en mis deseos previamente expresados, mis creencias y valores personales y se les otorgará el poder de tomar decisiones de atención médica tal y como se indica en la Ley de Decisiones sobre la Atención Médica de Virginia, artículo 54.1-2984.

Additional healthcare agents can be named on an attached piece of paper and listed in decision-making order. My healthcare agent(s) shall make healthcare decisions based on my previously expressed wishes, my personal beliefs and values and shall be granted the power to make healthcare decisions as outlined in the Virginia Healthcare Decisions Act, 54.1-2984.

_____ Si coloco mis iniciales en esta fila, mi representante TENDRÁ autoridad para restringir los visitantes en un centro de atención médica.
(Iniciales) / *(Initials)* *If I initial this line, my agent WILL have the authority to restrict visitors in a healthcare facility.*

Sección 2: Testamento vital
Section 2: Living will

La información que figura a continuación orientará las decisiones de su representante de atención médica y sus proveedores si usted ya no puede tomar decisiones por sí mismo. Puede optar por completar toda, parte o ninguna de esta sección.

The below information will guide the decisions of your healthcare agent and providers if you can no longer make decisions for yourself. You may choose to complete all, some, or none of this section.

* Adaptado de la hoja de trabajo de valores publicada por Group Health Cooperative, Seattle, Washington
**Adapted from the Values Worksheet published by Group Health Cooperative, Seattle WA*

Sentara®

Afirmaciones de valores
Values statements

«¿Qué es importante para usted?». Responda a estas afirmaciones marcando con un círculo un número del 1 al 5, donde 1 significa que no es importante y 5 que es muy importante para usted.*

*"What is important to you?" Answer these statements by circling a number, 1 thru 5, where 1 is not important and 5 is very important to you.**

	Nada importante — *Not important*				Muy importante *Very important*
Vivir el mayor tiempo posible (sin importar la calidad de vida) *To live as long as possible (no matter the quality of life)*	1	2	3	4	5
Morir de manera natural, sin utilizar tratamientos médicos de soporte vital (reanimación cardiopulmonar [RCP], respirador, diálisis, sonda de alimentación, etc.) *To die naturally, without the use of life-sustaining medical treatments (CPR, breathing machine, dialysis, feeding tube, etc.)*	1	2	3	4	5
Ser independiente (poder cuidar de mí mismo, alimentarme/bañarme) *To be independent (able to care for myself, feed/bathe)*	1	2	3	4	5
Estar alerta con la familia/los amigos (aunque eso signifique que mi dolor esté menos controlado) *To be alert with family/friends (even if it means my pain is less controlled)*	1	2	3	4	5
Recibir atención centrada en aliviar el dolor y controlar los síntomas (aunque eso signifique estar menos alerta con la familia/los amigos) *To receive care focused on relieving pain and controlling symptoms (even if it means I am less alert with family/friends)*	1	2	3	4	5
Recibir cuidados en el hogar al final de la vida *To receive end of life care at home*	1	2	3	4	5
Seguir creencias espirituales y tradiciones culturales específicas (explíquelas a continuación) *To follow specific spiritual beliefs and cultural traditions (please explain below)*	1	2	3	4	5

Otros artículos que considera importantes: _____
Other items you feel are important:

Fin de la vida
End of life

Considere la siguiente pregunta: Si es muy poco probable que el tratamiento médico cambie o mejore su afección, ¿desea recibir tratamientos de soporte vital, O desea consentir una muerte natural?

Consider the following question: If medical treatment is highly unlikely to change or improve your condition, would you want to receive life-sustaining treatments, OR would you want to allow a natural death?

Algunos ejemplos de tratamientos de soporte vital son la reanimación cardiopulmonar (RCP), el respirador, la diálisis renal, la sonda de alimentación, etc.

Examples of life-sustaining treatments are Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), breathing machine, kidney dialysis, feeding tube, etc.

Nota: Los proveedores no están obligados a seguir o recomendar preferencias de tratamiento médico que sean médica o éticamente inadecuadas.

Note: Providers are not required to follow or recommend medical treatment preferences that are medically or ethically inappropriate.

Coloque sus iniciales en una sola casilla para cada afirmación. *Place your initials in only one box for each statement.* Nota: Los siguientes ejemplos son situaciones en las que es muy poco probable que el tratamiento médico cambie o mejore su afección. *Note: The following examples are situations where medical treatment is highly unlikely to change or improve your condition.*	**No quiero tratamientos de soporte vital; deténgalos si se inician; que se me permita morir de forma natural.** ***I do not want life-sustaining treatments; stop them if started; allow me to die naturally.***	**No estoy seguro. Dependería de las circunstancias.** ***I am unsure. It would depend on the circumstances.*** **Discutirlo con mi representante de atención médica.** ***Discuss with my healthcare agent.***	**Deseo recibir tratamientos de soporte vital.** ***I do want life-sustaining treatments.***
Si no puedo despertarme (estoy inconsciente/en coma) y los proveedores de atención médica determinan que los tratamientos médicos no ayudarán, entonces: *If I am unable to wake up (unconscious/in a coma), and my healthcare providers determine that medical treatments will not help, then:*	(Iniciales) *(Initials)*	(Iniciales) *(Initials)*	(Iniciales) *(Initials)*
Si no soy consciente de mí mismo ni de los demás, soy incapaz de cuidar de mí mismo (daño cerebral grave/demencia) y mis proveedores determinan que los tratamientos médicos no ayudarán, entonces: *If I am not aware of myself or others, unable to care for myself (severe brain damage/ dementia), and my providers determine that medical treatments will not help, then:*	(Iniciales) *(Initials)*	(Iniciales) *(Initials)*	(Iniciales) *(Initials)*
Si estoy a punto de morir y mis proveedores determinan que el tratamiento médico solo retrasaría el momento de mi muerte, entonces: *If I am close to dying, and my providers determine that medical treatment would only delay the moment of my death, then:*	(Iniciales) *(Initials)*	(Iniciales) *(Initials)*	(Iniciales) *(Initials)*

Sentara®

Otras afirmaciones y preferencias (se pueden adjuntar hojas adicionales):
Other statements and preferences (additional sheets can be attached):

Información adicional
Additional information

Si ha adjuntado páginas adicionales, coloque sus iniciales al lado de cualquiera de las siguientes opciones, según corresponda:
If you have attached additional pages, please initial beside any of the following as applicable:

_____ (Iniciales) / *(Initials)* Protesta del paciente (debe estar firmado por el médico) (consulte la pág. 13 del folleto del plan anticipado de atención (ACP) o en www.sentara.com/advancedirectives)
Patient Protest (must be signed by physician) (see pg. 13 of ACP booklet or www.sentara.com/advancedirectives)

_____ (Iniciales) / *(Initials)* Tratamiento de soporte vital durante el embarazo (consulte la pág. 15 del folleto del plan anticipado de atención (ACP) o en www.sentara.com/advancedirectives)
Life-Sustaining Treatment During Pregnancy (see pg. 15 of ACP booklet or www.sentara.com/advancedirectives*)*

_____ (Iniciales) / *(Initials)* Otras páginas adjuntas
Other attached pages

Sección 3: Donación de cuerpo (cuerpo entero) o donación de órganos
Section 3: Anatomical gift (whole body) or organ donation

_____ (Iniciales) / *(Initials)* Deseo ser donante de órganos O _____ (Iniciales) / *(Initials)* Deseo ser donante de cuerpo (cuerpo entero)
I wish to be an organ donor OR *I wish to be an anatomical gift (whole body) donor*

Para obtener más información y completar el registro para ser donante de órganos o donante de cuerpo (cuerpo entero), visite los programas locales o estatales de donación de órganos o cuerpo.
For more information and to complete the registration to be an Organ Donor or Anatomical Gift (whole body) Donor, please visit your local/state organ or anatomical donation programs.

Sección 4: Firmas (requeridas)
Section 4: Signatures (required)

Al firmar a continuación, indico que comprendo este documento y que lo estoy ejecutando de buen grado y voluntariamente. También comprendo que puedo revocar todo o parte del mismo en cualquier momento según lo dispuesto por la ley.

By signing below, I indicate that I understand this document, and I am willingly and voluntarily executing it. I also understand that I may revoke all or any part of it at any time as provided by law.

Mi firma _____ **Fecha** _____
My signature ***Date***

Testigo nro. 1 (en letra de imprenta) _____ **Firma** _____
Witness #1 *(print)* ***Signature***

Testigo nro. 2 (en letra de imprenta) _____ **Firma** _____
Witness #2 *(print)* ***Signature***

Identificación del paciente
Patient label