Guía de planificación anticipada de la atención para Virginia



Sentara®

Índice

Proteja su derecho a controlar las decisiones de atención médica.....3

Discusiones importantes.....4

Términos que debe conocer.....5

¿Qué facultades le otorgo a mi representante de atención médica?.....8

Formulario de acuerdo de registro.....10

Formulario para el plan anticipado de atención (instrucción anticipada)...11-13

Formulario de objeción del paciente.....15

Formulario de tratamiento de soporte vital durante el embarazo.....17

Preguntas y respuestas.....21

Proteja su derecho a controlar las decisiones sobre su atención médica.

La atención médica es de vital importancia para todos. Sin importar dónde se encuentre, sea cual sea la situación, lo que quiere es asegurarse de recibir un excelente tratamiento médico. Pero, lo que es más importante, quiere que se entiendan y respeten sus elecciones médicas.

La ley protege su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica, incluso cuando se encuentra demasiado enfermo o lesionado para dar a conocer sus deseos. Estos «derechos» le permiten controlar sus elecciones en los momentos más difíciles de su vida. Puede optar por aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico que se ofrezca. Sus médicos le informarán sobre los riesgos y beneficios de las intervenciones médicas y las posibles alternativas.

¿Cómo puede estar seguro de que sus elecciones se respetarán si no está en condiciones de hablar por sí mismo? Si lo planifica ahora, con anticipación, puede asegurarse de que se conozcan sus deseos, de recibir la atención que quiere y además aliviaría a su familia de la difícil y estresante tarea de tomar decisiones. Usted decide, por escrito y de forma anticipada, cuáles son sus elecciones de atención médica en caso de no poder hablar por sí mismo y puede solicitar el tipo de tratamiento médico que desea, o no, ante una enfermedad terminal, o si sufre una lesión cerebral permanente y grave sin esperanza de mejora o recuperación. Puede informar a su familia, amigos, médicos y proveedores de atención médica sus preferencias de tratamiento a través de su plan anticipado de atención (instrucción anticipada).

Cuéntenos sus valores y creencias sobre su atención médica.

Tómese el tiempo de conversar con su médico y su familia.

Sea siempre sincero y honesto.

No deje dudas sobre sus valores y preferencias.

Mantenga sus documentos actualizados y al alcance.

Queremos conocer sus deseos para poder hacerlos realidad.

Para completar un plan anticipado de atención:

- Ingrese a sentara.com/AdvanceDirectives
- Para obtener ayuda, llame a Sentara Center for Healthcare Ethics al (757) 252-9550 o al 1-800-Sentara (736-8272).
- Comuníquese con el hospital de Sentara más cercano o pregúntele a su médico o proveedor de atención médica.

Discusiones importantes sobre sus elecciones de atención médica

Un plan anticipado de atención puede determinar su experiencia durante un periodo de discapacidad o en la etapa final de su vida. Es probable que tanto usted como su familia tengan que enfrentar decisiones cruciales sobre un tratamiento. Respetamos su derecho a tomar decisiones individuales basadas en la información médica que se le ha proporcionado y sus creencias y valores personales. Puede ayudar a que los demás respeten sus deseos en ciertas situaciones si toma medidas de anticipadas para hablar sobre sus creencias y valores personales.

¿Cómo puede asegurarse de que su familia sepa cuáles son sus creencias y valores sobre su atención médica? Una forma de hacerlo es desarrollar su propio «historial de valores» y entender de forma clara su salud. Por ejemplo, puede discutir sobre sus valores y deseos con sus seres queridos o asesores, o anotar sus respuestas a preguntas como las siguientes:

- ¿Qué sé y qué siento sobre mi situación de salud hoy?
- ¿Qué complicaciones podría experimentar a causa de mi afección de salud actual?
- ¿Es importante para mí ser independiente y autosuficiente en mi vida?
- ¿Qué pienso sobre las enfermedades, las discapacidades, el final de la vida y la muerte?
- ¿Qué pienso sobre donar mis órganos?
- ¿Qué pienso sobre donar mi cuerpo a la ciencia para investigaciones?
- ¿Cómo afectan mis relaciones personales la toma de decisiones médicas?
- ¿Qué rol deseo que desempeñen mis médicos y otras personas en la toma de decisiones médicas?
- ¿En qué tipo de entorno me interesa vivir?
- ¿Qué papel desempeñan las creencias religiosas, espirituales, étnicas o culturales en mi vida?
- ¿Qué pienso sobre la vida en general, es decir, mis esperanzas y miedos, mis alegrías y tristezas?



Puede encontrar el formulario del plan anticipado de atención en el centro de este folleto, también se encuentra disponible en sentara.com/AdvanceDirectives o llamando al 1-800-SENTARA (736-8272).



Términos que debe conocer

Los siguientes términos se mencionan en este folleto. Esperamos que esta lista le ayude a entender algunos términos y qué significan para usted al momento de tomar decisiones sobre su atención médica para el futuro.

Planificación anticipada de la atención

Es un proceso en el que se toman decisiones antes de padecer una enfermedad o lesión, con el fin de planificar con su familia, médicos o guías espirituales qué decisiones tomaría en caso de no poder comunicarlas por sí mismo. A veces, la conversación se realiza con un facilitador capacitado de planificación anticipada de la atención.

Plan anticipado de atención

Un plan anticipado de atención es otro término que se refiere a la instrucción anticipada o el testamento vital. Si bien el contenido puede ser el mismo o similar, la principal diferencia es que un plan anticipado de atención pone más énfasis en la conversación sobre sus deseos con la familia, los médicos y los asesores espirituales.

Reanimación cardiopulmonar (RCP)

La RCP consiste en compresiones torácicas, medicaciones, descargas eléctricas y una sonda de respiración conectada a un respirador mecánico. Los riesgos y beneficios de este tratamiento deben analizarse con su médico cuando se produce un cambio en su salud o si padece una enfermedad grave o que ponga en riesgo su vida.

Orden de no reanimar (ONR)

En un hospital u otro centro de atención médica, la ONR es una orden del proveedor para evitar las maniobras de RCP en caso de que el corazón o la respiración se detengan (paro cardíaco o respiratorio). Un plan anticipado de atención no se convierte de forma automática en una orden de no reanimar (ONR). Esto se debe discutir con su proveedor y debe ponerlo en práctica.

Términos que debe conocer (continuación)

Orden de no reanimación duradera (DDNR)

Es una orden escrita por un proveedor para suspender la RCP en caso de paro cardíaco o respiratorio que el paciente puede llevar consigo. Para que los servicios médicos de emergencia la respeten, la orden de no reanimar (ONR) debe estar en un formulario aprobado por el Estado, como una orden de no reanimación duradera (DDNR), órdenes del médico para el tratamiento de soporte vital (POLST), órdenes médicas sobre el alcance del tratamiento (POST) u «otra ONR» que cumpla los mismos requisitos legales.

Representante de atención médica

Es un adulto designado por usted para tomar decisiones de atención médica en su nombre. Esta persona habla por usted solo cuando usted ya no puede hablar por sí mismo. Si comunicó sus deseos a través de un plan anticipado de atención o analizó de forma personal sus deseos con su agente representante de atención médica, esta persona está obligada por ley a tomar decisiones de acuerdo con sus deseos. Si no conoce sus deseos, tomará las decisiones que crea conveniente y que usted hubiera tomado. Este representante también puede identificarse como apoderado notarial médico o apoderado de atención médica, según la fuente del documento.

Procedimiento para prolongar la vida

Cualquier procedimiento, tratamiento o intervención médica que: (i) utilice medios mecánicos u otros medios artificiales para mantener y prolongar la vida si no tiene expectativas razonables de recuperación ante una afección terminal; y (ii) cuando se le aplica cuando padece una afección terminal, solo sirve para prolongar el proceso de muerte. El término incluye la hidratación y nutrición administradas de forma artificial. Los procedimientos para prolongar la vida no incluyen la administración de medicación ni la realización de ningún procedimiento médico necesario para brindarle atención para aliviar el dolor.

Testamento vital

Con frecuencia se considera como instrucciones médicas solo para el final de la vida, un testamento vital puede registrar las preferencias de atención médica o sus creencias y valores para cualquier crisis de atención médica. Este «plan» ahora se incorpora en los planes anticipados de atención y forma parte de un proceso más amplio. Los términos testamento vital, instrucción anticipada y plan anticipado de atención suelen utilizarse con el mismo significado.

Donación de órganos y tejidos

Se refiere a la donación de sus órganos (como el corazón, los pulmones, el hígado o los riñones) u otras partes del cuerpo (como las córneas, la piel y los huesos) después de su muerte.

Estado vegetativo constante

Es una afección, causada por una lesión o enfermedad, que provoca una pérdida de conocimiento sin evidencia conductual de autoconciencia o conciencia del entorno y de la cual, en un grado razonable de probabilidad médica, no puede haber recuperación. Es probable que los ojos se abran y que el cuerpo se mueva, pero es involuntario o sin pensamiento consciente.

POST/POLST

Es una orden escrita del proveedor que incluye pedidos para realizar o no la RCP en caso de un paro cardíaco o respiratorio, pero también puede incluir pedidos de otras opciones de tratamientos. Al igual que la DDNR, el paciente puede llevar consigo este formulario. Según las leyes de Virginia, los formularios POST/POLST se clasifican como «otra ONR» y cumplen con los mismos requisitos reglamentarios de las medidas de reanimación que la DDNR, que serán respetados por los servicios médicos de emergencia.

Términos que debe conocer (continuación)

Sustituto responsable de la toma de decisiones

Personas designadas por ley para tomar decisiones de atención médica en su nombre, cuando usted no pueda hacerlo por sí mismo, si no ha nombrado a un representante de atención médica en un plan anticipado de atención. Por orden de prioridad, esas personas son las siguientes:

1. Tutor designado por un tribunal.
2. Cónyuge legal del paciente, excepto cuando se haya presentado una demanda de divorcio.
3. Hijos adultos del paciente (mayores de edad).
4. Padres del paciente.
5. Hermanos/hermanas adultos del paciente (mayores de edad).
6. Cualquier otro familiar en orden descendente de consanguinidad (mayores de edad de la misma clase).
7. Si ninguno de los familiares antes mencionados está disponible y, una vez que se haya hecho un esfuerzo de buena fe para encontrarlos, alguien que no sea familiar del paciente puede actuar como sustituto responsable de la toma de decisiones. Sin embargo, esta persona no puede tomar decisiones con respecto a la retención o retirada de tratamientos de soporte vital, y existen requisitos legales adicionales que deben cumplirse. En estas situaciones, el personal del hospital deberá proporcionar la guía necesaria.

Afección terminal

Afección avanzada e irreversible causada por una lesión o enfermedad que no tiene cura y de la que los médicos prevén que la persona morirá, incluso con el tratamiento médico máximo. Los tratamientos de soporte vital no mejorarán la afección de la persona y solo prolongarán el proceso de muerte.

Ley de Decisiones sobre la Atención Médica de Virginia

La ley de Virginia incluye lo siguiente:

- Análisis de las instrucciones anticipadas.
- Información sobre su derecho a participar en las decisiones del plan de tratamiento médico.
- Una lista de familiares que pueden ser responsables de la toma de decisiones médicas si no designa a alguien al firmar su plan anticipado de atención.

Testigo

Es una persona que verificará su firma en el plan anticipado de atención. En Virginia, estos documentos deben ser atestiguados por dos personas mayores de 18 años de edad y pueden ser su cónyuge o familiar directo, sin importar si la persona se nombra o no en el documento.



¿Qué facultades le otorgo a mi representante de atención médica?

Una vez que se haya determinado que ya no puede hablar por sí mismo, su representante de atención médica podrá realizar lo siguiente:

- Autorizar, rechazar o retirar cualquier tipo de tratamiento de atención médica, procedimiento quirúrgico, procedimiento de diagnóstico, medicación y uso de procedimientos mecánicos u otros que afecten cualquier función corporal, incluidos, entre otros, respiración artificial, nutrición e hidratación administrada en forma artificial y reanimación cardiopulmonar. Esta autorización incluye específicamente la facultad de consentir la administración de dosis de medicación para aliviar el dolor en cantidad suficiente para aliviarlo, aunque dicha medicación conlleve el riesgo de adicción o de acelerar inadvertidamente su muerte.
- Solicitar, recibir y revisar información relacionada con su salud física o mental, y permitir la divulgación de esta información.
- Contratar y cancelar los servicios de los proveedores de atención médica.
- Autorizar la admisión o el alta en cualquier centro de atención médica.
- Autorizar la participación en una investigación de atención médica.
- Iniciar acciones legales que puedan ser necesarias para llevar a cabo estas decisiones, incluida la exención de responsabilidad a los proveedores médicos.
- Autorizar su admisión en un centro de atención médica para el tratamiento de enfermedades mentales durante no más de 10 días calendario si un médico constata por escrito que usted tiene una enfermedad mental y es incapaz de tomar una decisión informada sobre su admisión y que necesita tratamiento en dicho centro, a menos que se oponga a la admisión y autorice su alta (incluido el traslado a otro centro).

Si desea que su representante de atención médica pueda tomar decisiones por usted incluso después de su protesta, complete un formulario de acuerdo de objeción del paciente en sentara.com/AdvanceDirectives y pídale a su proveedor que lo firme.

Su representante no tiene el poder de tomar decisiones sobre quién puede visitarlo; si desea otorgarle esta capacidad, coloque sus iniciales en la sección correspondiente en su plan anticipado de atención.

“Tener el plan anticipado de atención de mi madre facilitó mucho las cosas en ese momento tan complicado. Ahora estoy haciendo lo mismo con mi familia.”



Mi plan anticipado de atención

Mantenga una conversación: no deje con dudas a su familia sobre sus deseos de atención médica.

- Utilice el formulario adjunto para documentar lo que desea con respecto a su atención médica.
- Recuerde que lo más importante a la hora de tomar decisiones médicas es poder discutir sobre ellas.
- Hable sobre su plan anticipado de atención con su familia y sus representantes de atención médica.
- Hable de ello con su médico.

Si tiene preguntas sobre las decisiones médicas o cómo completar su plan anticipado de atención, llame a Sentara Center for Healthcare Ethics al 757-252-9550 para obtener ayuda.

Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios lingüísticos gratuitos. Llame al 844-809-6648.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-809-6648 번으로 전화해 주십시오.

注意：如果您讲中文普通话，则将为您提供免费的语言辅助服务，请致电 844-809-6648。

ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 844-809-6648.

Sentara cumple con las leyes federales aplicables sobre los derechos civiles y no excluye, niega beneficios ni discrimina a ninguna persona por motivos de raza, cultura, color, religión, estado civil, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, discapacidad o fuente de pago.

U.S. Advance Care Plan Registry® (previamente U.S. Living Will Registry)

Sentara ofrece este servicio GRATUITO a nuestra comunidad. Puede conservar su plan anticipado de atención en este registro para que esté disponible para cualquier proveedor de atención médica en Virginia y Carolina del Norte, y también para todos los proveedores dentro de los EE. UU. Una vez registrado, recibirá un acuse de recibo junto con una tarjeta de bolsillo y etiquetas para sus tarjetas de id. que advertirán a los profesionales médicos de que tiene un plan de atención avanzada registrado y el número 800 para que puedan tener acceso.

Si desea que se registre su documento, debe completar el registro en U.S. Advance Care Plan Registry® (previamente U.S. Living Will Registry), otorgando los permisos para almacenar su plan anticipado de atención y facilitarlo así a cualquier centro de atención médica que solicite una copia, y adjuntar su plan anticipado de atención.

¿Qué hago con mi plan anticipado de atención (ACP)?

1. Tenga suficientes copias* y proporcione una a las siguientes personas:
   - sus representantes de atención médica designados
   - familiares
   - médico
   - U.S. Living Will Registry a través de Sentara Center for Healthcare Ethics **

2. Mantenga el original en un lugar seguro y accesible.

3. ** Envíe una copia de su documento por correo postal a la siguiente dirección:

Sentara Center for Healthcare Ethics
1330 Sentara Park
Virginia Beach, VA 23464

o por fax a nuestra línea segura al 757-965-2804.

** Las copias equivalen al original en Virginia.*

Acuerdo de registro de U.S. Advance Care Plan Registry®

Información de identificación de la persona que completa el registro (Utilice letra clara). **CÓDIGO FUENTE:** 36901001
Registrant's Identifying Information *(Please print clearly)* ***SOURCE CODE:*** *36901001*

Nombre: Primer nombre_____ Segundo nombre_____ Apellido_____ Sufijo_____
Name: First Middle Last Suffix

Fecha de nacimiento: Mes_____Día_____Año_____ (4 dígitos)
Date of birth: Month Day Year *(4 digits)*

Dirección:_____N.º de departamento_____
Street Address *Apt #*

Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____
City *State* *Zipcode*

N.º de teléfono principal: (_____) _____-_____N.º de teléfono alternativo: (____) _____-_____
Primary Phone # *Alternate phone#*

Dirección de correo electrónico:_____(Si la persona que completa el registro no tiene una dirección de correo electrónico, escriba en su lugar la dirección de correo electrónico del contacto de emergencia).

Los recordatorios de las actualizaciones anuales se enviarán por correo electrónico; nunca se compartirán ni venderán las direcciones de correo electrónico.

Nombre del contacto de emergencia:_____
Emergency Contact Name

N.º de teléfono: (_____) _____-_____
Phone #

Yo,_____ (la "persona que completa el registro" o "yo") autorizo a U.S. Advance Care Plan Registry®, con la siguiente dirección postal P.O. Box 2789 Westfield, NJ 07091-2789 (el "registro"), a almacenar de forma electrónica una copia de mis documentos de planificación de atención avanzada que entregue al registro por medio de este formulario o que envíe posteriormente, incluidos, entre otros, una instrucción anticipada, un testamento vital, un poder para la atención médica, un poder notarial duradero para la atención médica o asuntos financieros, órdenes médicas para tratamientos de soporte vital (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST), órdenes del profesional de salud para tratamientos de soporte vital (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment; POLST), órdenes de no reanimar (Do Not Resuscitate, DNR), deseos sobre la donación de órganos e información de contacto en caso de emergencia (en adelante, los "documentos"). Además, autorizo al registro a proporcionar una copia de los documentos almacenados a cualquier proveedor de atención médica u otra persona encargada, según se crea, de dar cumplimiento a mis documentos o de colaborar con ello, que los solicite en relación con mi atención, siempre que dicha solicitud sea coherente con las políticas y los procedimientos del registro, o cuando el registro lo considere conveniente en una situación de emergencia, o cuando así lo exija la ley. Los documentos que proporciono son mis documentos actuales y vigentes, firmados y atestiguados conforme a la ley del estado en el que resido.

Por la presente, autorizo al registro a proporcionar una copia de mis documentos a hospitales, médicos u otros proveedores de atención médica involucrados en mi atención, o a cualquier persona que tenga acceso a la tarjeta de identificación que el registro me haya entregado. Comprendo que esta autorización es voluntaria. Acepto notificar inmediatamente al registro si decido revocar o modificar los documentos almacenados en el registro y entregarle al registro una copia de cualquier documento adicional que firme. Comprendo que, a menos que anule esta autorización o informe al registro sobre la revocación o las modificaciones en mis documentos, los documentos almacenados en el registro se proporcionarán a los proveedores de atención médica conforme a las políticas y prácticas del registro.

Comprendo que el registro no garantiza la validez de mis documentos conforme a las leyes federales o estatales y que no asume ninguna responsabilidad por las acciones que tomen los proveedores de atención médica en relación con mis documentos. Por la presente, renuncio a todo reclamo legal contra el registro por las acciones u omisiones de cualquier proveedor de atención médica que reciba una copia de mis documentos del registro, así como por cualquier daño derivado de la transmisión o divulgación de los documentos que entregue al registro. El registro no será responsable por la pérdida, destrucción o falta de disponibilidad total o parcial de mis documentos.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso de revocación por escrito al registro. Este acuerdo permanecerá en vigencia hasta que yo lo revoque, hasta que se rescinda conforme al acuerdo entre el registro y yo, o hasta que se cancele la inscripción de acuerdo con las políticas y los procedimientos del registro. Comprendo que, cuando se rescinda el acuerdo, el registro eliminará mis documentos de sus archivos.

Comprendo que cualquier persona que obtenga acceso a mi tarjeta de identificación emitida por el registro puede utilizarla para acceder a mis documentos y a mi información personal almacenados en el registro, y no haré responsable al registro por dicho acceso, ya sea autorizado o no.

Por la presente, acepto los términos establecidos en este documento.

X_____ Fecha_____/_____/_____

Firma de la persona que completa el registro

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

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Sentara®

ADVD

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Anexo de la protesta del paciente: Virginia

Patient protest attachment—Virginia

Si desea incluir lo siguiente en su plan anticipado de atención (instrucción anticipada), la ley exige la firma de un profesional que acepte que usted puede tomar una decisión informada en el momento de firmar el siguiente formulario.

If you wish to include the below in your Advance Care Plan (Advance Directive), a practitioner's signature is required by law, agreeing that you can make an informed decision at the time you signed the below form.

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*

Autoridad de mi representante de atención médica en caso de mi protesta
My healthcare agent's authority in the event of my protest

Cuando no puedo tomar decisiones informadas sobre mi atención médica, es posible que no esté de acuerdo con la atención que necesito. En esta situación, mi representante de atención médica, según lo permite la ley:
When I am unable to make informed decisions about my health care, I may not agree to the care I need. In this situation, my healthcare agent, as allowed by law:

☐ Puede autorizar mi admisión en un centro de atención de la salud mental si mi médico lo considera médicamente necesario, **aunque yo no esté de acuerdo.**
*Can agree to my admission to a mental healthcare facility, if my physician feels that care is medically necessary, **even if I do not agree.***

☐ Puede aceptar otro tratamiento de atención médica, **aunque yo no esté de acuerdo.**
*Can agree to other healthcare treatment, **even if I do not agree.***

☐ **NO PUEDE** estar de acuerdo con la siguiente atención médica:
***CANNOT** agree to the following healthcare:*

_____

_____

Firmas (requeridas)
Signatures (required)

Al firmar a continuación, demuestro 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 show 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***

Firma del profesional con licencia
Licensed Practitioner Signature

Tengo licencia como: médico, psicólogo clínico, asistente médico, enfermero profesional, consejero profesional o trabajador social clínico y estoy familiarizado con la persona que ha elaborado este plan anticipado de atención (instrucción anticipada). Estoy de acuerdo con que esta persona es actualmente capaz de tomar una decisión informada y comprende los posibles resultados de esta decisión.
I am a licensed: physician, clinical psychologist, physician assistant, nurse practitioner, professional counselor, or clinical social worker and am familiar with the person who has made this Advance Care Plan (Advance Directive). I agree this person is currently able to make an informed decision and understands the possible results of this decision.

Firma del profesional _____ **Fecha** _____
Practitioner's signature ***Date***

Nombre del profesional (en letra de imprenta) _____ **Número de teléfono** _____
Practitioner's name** (print)* ***Phone number

Firmas de los testigos
Witness signatures

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

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

Nota:
Note:
En su plan anticipado de atención de Sentara (instrucción anticipada), coloque sus iniciales en la casilla de la segunda página titulada «información adicional» para indicar que desea que este formulario se incluya en su plan anticipado de atención de Sentara Virginia (instrucción anticipada).
On your Sentara Advance Care Plan (Advance Directive), please initial the box on the second page under "additional information" to show you want this form included in your Sentara Virginia Advance Care Plan (Advance Directive).

Identificación del paciente
Patient label

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Sentara®

ADVD

Anexo del tratamiento de soporte vital durante el embarazo: Virginia

Life-sustaining treatment during pregnancy attachment—Virginia

Si está embarazada y el médico tratante le informa que padece una afección terminal y desea actualizar sus deseos sobre los procedimientos para prolongar la vida en su plan anticipado de atención (instrucción anticipada), complete este formulario.

If you are pregnant when your attending physician says you have a terminal condition, and you want to update your wishes for life-prolonging procedures in your Advance Care Plan (Advance Directive), please complete this form.

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*

Instrucciones
Instructions

Si estoy embarazada cuando el médico tratante determine que padezco una afección terminal, mis deseos relativos a los procedimientos para prolongar la vida en mi plan anticipado de atención (instrucción anticipada) deben cambiar de la siguiente manera:

If I am pregnant when my attending physician finds I have a terminal condition, my wishes concerning life-prolonging procedures in my Advance Care Plan (Advance Directive) should change as follows:

_____

_____

_____

_____

Firmas (requeridas)
Signatures (required)

Al firmar a continuación, demuestro 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 show 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***

Firmas de los testigos
Witness signatures

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

Testigo nro. 2 (en letra de imprenta) _____ **Firma** _____
Witness #1 *(print)* ***Signature***

Nota:
Nota:

En su plan anticipado de atención de Sentara (instrucción anticipada), coloque sus iniciales en la casilla de la segunda página titulada «información adicional» para indicar que desea que este formulario se incluya en su plan anticipado de atención de Sentara Virginia (instrucción anticipada).

On your Sentara Advance Care Plan (Advance Directive), please initial the box on the second page under "additional information" to show you want this form included in your Sentara Virginia Advance Care Plan (Advance Directive).

Identificación del paciente
Patient label

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Hoja de trabajo de planificación anticipada de la atención

Lleve un registro de su plan anticipado de atención

Una vez que haya completado su plan anticipado de atención, debe hacer copias. Guarde el original y envíe copias a sus representantes de atención médica, a otros familiares que puedan acompañarlo durante su estadía en el hospital, a su médico de atención primaria y a U.S. Advance Care Plan Registry®. Lleve una lista de todas las personas que tienen una copia del documento a continuación:

1) Representante de atención médica principal: _____

2) Representante de atención médica secundario: _____

3) Médico de atención primaria: _____

4) Otro familiar/amigo: _____

5) Otro familiar/amigo: _____

6) Otro familiar/amigo: _____

7) Otro familiar/amigo: _____

8) Otro familiar/amigo: _____

Otros lugares donde ha guardado copias: _____

_____

_____

_____

Recuerde: cada vez que actualice su documento, debe enviar una copia actualizada a quienes conserven una copia del documento anterior.

Si tiene preguntas o necesita ayuda adicional, comuníquese con Sentara Center for Healthcare Ethics:

757-252-9550 o 1-800-SENTARA, TDD/TTY servicio de retransmisión 7-1-1.

Solo para consulta, no como parte del registro médico.

Hoja de trabajo de planificación anticipada de la atención (continuación)

Nota: El U.S. Advance Care Plan Registry® (previamente U.S. Living Will Registry) permite que su documento esté disponible para otros profesionales.

Para conservar su documento en el registro, envíelo por correo postal al siguiente domicilio:

Sentara Center for Healthcare Ethics
ATTN: U.S. Advance Care Plan Registry®
1330 Sentara Park
Virginia Beach, VA 23464
o por fax al 757-965-2804

Esto también le permitirá al personal incluir una copia en su registro médico para que sea de fácil acceso para el personal médico.

Cuéntele a un amigo

Ahora que ha creado su propio plan anticipado de atención, recomiende a sus amigos y familiares a completar el de ellos.

Los formularios adicionales están disponibles en sentara.com/AdvanceDirectives, o llame al 757-252-9550 para que le envíen los folletos por correo postal.

Opcional: anote aquí con quién debe hablar sobre la planificación anticipada de la atención.

_____

_____

_____

Solo para consulta, no como parte del registro médico.

Preguntas y respuestas sobre sus derechos a recibir atención médica

P **Si creo un plan anticipado de atención, ¿recibiré tratamiento médico?**

R **Sí.** Su plan anticipado de atención incluye el tipo de tratamientos médicos que DESEA o NO desea. Incluso si decide no recibir un tratamiento para prolongar su vida cuando tiene una afección terminal, pueden proporcionarse muchos tratamientos médicos para controlar los síntomas, aliviar el dolor y brindarle apoyo a usted y a su familia.

P **Creé un plan anticipado de atención hace varios años. ¿Sigue vigente o necesito un nuevo plan anticipado de atención?**

R **Sí.** Los planes anticipados de atención son válidos hasta que se revocan. Continúe leyendo para aprender cómo realizar cambios o revocar el documento. Sin embargo, es importante revisar el documento al menos una vez al año o cada vez que experimenta un cambio en la atención médica.

P **¿Qué sucede si mi médico me informa que tengo una enfermedad terminal mientras estoy embarazada?**

R Si desea proporcionar instrucciones o modificaciones adicionales a las instrucciones que ya ha establecido con respecto a los procedimientos para prolongar la vida que se aplicarán si está embarazada en el momento en que su médico tratante determina que tiene una afección terminal, puede completar un formulario de tratamiento de soporte vital durante el embarazo que especifique qué tratamientos desearía o no en esa situación. El formulario se encuentra en este folleto o puede descargarlo en sentara.com/AdvanceDirectives.

P **Si mis médicos han determinado que no tengo capacidad para tomar decisiones, ¿pierdo mis derechos de tomar mis propias decisiones médicas?**

R La Ley de Decisiones sobre la Atención Médica de Virginia establece lo siguiente:

- Usted tiene derecho a protestar contra ciertas decisiones médicas y contra la autoridad de su representante de atención médica, incluso si su médico ha determinado que ya no tiene la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- Puede establecer que su representante de atención médica tiene autoridad incluso a pesar de su objeción solicitando a su médico que firme un formulario de acuerdo de objeción del paciente donde se establece que tenía capacidad para decidir y sabía lo que estaba firmando en el momento en que realiza su plan anticipado de atención. El formulario de acuerdo de objeción del paciente se encuentra disponible en esta guía y en sentara.com/AdvanceDirectives.

Puede crear un nuevo plan anticipado de atención que incluya estas disposiciones en cualquier momento. Hay un formulario por separado que puede adjuntar al documento del plan anticipado de atención que incluye información para abordar las cuestiones descritas más arriba. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, comuníquese con Sentara Center for Healthcare Ethics al 757-252-9550, llamando al 1-800-SENTARA o comunicándose con el centro más cercano. Consulte la parte posterior para obtener una lista de los hospitales participantes.

P **¿Cómo puedo estar seguro de que se respetarán mis deseos?**

R La ley exige que su representante de atención médica o su sustituto responsable de la toma de decisiones médicas sigan los deseos indicados. Si sus deseos no son claros, esa persona debe utilizar lo que conoce sobre sus deseos y valores para tomar las decisiones que usted habría tomado por sí mismo.

P ¿A quién debo elegir como mi representante de atención médica?

R Esta es una elección importante ya que su representante de atención médica tendrá la autoridad para dirigir su atención médica si usted está demasiado enfermo o lesionado para tomar una decisión informada. Debe hablar con la persona que desea que sea su representante de atención médica para explicarle sus intenciones, analizar si entiende sus deseos y confirmar su predisposición de actuar en su nombre. Elija a alguien que entienda sus valores y elecciones, y que esté dispuesto a respetarlos.

P ¿Qué sucede si no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica?

R En primer lugar, el médico tratante y un revisor de capacidad deben estar de acuerdo en que usted es incapaz de tomar y comunicar sus propias decisiones. Si esto sucede, sus proveedores de atención médica trabajarán con el representante de atención médica que designe en su plan anticipado de atención o con un sustituto responsable de la toma de decisiones médicas (consulte la sección de definiciones) para determinar el mejor tratamiento que sea coherente con sus deseos expresados previamente. Es por esto que es importante hablar con sus médicos y con las personas más cercanas a usted sobre sus valores y sus deseos. Esto aliviará a las personas que se preocupan por usted de parte del estrés que experimentarán si se enferma de forma grave y no puede comunicarse.

P ¿Puede un médico anular mi plan anticipado de atención?

R **No.** Sin embargo, cualquier atención médica que se preste debe ser legal, ética y adecuada a la situación desde el punto de vista médico. Si su médico no está de acuerdo con sus deseos, su atención puede transferirse a otro médico siempre que la continuidad de la atención médica esté asegurada.

P ¿Qué sucede en situaciones de emergencia?

R Los planes anticipados de atención no están diseñados para situaciones de emergencia, por lo que el personal de los servicios médicos de emergencia (EMS) no podrán seguirlo. Sin embargo, si no desea recibir RCP, puede hacer que un médico firme una orden de no reanimación duradera u «otra ONR», como un formulario POST/POLST. El personal de los EMS seguirá esta orden.

P ¿Se respetará mi deseo de no recibir RCP?

R Puede indicar en su plan anticipado de atención que no desea que se le realice una reanimación cardiopulmonar (RCP), pero ese deseo debe constar en una orden médica por parte de un proveedor. Si usted está en riesgo de padecer un paro cardíaco o respiratorio, su proveedor debe informarle los riesgos y beneficios de la RCP para llegar así a un acuerdo sobre qué hacer si esto sucede. Usted y su representante de atención médica deben preguntar sobre este tema en caso de que su médico no lo plantee. Si desea tener una orden de no reanimar fuera de un hospital, necesitará una orden de no reanimación duradera u «otra ONR», como un formulario POST/POLST, que también puede ser provisto por su médico.

P ¿Qué tipos de atención médica se incluyen en mi plan anticipado de atención?

R Puede indicar tanto opciones generales de atención médica como opciones de atención en la etapa terminal. La atención médica general puede incluir atención como diálisis, quimioterapia, transfusiones de sangre, reanimación cardiopulmonar (RCP) o cualquier otro tratamiento que usted desee o no, en caso de no poder hablar por sí mismo. Las instrucciones para la etapa terminal pueden incluir lo anterior, además de medidas para prolongar la vida, como asistencia respiratoria mecánica, alimentación e hidratación artificial, o retener o retirar el tratamiento.

P ¿Se respetará mi plan anticipado de atención en estados que no sean Virginia?

R La mayoría de los estados tienen leyes que permiten a las personas tomar decisiones con respecto a sus representantes de atención médica y tratamientos médicos. Sin embargo, estas leyes pueden ser diferentes de las leyes de Virginia. Si se muda a otro estado, debe determinar si su formulario de Virginia es válido en ese estado.

P ¿Tengo que usar el formulario que se proporciona a través de Sentara?

R **No.** Se encuentran disponibles diversos formularios y los abogados, con frecuencia, incluyen planes anticipados de atención en otros documentos de planificación de herencia. Los únicos requisitos son que su plan anticipado de atención esté firmado por usted, con fecha y presenciado por dos testigos.

P ¿Puedo cambiar de opinión sobre mi plan anticipado de atención?

R **Sí.** Cuando lo desee, puede cambiar todo o una parte del plan anticipado de atención. Puede hacerlo de la siguiente forma:

- Cambie cualquier parte que desee del documento, firme y feche el cambio y busque a dos testigos para que firmen y fechen. Asegúrese de que estos cambios sean fáciles de leer.
- Revoque todo el documento mediante una declaración por escrito firmada y fechada.
- Escriba «revocado» en todo el documento y firme y feche donde ha escrito «revocado».*
- Rompa o destruya el plan anticipado de atención anterior.
- Informe a su médico que desea cambiar su plan anticipado de atención.
- Pida a otra persona que destruya el plan anticipado de atención anterior al frente suyo.
- Cree un nuevo plan anticipado de atención por escrito y asegúrese de que esté firmado, fechado y atestiguado.

** Recomendamos escribir «revocado» y firmar el documento. Si bien todas las opciones anteriores son válidas y legales, firmarlo garantizará que se conozcan sus deseos si se encuentran copias en el futuro.*

Si ha creado un nuevo plan anticipado de atención, envíe una nueva copia y un nuevo acuerdo de registro al registro del Sentara Hospital más cercano. Si necesita documentos nuevos o un acuerdo de registro, comuníquese con Sentara Center for Healthcare Ethics al (757) 252-9550 o llame al 1-800-SENTARA. También puede descargar estos documentos en sentara.com/AdvanceDirectives.

P ¿Mi plan anticipado de atención me permite donar mi cuerpo para investigaciones médicas o donar mis órganos después de mi muerte?

R **Sí.** Hay varias medidas que debe adoptar para que este proceso sea más simple:

- Hable con su representante de atención médica sobre lo que desea. El representante de atención médica está obligado por ley a respetar sus deseos sobre estas donaciones.
- Hable con su familia para que comprendan sus intenciones.
- Comunique su deseo de ser donante de órganos en su plan anticipado de atención, en su licencia de conducir o en Internet en www.DonateLifeVirginia.org.
- Si desea que su cuerpo se utilice para investigaciones médicas, comuníquese con el Programa Anatómico del Estado de Virginia al 804-786-2479 o en línea en www.vdh.virginia.gov/medical-examiner/vsap/ para obtener más detalles.

P ¿Qué debo hacer si completé mi plan anticipado de atención?

R Realice copias, entrégueselas a sus médicos y representantes de atención médica, y conserve el original en sus archivos. Registre su documento en el registro en línea (consulte la página 12 o en sentara.com/AdvanceDirectives), suba su documento en MyChart.

Si tiene preguntas sobre su plan anticipado de atención o si desea programar una cita con uno de nuestros facilitadores calificados de planificación anticipada de la atención, comuníquese con cualquiera de los siguientes centros participantes que estén más cerca de su zona:

Ubicaciones del servicio

Charlottesville
Sentara Martha Jefferson Hospital
Contacto de salud: 434-654-7009 o
Número principal: 1-888-652-6663
500 Martha Jefferson Drive
Attn: Health Information Management
Charlottesville, VA 22911

Hampton Roads y Peninsula
Sentara Center for Healthcare Ethics
757-252-9550
1330 Sentara Park
Virginia Beach, VA 23464-5884

Harrisonburg
Sentara RMH Medical Center
Defensor del paciente: 540-689-1234
Capellán: 540-689-1670 o
Número principal: 1-800-543-2201
2010 Health Campus Drive
Attn: Health Information Management
Harrisonburg, VA 22801

South Boston
Sentara Halifax Regional Hospital
Servicios para huéspedes: 434-517-3995 o
Número principal: 434-517-3100
2204 Wilborn Ave.
Attn: Health Information Management
South Boston, VA 24592

Woodbridge
Sentara Northern Virginia Medical Center
Relaciones con los pacientes: 703-523-0985 interno 30985
Capellán: 703-523-0680 o
Número principal: 703-523-1000
2300 Opitz Boulevard
Attn: Health Information Management
Woodbridge, VA 22191

Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios lingüísticos gratuitos. Llame al 844-809-6648.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-809-6648번으로 전화해 주십시오.

注意：如果您讲中文普通话，则将为您提供免费的语言辅助服务。请致电 844-809-6648。

ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 844-809-6648.

Sentara cumple con las leyes federales aplicables sobre los derechos civiles y no excluye, niega beneficios ni discrimina a ninguna persona por motivos de raza, cultura, color, religión, estado civil, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, discapacidad o fuente de pago.

Puede descargar copias adicionales de este folleto en su computadora si visita el sitio: sentara.com/AdvanceDirectives

Envíe por correo postal una copia de su plan anticipado de atención a Sentara Center for Healthcare Ethics (consulte el domicilio arriba).

Este folleto no pretende ser un asesoramiento jurídico. Tal vez desee hablar con un abogado antes de firmar el plan anticipado de atención.

Sentara®