De acuerdo con la Ley de Autodeterminación del Paciente aprobada por el Congreso de los Estados Unidos en 1990 este documento le informa acerca de su derecho a tomar decisiones acerca de su propio cuidado, incluyendo el derecho de aceptar o rehusar tratamiento médico y preparar “instrucciones anticipadas”.

La ley de Virginia permite dos tipos de instrucciones anticipadas. Un testamento en vida estipula el tipo de atención que usted desea recibir en caso de que usted desarrolle una enfermedad terminal. Un poder de representación permanente autoriza a otra persona para que ésta pueda tomar decisiones de atención médica en nombre de usted.

Es la política de estas instalaciones de asegurar que se sigan las disposiciones de toda instrucción anticipada debidamente formalizada. Si usted desea ejecutar un testamento en vida o un poder de representación permanente, el Defensor de Derechos Humanos le ayudará.

No se discriminará a ningún paciente con base en si se han ejecutado o no instrucciones anticipadas.

Esto es para verificar que he leído y recibido una copia de la declaración antes mencionada.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paciente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor, si corresponde Fecha

***El personal del hospital completará esta sección***

NOTA: Si no está firmado, marque uno de los siguientes:

\_\_\_\_\_\_\_ Se negó a firmar

\_\_\_\_\_\_\_ No puede firmar o no comprendió la declaración

El paciente recibió una copia de “*Su Derecho a Decidir*”: \_\_\_ sí \_\_\_no

En caso negativo, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El paciente tiene un Testamento en Vida: \_\_\_\_ sí \_\_\_\_ no

Hay una copia en el expediente: \_\_\_\_ sí \_\_\_\_ no

El paciente tiene un Poder de Representación Permanente: \_\_\_\_ sí \_\_\_\_ no

Copia en el expediente: \_\_\_\_ sí \_\_\_\_ no

En caso negativo, entonces dónde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: Firma del Personal

ORIG-patient Copy-Chart

In accordance with the Patient Self Determination Act passed by the U.S. Congress in

1990 this document informs you of your right to make decisions regarding your own care, including the right to accept or refuse medical treatment and to make “advance directives”.

Virginia law allows two types of advance directives. A living will stipulates the type of care you wish to receive if you develop a terminal condition. Durable power of attorney authorizes another individual to make health care decisions on your behalf.

It is this facility’s policy to ensure that the provisions of any duly executed advance directives are followed. If you want to execute a living will or durable power or attorney the

Human Rights Advocate will assist you. No patient will be discriminated against based upon on whether or not advanced directives have been executed.

This is to verify I have read and received a copy of the above statement.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Guardian, if applicable Date

***Hospital Staff to complete this section***

NOTE: If not signed, check one of the following:

\_\_\_\_\_\_\_ Refused to sign

\_\_\_\_\_\_\_ Unable to sign or comprehend statement

The patient received copy of “*Your Right To Decide*”: \_\_\_ yes \_\_\_no

If no, explain: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

The patient has a Living Will: \_\_\_\_ yes \_\_\_\_ no

A copy is in the record: \_\_\_\_ yes \_\_\_\_ no

Patient has a Durable Power of Attorney: \_\_\_\_ yes \_\_\_\_ no

Copy in record: \_\_\_\_ yes \_\_\_\_ no

If no, then where: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date: Staff Signature

ORIG-patient Copy-Chart