



Designación de un agente de atención médica

Directrices anticipadas de Vermont para la toma de decisiones relacionadas con la atención médica

Appointment of a Health Care Agent

SPANISH

Vermont Advance Directive for Health Care Decisions

SU NOMBRE

YOUR NAME

FECHA DE NACIMIENTO

DATE OF BIRTH

FECHA

DATE

DIRECCIÓN

ADDRESS

CIUDAD

CITY

ESTADO

STATE

ZIP

ZIP

Su **agente de atención médica** puede tomar decisiones relacionadas con su atención cuando usted no pueda o no quiera tomar decisiones por sí mismo. Debe elegir a alguien en quien confíe, que entienda sus deseos y acepte actuar como su agente. Su proveedor de atención médica **NO** puede ser su agente a menos que sea un familiar. Su agente **NO** puede ser el propietario, operador, empleado o contratista de un centro de atención residencial, un centro de atención médica o un centro penitenciario en el que usted resida en el momento de completar su directriz anticipada.

Your health care agent can make health care decisions for you when you are unable or unwilling to make decisions for yourself. You should pick someone that you trust, who understands your wishes and agrees to act as your agent. Your health care provider may **NOT** be your agent unless they are a relative. Your agent may **NOT** be the owner, operator, employee or contractor of a residential care facility, health care facility or correctional facility where you reside at the time your advance directive is completed.

Designo a esta persona como mi **AGENTE** de atención médica:

I appoint this person to be my health care **AGENT**:

NOMBRE DEL AGENTE

AGENT NAME

EMAIL

EMAIL

DIRECCIÓN

ADDRESS

TEL. DE CASA

HOME PHONE

TEL. DEL TRABAJO

WORK PHONE

MÓVIL

CELL PHONE

(Si designa a **COAGENTES**, anótelos en una hoja aparte)

(If you appoint **CO-AGENTS**, list them on a separate sheet of paper)

Si este agente no está disponible, no quiere o no puede actuar como mi agente, nombro a esta persona como mi **AGENTE SUPLENTE**:

If this agent is unavailable, unwilling or unable to act as my agent, I appoint this person as my **ALTERNATE AGENT**:

AGENTE SUPLENTE

ALTERNATE AGENT NAME

EMAIL

EMAIL

DIRECCIÓN

ADDRESS

TEL. DE CASA

HOME PHONE

TEL. DEL TRABAJO

WORK PHONE

MÓVIL

CELL PHONE

Otras personas que pueden ser consultadas sobre decisiones médicas en mi nombre son:

Others who may be consulted about medical decisions on my behalf include:

Proveedor de atención primaria (médico, médico asistente o enfermero):

Primary care provider (Physician, PA or Nurse Practitioner):

NOMBRE

NAME

TEL.

PHONE

DIRECCIÓN

ADDRESS

NOMBRE

NAME

TEL.

PHONE

DIRECCIÓN

ADDRESS

Los que NO deben ser consultados son:

Those who should NOT be consulted include:

NOMBRE
NAME

FECHA DE NACIMIENTO
DOB

FECHA
DATE

Comentarios generales sobre mis objetivos de salud:

General Comments About My Health Care Goals:

DECLARACIÓN DE DESEOS FIRMADA / SIGNED DECLARATION OF WISHES

Debe firmarlo en presencia de DOS testigos adultos. Las siguientes personas **no** pueden firmar como testigos:
su(s) apoderado(s), cónyuge, padres, hermanos, hijos o nietos.

You must sign this in the presence of TWO adult witnesses. The following people may **not** sign as witnesses:
your agent(s), spouse, parents, siblings, children or grandchildren.

Declaro que este documento refleja mis deseos en materia de atención médica y que firmo esta directriz anticipada por mi propia voluntad.

I declare that this document reflects my health care wishes and that I am signing this Advance Directive of my own free will.

FIRMADO

SIGNED

FECHA

DATE

Declaro que el firmante parecía entender la naturaleza de esta directriz anticipada y estar libre de coacción o influencia indebida en el momento en que se firmó. (Por favor, firme y escriba en letra de molde)

I affirm that the signer appeared to understand the nature of this advance directive and to be free from duress or undue influence at the time this was signed. (Please sign and print)

TESTIGO 1 (NOMBRE EN LETRA DE MOLDE)

WITNESS 1 (PRINT NAME)

FIRMA

SIGNATURE

FECHA

DATE

TESTIGO 2 (NOMBRE EN LETRA DE MOLDE)

WITNESS 2 (PRINT NAME)

FIRMA

SIGNATURE

FECHA

DATE

Si la persona que firma este documento está siendo admitida o es un paciente actual en un **hospital**, una de las siguientes personas debe firmar y declarar que ha explicado la naturaleza y el efecto de la directriz anticipada y que el paciente parecía entender y estar libre de coacción o influencia indebida en el momento de la firma: *la persona designada por el hospital para explicar, el defensor del pueblo, el representante del paciente de salud mental, un miembro reconocido del clero, un abogado de Vermont o una persona designada por el Tribunal de Sucesiones.*

If the person signing this document is being admitted to or is a current patient in a **hospital**, one of the following must sign and affirm that they have explained the nature and effect of the advance directive and the patient appeared to understand and be free from duress or undue influence at the time of signing: *designated hospital explainer, ombudsman, mental health patient representative, recognized member of the clergy, Vermont attorney, or Probate Court designee.*

Si la persona que firma este documento está siendo admitida o es residente en un **hogar de personas de avanzada edad o centro de atención residencial**, una de las siguientes personas debe firmar y declarar que ha explicado la naturaleza y el efecto de las directrices anticipadas y que el residente parecía entender y estar libre de coacción o influencia indebida en el momento de la firma: *un defensor del pueblo, un miembro reconocido del clero, un abogado de Vermont, una persona designada por el Tribunal de Sucesiones, una persona designada por el hospital para explicar, un representante de los pacientes de salud mental, un clínico no empleado por el centro o un voluntario del hogar de ancianos/centro de atención residencial debidamente capacitado.*

If the person signing this document is being admitted to or is a resident in a **nursing home or residential care facility**, one of the following must sign and affirm that they have explained the nature and effect of the advance directive and the resident appeared to understand and be free from duress or undue influence at the time of signing: *an ombudsman, recognized member of the clergy, Vermont attorney, Probate Court designee, designated hospital explainer, mental health patient representative, clinician not employed by the facility, or appropriately trained nursing home/residential care facility volunteer.*

La persona que explica, tal y como se ha indicado anteriormente, también puede servir como uno de los dos testigos requeridos.

The explainer as outlined above may also serve as one of the two required witnesses.

NOMBRE

NAME

TÍTULO/POSICIÓN

TITLE/POSITION

TEL.

PHONE

DIRECCIÓN

ADDRESS

FIRMA

SIGNATURE

FECHA

DATE

Los siguientes tienen una copia de mi Directriz Anticipada (por favor marque):

The following have a copy of my Advance Directive (please check):

Registro de directrices anticipadas de Vermont

Vermont Advance Directive Registry

Agente de atención médica

Health care agent

FECHA DE REGISTRO:

DATE REGISTERED:

Agente de atención médica alternativo

Alternate health care agent

Doctor/Proveedor(es):

Doctor/Provider(s):

Hospital(es):

Hospital(s):

Miembro(s) de la familia:

Family Member(s):

Registro de directrices anticipadas de Vermont
Acuerdo de registro y formulario de autorización de cambio
(Documentos A y B según la norma de directrices anticipadas de Vermont)

Vermont Advance Directive Registry
Registration Agreement & Authorization to Change Form
(Documents A & B per the Vermont Advance Directive Rule)

Instrucciones / Directions

- Lea la política de registro en la página 3 y rellene las secciones pertinentes a continuación. Por favor, escriba a máquina o con letra de imprenta.
Read the Registration Policy on page 3 and complete the relevant sections below. Please type or print clearly.
 - Personas que se registran por primera vez:** Rellene la información requerida de la persona que registra y el documento A.
First-time Registrants: Complete the Required Registrant Information & Document A.
 - Actualización de un documento de directrices anticipadas ya archivado:** Rellene la información requerida de la persona que registra y el documento B.
Updating an Advance Directive already on file: Complete the Required Registrant Information & Document B.
- Adjunte una copia firmada y atestiguada de su directriz anticipada.
Attach a signed and witnessed copy of your advance directive.
- Para registrar, se **debe** incluir un Acuerdo de registro o un formulario de Autorización de cambio lleno y firmado y una copia del documento de directrices anticipadas firmado y atestiguado.
Registrations must include a completed and signed Registration Agreement or Authorization to Change form and a copy of the signed and witnessed advance directive document.
- Una vez que se llenan y se firman los formularios, deben enviarse por correo electrónico, correo postal o fax:
Once forms are completed and signed, send forms by email, mail or fax:

Enviar por correo electrónico a: VADRSubmissions@uslwr.com
E-mail to:

O envíelo por correo a: Vermont Advance Directive Registry (VADR)
Or Mail to:

O por fax a: 908- 654-1919
Or Fax to:

Para más información, visite: <http://healthvermont.gov/vadr/> o llame al 1-888-548-9455
For additional information visit: <http://healthvermont.gov/vadr/> or call 1-888-548-9455

Información requerida de la persona que registra / Required Registrant Information

Nombre: Primero _____ **Segundo** _____ **Apellido** _____ **Sufijo** _____
Name: First _____ Middle _____ Last _____ Suffix _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Date of Birth: ____ / ____ / ____

Dirección postal principal: _____
Primary Mailing Address: _____

Pueblo/ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
Town/City: _____ State: _____ Zip code: _____

Teléfono: Principal (____) _____ - _____ **Otros:** (____) _____ - _____
Phone Number: Primary (____) _____ - _____ Other: (____) _____ - _____

¿Desea que nos pongamos en contacto con usted por correo electrónico? **No** **Sí**
Would you like to be contacted by e-mail? **No** **Yes**

Correo electrónico: _____
Email Address: _____

Dirección postal secundaria (si corresponde): _____
Secondary Mailing Address (if applicable): _____

Pueblo/ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
Town/City: _____ State: _____ Zip code: _____

Contactos de emergencia / Emergency Contacts

Principal: Nombre: _____
Primary: Name: _____

Relación con la persona que registra: _____ **Teléfono:** (____) _____ - _____
Relationship to Registrant: _____ Phone Number: (____) _____ - _____

Secundario: Nombre: _____
Secondary: Name: _____

Relación con la persona que registra: _____ **Teléfono:** (____) _____ - _____
Relationship to Registrant: _____ Phone Number: (____) _____ - _____

AVISO: Todas las presentaciones ante el Registro deben incluir una copia firmada y atestiguada del documento de directrices anticipadas de la persona que registra. Esto se aplica tanto a las primeras presentaciones como a las actualizaciones de los documentos existentes.

NOTICE: All submissions to the Registry must include a signed and witnessed copy of the registrant's Advance Directive. This applies to both first-time submissions and updates to existing documents.

Documento A: Acuerdo de registro
Document A: Registration Agreement

Rellene este apartado **sólo** si es la primera vez que registra sus directrices anticipadas.
Complete this section **only** if this is your first time registering your advance directive.

Yo, _____ (**nombre en letra de imprenta**) solicito que mi directriz anticipada se inscriba en el Registro de directrices Anticipadas de Vermont, y autorizo su acceso según lo permita la ley de Vermont. Al firmar a continuación, reconozco y declaro que: la información proporcionada es exacta; he leído, entiendo y acepto los términos de la Política de Inscripción del Registro; protegeré del acceso no autorizado tanto a mi número de identificación de solicitante como a mi tarjeta de billetera y notificaré inmediatamente al Registro por escrito los cambios en mi información de inscripción o en mi directriz anticipada. Ejecuto este acuerdo voluntariamente y sin coacción, coerción o influencia indebida por ninguna de las partes. Entiendo que cualquier persona que tenga acceso a mi tarjeta de billetera puede utilizarla para acceder a mis documentos e información personal. Esta autorización permanecerá vigente hasta que la revoque.

I, _____ (**print name**) request that my advance directive be registered in the Vermont Advance Directive Registry, and authorize its access as allowed by Vermont law. By signing below, I acknowledge and affirm that: the information provided is accurate; I have read, understand, and agree to the terms of the Registry Registration Policy; I will safeguard my registrant identification number and wallet card from unauthorized access; and I will immediately notify the Registry in writing of changes to my registration information or advance directive. I execute this agreement voluntarily and without coercion, duress, or undue influence by any party. I understand that anyone who has access to my wallet card can use it to gain access to my documents and personal information. This authorization remains in effect until I revoke it.

Firma de la persona que registra:
Signature of Registrant: _____

Fecha:
Date: _____

Documento B: Autorización para cambiar
Document B: Authorization to Change

Rellene **sólo** si está actualmente registrado y realiza actualizaciones a una directriz anticipada ya archivada en el registro.
Complete **only** if you are currently registered and making updates to an advance directive already on file with the registry.

Marque la casilla que corresponda a su presentación.

Check the box below that applies to your submission.

Modificar: Marque esta casilla para modificar su directriz anticipada existente. El historial de documentos anteriores se conservará en su expediente.

Amend: Check this box to amend your existing advance directive. Prior document history will be retained in your file.

Reemplazar: Marque esta casilla para reemplazar su directriz anticipada existente. El historial de documentos anteriores no se conservará en su expediente.

Replace: Check this box to replace your existing advance directive. Prior document history will not be retained in your file.

Suspender: Marque esta casilla para desactivar toda o parte de su directriz anticipada por un tiempo definido.

Suspend: Check this box to temporarily inactivate all or part of your advance directive for a defined period of time.

Fecha de inicio:
Begin Date: _____

Fecha de finalización:
End Date: _____

Revocar: Marque esta casilla para eliminar su directriz anticipada del registro. (Se trata de una eliminación permanente del Registro)

Revoke: Check this box to delete your advance directive from the registry. (This is a permanent removal from the Registry)

Yo, _____ (**nombre en letra de imprenta**) certifico que este formulario representa fielmente los cambios que he realizado y que dichos cambios son exactos. Además, autorizo a que los cambios se reflejen en el Registro de directrices anticipadas.

I, _____ (**print name**) certify that this form accurately represents the changes I have made, and these changes are accurate. Additionally, I authorize the changes to be reflected in the Advance Directive Registry.

Firma de la persona que registra:
Signature of Registrant: _____

Fecha:
Date: _____

Política de registro / Registration Policy

Las directrices anticipadas son un documento legal que transmite los deseos de una persona en relación con el tratamiento sanitario y las opciones para el final de la vida en caso de que quede incapacitada o no pueda tomar esas decisiones. El Registro de directrices anticipadas de Vermont es una base de datos que permite a las personas almacenar electrónicamente una copia de su documento de directrices anticipadas en una base de datos segura. A esa base de datos pueden acceder, cuando lo necesiten, los proveedores de atención médica autorizados, los centros de atención médica, los centros de atención residenciales, los directores de funerarias y los operadores de crematorios. Para más información, visite: <http://healthvermont.gov/vadr/>.

An advance directive is a legal document that conveys a person's wishes regarding their health care treatment and end of life choices should they become incapacitated or otherwise unable to make those decisions. The Vermont Advance Directive Registry is a database that allows people to electronically store a copy of their advance directive document in a secure database. That database may be accessed when needed by authorized health care providers, health care facilities, residential care facilities, funeral directors, and crematory operators. For more information, visit: <http://healthvermont.gov/vadr/>.

1. Para registrar un documento de directrices anticipadas, la persona que registra debe rellenar y enviar el formulario de Acuerdo de registro junto con una copia del documento de Directriz anticipada a:

To register an advance directive, the registrant must complete and send the Registration Agreement form along with a copy of the advance directive document to:

Vermont Advance Directive Registry (VADR)
PO Box 2789
Westfield, New Jersey 07091-2789

2. Una vez recibido el Acuerdo de Registro y los anexos, el Registro digitalizará el documento de directrices anticipadas y lo almacenará en la base de datos junto con la información de identificación de la persona que registra y figura en el Acuerdo de Registro. El Registro enviará una carta de confirmación a la persona que registra junto con un número de registro, instrucciones para utilizar el número de registro para acceder a los documentos en el sitio web del Registro, una tarjeta de billetera y pegatinas para pegar en el permiso de conducir o la tarjeta del seguro. El registro no será efectivo hasta que la persona que registra reciba la carta de confirmación y los materiales de registro.

Upon receipt of the Registration Agreement and attachments, the Registry will scan the advance directive and store it in the database along with registrant identifying information from the Registration Agreement. The Registry will send a confirmation letter to the registrant along with a registration number, instructions for using the registration number to access documents at the Registry website, a wallet card, and stickers to affix to a driver's license or insurance card. The registration is not effective until receipt of the confirmation letter and registration materials is made by registrant.

3. Los solicitantes deben compartir el número de registro de la tarjeta de billetera con cualquier persona que deba tener acceso a sus directrices anticipadas: por ejemplo, su agente, sus familiares o su médico. Cualquier persona puede acceder al documento de directrices anticipadas de una persona utilizando el número de registro. Además, cuando el número de registro no está disponible, un proveedor de atención médica autorizado puede buscar en el Registro las directrices anticipadas de una persona concreta utilizando los datos de identificación de la persona registrada.

Registrants should share the registration number from the wallet card with anyone that should have access to their advance directives: for example, the registrant's agent, family members, or physician. Anyone may access a person's advance directive using the registration number. Additionally, when the registration number is not readily available, an authorized health care provider can search the Registry for a specific person's advance directive using a registrant's personal identifying information.

4. La persona que registra es responsable de garantizar que:

The registrant is responsible for ensuring that:

- a. El documento de directrices anticipadas esté debidamente ejecutado de acuerdo con las leyes del estado de Vermont.

The advance directive is properly executed in accordance with the laws of the state of Vermont.

- b. La copia del documento de directrices anticipadas enviada al Registro, si es una fotocopia del original, sea correcta y legible.

The copy of the advance directive sent to the Registry, if a photocopy of the original, is correct and readable.

- c. La información que figura en los documentos de Acuerdo de Registro y de directrices anticipadas sea exacta y esté actualizada.

The information in both the Registration Agreement and advance directive documents is accurate and up to date.

- d. Se notifica al Registro lo antes posible cualquier cambio en la directriz anticipada o en la información de registro, rellenando y enviando al Registro un formulario de autorización de cambio con los cambios adjuntos o, preferiblemente, con una copia actualizada de la directriz anticipada.

The Registry is notified as soon as possible of any changes to the advance directive or registration information by completing and submitting an Authorization to Change form with the changes appended, or preferably, with an updated copy of the advance directive to the Registry.

5. El registro inicial, así como los cambios y actualizaciones posteriores de la información de registro o de los documentos de directrices anticipadas, son gratuitos.

Initial registration as well as subsequent changes and updates to the registration information or the advance directive documents are free of charge.

6. El Acuerdo de Registro permanecerá en vigor hasta que el Registro reciba información fidedigna de que la persona registrada ha fallecido, o hasta que dicha persona solicite por escrito la rescisión del Acuerdo de Registro. Cuando el Acuerdo se termine, el Registro eliminará la directriz anticipada de la persona registrada de la base de datos del Registro, y el archivo dejará de ser accesible para los proveedores.

The Registration Agreement shall remain in effect until the Registry receives reliable information that the registrant is deceased, or the registrant requests in writing that the Registration Agreement be terminated. When the Agreement is terminated, the Registry will remove registrant's advance directive from the Registry database, and the file will no longer be accessible to providers.

7. Sólo el Registro puede modificar las condiciones del Acuerdo de Registro.

Only the Registry can change the terms of the Registration Agreement.