



# Directriz anticipada para la atención médica de Vermont

Preparado por la Red de Ética de Vermont

## Vermont Advance Directive for Health Care

Prepared by the Vermont Ethics Network

SPANISH

### EXPLICACIÓN E INSTRUCCIONES EXPLANATION & INSTRUCTIONS

- **Tiene derecho a:** / You have the right to:
  1. **Nombrar a otra persona para que tome las decisiones sobre la atención médica en su nombre cuando usted no puede tomarlas por sí mismo.**  
Name someone else to make health care decisions for you when or if you are unable to make them yourself.
  2. **Dar instrucciones sobre los tipos de atención médica que desea o no desea.**  
Give instructions about what types of health care you want or do not want.
- **Es importante hablar con las personas más cercanas a usted y con sus proveedores de atención médica sobre sus objetivos, deseos y preferencias de tratamiento.**  
It is important to talk with those people closest to you and with your health care providers about your goals, wishes and preferences for treatment.
- **Puede utilizar este formulario en su totalidad o puede utilizar cualquier parte del mismo. Por ejemplo, si sólo quiere elegir un agente en la primera parte, puede rellenar sólo esa sección y luego ir a la quinta parte para firmar en presencia de los testigos correspondientes.**  
You may use this form in its entirety or you may use any part of it. For example, if you only want to choose an agent in Part One, you may fill out just that section and then go to Part Five to sign in the presence of appropriate witnesses.
- **Puede utilizar otro formulario siempre y cuando el mismo esté atestiguado. En el website de VEN, [www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org), encontrará formularios más detallados que proporcionan excelentes opciones e información relacionadas con las preferencias de los cuidados de la salud mental.**  
You are free to use another form so long as it is properly witnessed. More detailed forms providing greater options and information regarding mental health care preference can be found on the VEN website at [www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org).

La **PRIMERA parte** de este formulario le permite nombrar a una persona como su "**agente**" para que tome las decisiones de atención médica por usted si no puede o no quiere tomar sus propias decisiones. También puede nombrar agentes alternativos. Debe elegir a alguien en quien confíe, que se sienta cómodo tomando lo que podrían ser decisiones difíciles en su nombre. Deben guiarse por sus valores a la hora de tomar decisiones por usted y **aceptar** actuar como su agente. Puede rellenar el formulario de Directrices anticipadas indicando sus preferencias médicas *aunque no identifique a un agente*. Los proveedores de servicios médicos seguirán sus instrucciones en la Directriz Anticipada sin un agente en la medida de sus posibilidades pero tener una persona designada como su agente para tomar decisiones por usted ayudará a los proveedores de servicios médicos y a los que le cuidan a tomar las mejores decisiones en situaciones que pueden no haber sido detalladas en su Directriz Anticipada. Según la ley de Vermont, los parientes más cercanos no tomarán automáticamente decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Por eso, es mejor designar a alguien de su elección con antelación.

**Part ONE** of this form allows you to name a person as your "**agent**" to make health care decisions for you if you become unable or unwilling to make your own decisions. You may also name alternate agents. You should choose someone you trust, who will be comfortable making what might be hard decisions on your behalf. They should be guided by your values in making choices for you **and agree** to act as your agent. You may fill out the Advance Directive form stating your medical preferences *even if you do not identify an agent*. Medical providers will follow your directions in the Advance Directive without an agent to their best ability, but having a person designated as your agent to make decisions for you will help medical providers and those who care for you make the best decisions in situations that may not have been detailed in your Advance Directive. According to Vermont law, next-of-kin will not automatically make decisions on your behalf if you are unable to do so. That is why it is best to appoint someone of your choosing in advance.

La **SEGUNDA parte** de este formulario le permite indicar **los objetivos y deseos del tratamiento**. Se ofrecen opciones para que usted exprese sus deseos de recibir, no recibir o interrumpir el tratamiento en determinadas circunstancias. También se proporciona un espacio para que escriba cualquier deseo adicional o específico basado en sus valores, estado de salud o creencias.

**Part TWO** of this form lets you state **Treatment Goals & Wishes**. Choices are provided for you to express your wishes about having, not having, or stopping treatment under certain circumstances. Space is also provided for you to write out any additional or specific wishes based on your values, health condition or beliefs.

La **TERCERA parte** de este formulario le permite expresar sus deseos sobre **las limitaciones del tratamiento**. Estos tratamientos incluyen la reanimación cardiopulmonar, los respiradores, las sondas de alimentación y los antibióticos. Hay espacio para que escriba cualquier deseo adicional. **NOTA:** Si **NO** desea que se le practique la reanimación cardiopulmonar, se le coloque un respirador, se le ponga una sonda de alimentación o se le administren antibióticos, coméntelo con su médico, que puede rellenar una **orden DNR/ COLST** (Do Not Resuscitate/Clinician Order for Life Sustaining Treatment) para asegurarse de que no reciba tratamientos que no desea, especialmente, en caso de emergencia. El personal de emergencias médicas está obligado a proporcionarle un tratamiento que le salve la vida a menos que tenga una orden firmada de DNR/ COLST que especifique alguna limitación del tratamiento. Si no hay una orden de DNR/COLST, el equipo médico de emergencias realizará la RCP, ya que no tendrá tiempo de consultar una directriz anticipada, a su familia, agente o médico.

**Part THREE** of this form lets you express your wishes about **Limitations of Treatment**. These treatments include CPR, breathing machines, feeding tubes, and antibiotics. There is space for you to write any additional wishes.

NOTE: If you DO NOT want CPR, a breathing machine, a feeding tube, or antibiotics, please discuss this with your doctor, who can complete a **DNR/COLST order** (Do Not Resuscitate/Clinician Order for Life Sustaining Treatment) to ensure that you do not receive treatments you do not want, especially in an emergency. Emergency Medical Personnel are required to provide you with life-saving treatment unless they have a signed DNR/COLST order specifying some limitation of treatment. If there is no DNR/COLST order the emergency medical team will perform CPR as they will not have time to consult an Advance Directive, your family, agent, or physician.

La **CUARTA parte** de este formulario le permite expresar sus deseos relacionados con la **donación de órganos/tejidos y las preferencias para el funeral, el entierro y la disposición** de sus restos.

**Part FOUR** of this form allows you to express your wishes related to **organ/tissue donation & preferences for funeral, burial and disposition** of your remains.

La **QUINTA parte** es para las firmas. Debe firmar y fechar el formulario en presencia de dos testigos adultos. Las siguientes personas **no** pueden ser testigos: su agente y agentes suplentes; su cónyuge o pareja; padres; hermanos; hijos o nietos.

Debe entregar copias del formulario cumplimentado a su agente y a su(s) agente(s) suplente(s), a su médico, a su familia y a cualquier centro de salud en el que resida o en el que pueda recibir atención. Por favor, anote quién tiene una copia de su Directriz Anticipada para que pueda ser actualizada si sus preferencias cambian.

También se le anima a que envíe una copia de su Directriz Anticipada al Registro de Directrices Anticipadas de Vermont con el Formulario de Acuerdo de Registro que se encuentra al final de este documento.

Usted tiene derecho a revocar total o parcialmente este documento de Directrices Anticipadas de Atención Médica o a sustituirlo en cualquier momento. Si lo revoca, todas las copias antiguas deben ser destruidas. Si realiza cambios y ha enviado una copia de su documento original al Registro de Directrices Anticipadas de Vermont, asegúrese de enviarles una nueva copia o un formulario de notificación de cambio con la información necesaria para actualizar su directriz anticipada allí.

**Part FIVE** is for signatures. You must sign and date the form in the presence of two adult witnesses. The following persons may **not** be witnesses: your agent and alternate agents; your spouse or partner; parents; siblings; children or grandchildren.

You should give copies of the completed form to your agent and alternate agent(s), to your physician, your family and to any health care facility where you reside or at which you are likely to receive care. Please note who has a copy of your Advance Directive so it may be updated if your preferences change.

You are also encouraged to send a copy of your Advance Directive to the Vermont Advance Directive Registry with the Registration Agreement Form found at the end of this document.

You have the right to revoke all or part of this Advance Directive for Health Care or replace this form at any time. If you do revoke it, all old copies should be destroyed. If you make changes and have sent a copy of your original document to the Vermont Advance Directive Registry, be sure to send them a new copy or a notification of change form with information needed to update your Advance Directive there.



STEP  
**2**  
**TAKING  
STEPS  
VERMONT**

## A Comprehensive Guide to Medical Decision-Making

Includes advance directive form to  
appoint a health care agent and  
document treatment preferences



*A publication by the Vermont Ethics Network*

Tal vez desee leer el folleto *Taking Steps (Tomar medidas)* para ayudarlo a pensar y discutir diferentes opciones y situaciones con su(s) agente(s) o sus seres queridos.

You may wish to read the booklet *Taking Steps* to help you think about and discuss different choices and situations with your agent(s) or loved ones.

Pueden adquirirse ejemplares de *Taking Steps* en:  
Copies of *Taking Steps* can be purchased from:

**Vermont Ethics Network**

**61 Elm Street**

**Montpelier, VT 05602.**

**Tel.: (Tel) (802) 828-2909**

**Fax: (Fax) (802) 828-2646**

**[www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org)**

Para obtener información sobre el Registro de Directrices Anticipadas de Vermont, visite: / For information about the Vermont Advance Directive Registry visit:

**Sitio web de VEN: [www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org)**  
VEN website

o / or

**Página web del registro en el Departamento de Salud de Vermont: [www.healthvermont.gov/vadr](http://www.healthvermont.gov/vadr)**  
Registry website at the Vermont Department of Health:  
[www.healthvermont.gov/vadr](http://www.healthvermont.gov/vadr)



# Directriz anticipada para la atención médica de Vermont

## Vermont Advance Directive for Health Care

**SU NOMBRE**

YOUR NAME

**FECHA DE NACIMIENTO**

DATE OF BIRTH

**FECHA**

DATE

**DIRECCIÓN**

ADDRESS

**CIUDAD**

CITY

**ESTADO**

STATE

**ZIP**

ZIP

**PRIMERA PARTE: SU AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

PART ONE: YOUR HEALTH CARE AGENT

Puede decidir el tipo de tratamiento que usted quiere o no quiere en caso que se enferme gravemente o se esté muriendo. Independientemente de las limitaciones que se expresaron en relación al tratamiento, usted tiene derecho a que se le traten sus dolores y sus síntomas (náusea, fatiga, dificultad para respirar). A menos que se indiquen las limitaciones al tratamiento, se requiere y se espera que el equipo médico haga todo lo posible para salvar su vida.

You can decide what kind of treatment you want or don't want if you become seriously ill or are dying. Regardless of the treatment limitations expressed, you have the right to have your pain and symptoms (nausea, fatigue, shortness of breath) managed. Unless treatment limitations are stated, the medical team is required and expected to do everything possible to save your life.

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]

Quiero que comience mi Directriz Anticipada: / I want my Advance Directive to start:

**Cuando no pueda tomar mis propias decisiones**  
When I cannot make my own decisions

**Ahora**  
Now

**Cuando esto suceda:**  
When this happens:

## SEGUNDA PARTE: OBJETIVOS DE SALUD Y DESEOS ESPIRITUALES

PART TWO: HEALTH CARE GOALS AND SPIRITUAL WISHES

**Mis objetivos generales de cuidado de la salud incluyen:** / My overall health care goals include:

**Quiero que mi vida se mantenga el mayor tiempo posible por cualquier medio médico.**  
I want to have my life sustained as long as possible by any medical means.

**Quiero el tratamiento para mantener mi vida sólo si es mi voluntad:**  
I want treatment to sustain my life only if I will:

**ser capaz de comunicarme con amigos y familiares.**  
be able to communicate with friends and family.  
**ser capaz de cuidar de mí mismo.**  
be able to care for myself.  
**vivir sin un dolor incapacitante.**  
live without incapacitating pain.  
**ser consciente y estar al tanto de mi entorno.**  
be conscious and aware of my surroundings.

**Sólo quiero un tratamiento dirigido a mi comodidad.**  
I only want treatment directed toward my comfort.

**Otros objetivos, deseos o creencias que deseo expresar son:**

Additional Goals, Wishes, or Beliefs I wish to express include:

**Personas a las que se debe avisar si tengo una enfermedad que pone en peligro mi vida:**

People to notify if I have a life-threatening illness:

**Si me estoy muriendo es importante para mí estar (marque la opción): / If I am dying it is important for me to be (check choice):**

**En casa**  
At home

**En el hospital**  
In the hospital

**Otro:**  
Other:

**Ninguna preferencia**  
No preference

**Mis deseos de cuidado espiritual incluyen:** / My Spiritual Care Wishes include:

**Mi religión/fe:**

My Religion/Faith:

**LUGAR DE CULTO**  
PLACE OF WORSHIP

**TELÉFONO**  
PHONE

**DIRECCIÓN**  
ADDRESS

**Los siguientes artículos, músicas o lecturas serían un consuelo para mí:**

The following items or music or readings would be a comfort to me:

**NOMBRE**  
NAME

**FECHA DE NACIMIENTO**  
DOB

**FECHA**  
DATE

**TERCERA PARTE: LIMITACIONES DEL TRATAMIENTO**  
**PART THREE: LIMITATIONS OF TREATMENT**

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.

**1. Si mi corazón se detiene (elija una) / If my heart stops (choose one):**

Quiero que me hagan una reanimación cardiopulmonar para intentar reiniciar mi corazón. / I DO want CPR done to try to restart my heart.

NO quiero que me hagan una reanimación cardiopulmonar para intentar reiniciar mi corazón. / I DON'T want CPR done to try to restart my heart.

*La RCP es la reanimación cardiopulmonar, que incluye compresiones vigorosas en el pecho, el uso de estimulación eléctrica, medicamentos para apoyar o restaurar la función del corazón y respiraciones de rescate (forzar el aire en los pulmones).*

*CPR means cardio (heart)-pulmonary (lung) resuscitation, including vigorous compressions of the chest, use of electrical stimulation, medications to support or restore heart function, and rescue breaths (forcing air into your lungs).*

**2. Si soy incapaz de respirar por mí mismo (elige una): / If I am unable to breathe on my own (choose one):**

Yo SÍ quiero un respirador sin límite de tiempo.  
I DO want a breathing machine without any time limit.

Quiero tener un respirador por poco tiempo para ver si sobrevivo o mejoró.  
I want to have a breathing machine for a short time to see if I survive or get better.

NO quiero un respirador durante NINGÚN tiempo.  
I DO NOT want a breathing machine for ANY length of time.

*"Respirador" se refiere a un dispositivo que mueve mecánicamente el aire dentro y fuera de los pulmones, como un ventilador.  
"Breathing machine" refers to a device that mechanically moves air into and out of your lungs such as a ventilator.*

**3. Si no soy capaz de tragar suficiente comida o agua para mantenerme con vida (elige una):**

If I am unable to swallow enough food or water to stay alive (choose one):

Yo SÍ quiero una sonda de alimentación sin límites de tiempo.  
I DO want a feeding tube without any time limits.

Quiero tener una sonda de alimentación por poco tiempo para ver si sobrevivo o mejoró.  
I want to have a feeding tube for a short time to see if I will survive or get better.

NO quiero una sonda de alimentación durante ningún tiempo.  
I DO NOT want a feeding tube for any length of time.

**NOTA:** Si está recibiendo tratamiento en otro estado, es posible que su agente no tenga automáticamente la autoridad para retener o retirar una sonda de alimentación. Si desea que su agente decida sobre las sondas de alimentación, marque la casilla siguiente.

*NOTE: If you are being treated in another state your agent may not automatically have the authority to withhold or withdraw a feeding tube. If you wish to have your agent decide about feeding tubes please check the box below.*

Autorizo a mi agente a tomar decisiones sobre las sondas de alimentación.  
I authorize my agent to make decisions about feeding tubes.

**4. Si tengo una enfermedad terminal o una enfermedad tan grave que es poco probable que mejore (elija una):**

If I am terminally ill or so ill that I am unlikely to get better (choose one):

SÍ quiero antibióticos u otros medicamentos para combatir la infección.  
I DO want antibiotics or other medication to fight infection.

NO quiero antibióticos ni otros medicamentos para combatir la infección.  
I DON'T want antibiotics or other medication to fight infection.

Si ha manifestado que NO desea recibir reanimación cardiopulmonar, un respirador, una sonda de alimentación o antibióticos bajo ninguna circunstancia, coméntelo con su médico, que puede rellenar un formulario de DNR/COLST para asegurarse de que no reciba tratamientos que no desea, especialmente en una situación de emergencia. La orden de DNR/COLST se cumplirá fuera del ámbito hospitalario.

If you have stated you DO NOT want CPR, a breathing machine, a feeding tube, or antibiotics under any circumstances, please discuss this with your doctor who can complete a DNR/COLST form to ensure you don't receive treatments you don't want, particularly in an emergency situation. A DNR/COLST order will be honored outside of the hospital setting.

Limitaciones adicionales del tratamiento que deseo incluir: / Additional Limitations of Treatment I wish to include:

**NOMBRE**  
NAME

**FECHA DE NACIMIENTO**  
DOB

**FECHA**  
DATE

**CUARTA PARTE: DONACIÓN DE ÓRGANOS/TEJIDOS Y ENTIERRO/DISPOSICIÓN DE LOS RESTOS MORTALES**  
**PART FOUR: ORGAN/TISSUE DONATION & BURIAL/DISPOSITION OF REMAINS**

**Mis deseos para la donación de órganos y tejidos (marque sus opciones):**

My wishes for organ & tissue donation (check your choices):

**Consiento donar los siguientes órganos y tejidos:**

I consent to donate the following organs & tissues:

**Cualquier órgano necesario**

Any needed organs

**Cualquier tejido necesario (piel, hueso, córnea)**

Any needed tissue (skin, bone, cornea)

**No deseo donar los siguientes órganos y tejidos:**

I do not wish to donate the following organs and tissues:

**No quiero donar ningún órgano o tejido**

I do not want to donate any organs or tissues

**Quiero que mi agente sanitario decida**

I want my health care agent to decide

**Deseo donar mi cuerpo a la investigación o a programas educativos. (Nota: tendrá que hacer sus propios arreglos con una escuela de medicina u otro programa por adelantado)**

I wish to donate my body to research or educational program(s). (Note: you will have to make your own arrangements with a medical school or other program in advance.)

**Mis instrucciones para el entierro/disposición de mis restos después de mi muerte (marque y complete):**

My Directions for Burial/Disposition of My Remains after I Die (check & complete):

**Tengo un contrato de previsión para arreglos funerarios:**

I have a Pre-Need Contract for Funeral Arrangements:

**NOMBRE**

NAME

**TEL.**

PHONE

**DIRECCIÓN**

ADDRESS

**Quiero que las siguientes personas decidan sobre mi entierro o disposición de mis restos (marque sus opciones):**

I want the following individuals to decide about my burial or disposition of my remains (check your choices):

**Agente**

Agent

**Agente alternativo**

Alternate Agent

**La familia:**

Family:

**NOMBRE**

NAME

**TEL.**

PHONE

**DIRECCIÓN**

ADDRESS

**Otro:**

Other:

**NOMBRE**

NAME

**TEL.**

PHONE

**DIRECCIÓN**

ADDRESS

**Deseos específicos (marque sus opciones): / Specific Wishes (check your choices):**

**Quiero un velorio**

I want a Wake/Viewing

**Prefiero un entierro - Si es posible, en el siguiente lugar (cementerio, dirección, número de teléfono)**

I prefer a Burial — If possible at the following location: (cemetery, address, phone number)

**Prefiero la cremación - Con mis cenizas guardadas o esparcidas de la siguiente manera:**

I prefer Cremation — With my ashes kept or scattered as follows:

**Quiero una ceremonia fúnebre con un entierro o cremación posterior**

I want a Funeral Ceremony with a burial or cremation to follow

**Prefiero sólo una ceremonia junto a la tumba**

I prefer only a Graveside Ceremony

**Prefiero sólo una ceremonia conmemorativa con entierro o cremación precedente**

I prefer only a Memorial Ceremony with burial or cremation preceding

**Otros detalles: (como música, lecturas, oficiante)**

Other Details: (such as music, readings, Officiant)

NOMBRE  
NAMEFECHA DE NACIMIENTO  
DOBFECHA  
DATE

**QUINTA PARTE: DECLARACIÓN DE DESEOS FIRMADA**  
**PART FIVE: SIGNED DECLARATION OF WISHES**

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

You must sign this before 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  
SIGNEDFECHA  
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  
SIGNATUREFECHA  
DATE**TESTIGO 2 (NOMBRE EN LETRA DE MOLDE)**

WITNESS 2 (PRINT NAME)

FIRMA  
SIGNATUREFECHA  
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 ancianos 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  
NAMETÍTULO/POSICIÓN  
TITLE/POSITIONTEL.  
PHONEDIRECCIÓN  
ADDRESSFIRMA  
SIGNATUREFECHA  
DATE

**NOMBRE**  
NAME

**FECHA DE NACIMIENTO**  
DOB

**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

**Fecha de registro:**

Date registered:

**Agente de atención médica**

Health care agent

**Agente de atención médica alternativo**

Alternate health care agent

**Doctor/Proveedor(es):**

Doctor/Provider(s):

**Hospital(es):**

Hospital(s):

**Miembro(s) de la familia: Por favor, anote:**

Family Member(s): Please list:

**NOMBRE**

NAME

**DIRECCIÓN**

ADDRESS

**NOMBRE**

NAME

**DIRECCIÓN**

ADDRESS

**NOMBRE**

NAME

**DIRECCIÓN**

ADDRESS

**NOMBRE**

NAME

**DIRECCIÓN**

ADDRESS

**NOMBRE**

NAME

**DIRECCIÓN**

ADDRESS

**Otro:**

Other:

**NOMBRE**

NAME

**DIRECCIÓN**

ADDRESS

**NOMBRE**

NAME

**DIRECCIÓN**

ADDRESS

**NOMBRE**

NAME

**DIRECCIÓN**

ADDRESS

**NOMBRE**

NAME

**DIRECCIÓN**

ADDRESS

**NOMBRE**

NAME

**DIRECCIÓN**

ADDRESS

**NOMBRE**

NAME

**DIRECCIÓN**

ADDRESS



**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](mailto: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.