

# **Directiva anticipada para la interrupción voluntaria del consumo de alimentos y bebidas (VSED)**

(Advance Directive for Voluntary Stopping of Eating and Drinking (VSED))

**Author**

Northwest Justice Project

**Last Review Date**

November 26, 2024

Una *Directiva VSED* indica sus deseos para el final de su vida en caso de que la demencia u otras enfermedades progresivas le hagan perder la capacidad de tomar sus propias decisiones de atención médica. Esta *Directiva VSED* puede utilizarse en cualquier lugar de Estados Unidos. (Formulario e instrucciones)

## **1. Datos claves**

---

Form attached:

**Directiva anticipada para la interrupción voluntaria del consumo de  
alimentos y bebidas** (NJP Planning 515 ES)

### **¿Qué es una VSED?**

VSED son las siglas en inglés de Interrupción Voluntaria del Consumo de Alimentos y Bebidas (*Voluntary Stopping of Eating and Drinking*). Significa que uno se niega voluntariamente a ingerir alimentos o líquidos, consciente de que ello acelerará el proceso de la muerte y reducirá el sufrimiento. Las personas con una enfermedad grave, irreversible e intolerable, por ejemplo, podrían elegir la VSED.

### **¿Qué es una *Directiva VSED*?**

Una Directiva VSED es un documento que expresa sus *deseos al final de la vida sobre la recepción de alimentos o bebidas por parte de sus cuidadores*.

## **¿Por qué elegir la VSED en lugar de (o además de) la asistencia médica para morir?**

Algunas enfermedades progresivas, como la demencia, conllevan a la pérdida de la capacidad de tomar decisiones sobre su atención médica, entre ellas la de elegir la asistencia médica para morir. La VSED no requiere un diagnóstico específico ni una orden médica, por lo que puede ser la única opción para algunas personas que deseen acelerar el proceso de la muerte.

## **¿Y si ya tengo una directiva de atención médica?**

La Directiva VSED no sustituye a sus otras directivas anticipadas, como las directivas anticipadas de atención médica o de salud mental. Tampoco sustituye a otros documentos tales el formulario de Órdenes Médicas de Tratamiento para el Sustento de Vida (POLST o MOLST, por sus siglas en inglés) que rechazan el tratamiento médico de emergencia.

## **¿Es legal una Directiva VSED?**

Sí. Una Directiva VSED es una directiva anticipada legal. Por lo general, los proveedores de atención médica están legalmente obligados a seguir sus directivas anticipadas. La mejor manera de asegurarse de que se cumplirán sus deseos es hablar con su equipo médico, su centro de atención, sus cuidadores y sus familiares sobre su Directiva VSED.

## **2. Paso a Paso**

---

- 1. Llene su Formulario de Directiva VSED. Puede hacerlo en línea (blank), o descargarlo y seguir las instrucciones de la siguiente sección.**
  
- 2. Firme ante notario y/o dos testigos.**

3. **Dónde guardar su directiva:** A diferencia de la mayoría de los documentos legales, las copias de las directivas son tan válidas como el original. Conserve los documentos originales firmados en un lugar seguro pero accesible. Sus directivas son inútiles si no se pueden encontrar.

***¡Consejo!*** Pídale a la persona encargada de tomar sus decisiones médicas que guarde una copia digital de sus directivas firmadas en su teléfono inteligente para poder acceder a ellas fácilmente en caso de que ocurra una emergencia médica. También puede pedirle que guarde una copia en la guantera de su coche, si tiene, y en su maleta.

4. **¿Quién debe tener una copia?** Haga copias de su directiva y compártala con las personas que participan en su cuidado. Esto puede incluir a la persona encargada de la toma las decisiones sobre su atención médica, médicos, abogados, familiares, amigos cercanos, miembros del clero y cualquier centro que pueda participar en su cuidado.

Si puede, adjunte a su directiva una copia de su Poder notarial u otro documento legal en el que se nombre a una persona encargada de tomar decisiones sobre la atención médica. Asegúrese de que el hospital de su localidad y el centro de cuidados a largo plazo o de atención a la memoria dispongan de una copia de su directiva. Si su estado dispone de un registro de directivas anticipadas en Internet, publique allí su directiva.

5. **Comunique sus deseos a las personas que considere importantes.** Es sumamente esencial que comunique sus deseos y los motivos de su decisión a la persona encargada de tomar decisiones sobre su atención médica y a cualquier otra persona que pueda participar en la toma de decisiones relacionadas con su directiva. Repita estas conversaciones periódicamente, sobre todo si su estado de salud cambia.

Aunque no es obligatorio para formalizar esta directiva, le recomendamos encarecidamente que nombre a una persona encargada de la toma de decisiones médicas en quien confíe para que cumpla sus deseos.

Deje claro a sus amigos cercanos y familiares que la persona encargada de tomar decisiones sobre su atención médica tendrá la autoridad final para actuar en su nombre. Haga hincapié en que no quiere que ignoren o socaven sus deseos porque piensen que su calidad de vida es aceptable o porque parezca estar feliz o cómodo. Si la persona encargada de tomar decisiones sobre su atención médica no le apoya o no está de acuerdo con las decisiones que usted toma en su directiva, debe designar a otra persona a ese rol.

6. **¿Cumplirá el médico o el centro de cuidados a largo plazo su Directiva VSED?** Cuando entregue su directiva a sus médicos, pregúntele si la respetarán. Si no es así, busque un médico que sí lo haga. Si necesita cuidados en un asilo de ancianos, un centro de atención a la memoria u otro centro de cuidados a largo plazo, elija uno que acepte respetar su Directiva VSED. Si no puede, pídale a la persona encargada de tomar decisiones médicas que intente encontrar un centro que respete su Directiva VSED. Si su centro actual cambia su política sobre VSED, también puede pedirle que le traslade a otro centro o residencia.
7. **Si ingresa a un centro de atención médica o de cuidados a largo plazo o se inscribe en un programa de atención médica a domicilio o de cuidados paliativos:** Entregue al personal de admisiones una copia de su Directiva VSED debidamente llena y de cualquier otra directiva. Dígale también a la persona encargada de tomar decisiones sobre su atención médica que entregue una copia al personal de admisiones si ingresa después de perder sus facultades.
8. **Asegúrese de que su POLST, MOLST u otro formulario que le permita rechazar el tratamiento por parte del personal médico de emergencias no contradiga su Directiva VSED:** Muchos estados ofrecen un formulario que le permite expresar sus deseos respecto a tratamientos médicos de emergencia, como la reanimación cardiopulmonar. A diferencia de las directivas anticipadas, estos formularios deben estar firmados por un médico u otro proveedor de atención médica cualificado. Muchos de estos formularios incluyen una sección sobre alimentación e hidratación que también puede incluir expresiones como "Los alimentos y líquidos se ofrecerán por vía oral si es factible...". Ese lenguaje puede contradecir su Directiva VSED. Si este tipo de lenguaje aparece en su POLST, MOLST u otro formulario de tratamiento médico de emergencia, debe tacharlo y poner

sus iniciales en el cambio

9. **Mantenga sus directivas actualizadas.** Asegúrese de revisar ocasionalmente su Directiva VSED y otras directivas para asegurarse de que reflejen sus preferencias y valores actuales. Ponga sus iniciales y la fecha cada vez que la revise.
10. **Cancelación (revocación) de su directiva:** Si revoca una directiva, asegúrese de notificar a su responsable de la toma de decisiones de atención médica, a su familia y a sus médicos. Si es posible, recupere y destruya las copias de su directiva revocada, o pida a quienes tengan copias revocadas que las destruyan. Guarde una copia de su directiva anticipada revocada en sus registros con la palabra “REVOCADA” escrita en el frente. Esto podría ayudar si alguien necesita hacer valer una nueva directiva. La directiva con fecha más reciente prevalecerá sobre cualquier directiva anterior.

### 3. Cómo llenar el formulario

---

¡Intente utilizar [WA Forms Online \(blank\)](#). Es muy sencillo: le hacemos preguntas y utilizamos sus respuestas para llenar el formulario.

Si **no** desea llenarlo en línea, siga estas instrucciones:

**Ponga su nombre y fecha de nacimiento en los espacios en blanco.**

**Sección 1 de la directiva. Interrupción voluntaria del consumo de alimentos y bebidas (VSED)**

La Sección 1 describe lo que usted pide a sus cuidadores y proveedores de asistencia médica que hagan.

**Sección 2 de la directiva. Condiciones para iniciar la VSED**

En primer lugar, decida qué condiciones activarán el inicio de la VSED, es decir, cuándo quiere que sus cuidadores dejen de darle de comer y beber.

Luego, ponga sus iniciales junto a las condiciones específicas de activación que desee seleccionar. Puede añadir otras condiciones poniendo sus iniciales en la última opción y llenando el espacio en blanco. Por ejemplo, puede añadir la siguiente condición: "No recuerdo que una persona en particular haya venido hoy temprano, ni ayer, ni en ningún momento de la semana pasada".

Las afecciones enumeradas suelen aparecer en fases avanzadas de la demencia, pero también pueden caracterizar otras enfermedades. Se describen de manera que la gente común las entienda; no son descripciones "clínicas" o médicas. Si desea incluir más descripciones clínicas o médicas, puede utilizar una o más de las etapas que se encuentran en la Escala de Deterioro Global (GDS, por sus siglas en inglés) o el Estadio de la Evolución Funcional (FAST, por sus siglas en inglés).

**Sección 3 de la directiva. Si la persona encargada de la toma de decisiones que he asignado considera que mi calidad de vida sigue siendo buena cuando llega el momento de iniciar la VSE**

Usted puede decidir si quiere que la persona a quien ha encargado de la toma las decisiones siga su directiva pase lo que pase o si quiere otorgarle la autoridad de ignorarlas si considera que su calidad de vida es lo suficientemente buena.

"Calidad de vida" significa cosas distintas para cada persona. Lo que la persona que usted ha asignado para tomar de decisiones puede considerar aceptable puede no serlo para usted.

Ponga sus iniciales en la opción que deseé.

**Sección 4 de la directiva. Cuidados paliativos: alivio del dolor y el malestar**

Necesitará cuidados paliativos para controlar el malestar que supone no comer ni beber. Esto incluye medicamentos y otras formas de proporcionar alivio.

Los cuidados paliativos pueden incluir cuidados bucales adecuados, reposicionamiento para mayor comodidad física, masajes, acupuntura y estimulación sensorial y mental, como visitas de seres queridos, música, películas y el revivir viejos recuerdos viendo colecciones de fotos. Puede encontrar más ideas en VSED Resources Northwest (blank).

Además de los cuidados paliativos habituales, puede solicitar cuidados paliativos más intensivos si es necesario. Esto podría incluir sedación paliativa para *reducir*

*la conciencia, e incluso sedación paliativa hasta la inconsciencia.*

Ponga sus iniciales en la opción que desee.

### **Sección 5 de la directiva. Si expreso el deseo de comer o beber**

Si le falla la memoria, es posible que no recuerde su Directiva VSED y que exprese el deseo de comer o beber después de que sus cuidadores hayan dejado de darle comida y bebida.

Ponga sus iniciales en la opción que desee.

### **Sección 6 de la directiva. Centros médicos y proveedores que no están dispuestos a respetar esta directiva**

La VSED puede ser motivo de polémica. Algunas leyes y políticas permiten a los proveedores de atención médica negarse a cumplir con solicitudes que van en contra de sus valores religiosos o morales, incluso cuando la atención médica solicitada es legal y generalmente aceptada.

Usted **también** puede decir si solo desea recibir atención de un proveedor que respete su Directiva VSED, incluso si esto significa trasladarle a otro centro o proveedor. Si está de acuerdo, ponga sus iniciales en el párrafo "Después de ingresar o recibir atención...".

### **Sección 7 de la directiva. Resolución de disputas**

Si hay algún desacuerdo sobre qué significa su directiva, en esta sección se explica cómo resolverlo. Usted otorga a la persona encargada de la toma de decisiones la autoridad de tomar una decisión definitiva sobre qué significa su Directiva VSED.

### **Sección 8 de la directiva. Responsable de la toma de decisiones de atención médica**

*La decisión más importante* que puede tomar para asegurarse de que se respete su directiva es nombrar a una persona encargada de tomar decisiones en un documento legal (como un poder notarial) que defienda sus decisiones.

Dependiendo de dónde viva, esta persona puede denominarse agente de asistencia médica, apoderado, representante o sustituto.

Debe utilizar el documento legal correcto en su estado para otorgar autoridad legal a la persona que toma las decisiones. En el estado de Washington, el

documento correcto es un Poder duradero que otorga a una persona de confianza ("agente") el poder de tomar decisiones sobre la atención médica.

Ponga sus iniciales si ya ha nombrado a un responsable de la toma de decisiones sobre la atención médica en un documento legal y escriba cómo se llama el documento legal. Si es posible, adjunte una copia de ese documento legal a su *Directiva VSED*.

Asegúrese de que la persona que toma las decisiones sobre su atención médica sepa que usted está preparando esta Directiva VSED. Entréguele una copia y coménteselo para asegurarse de que la entiende y está dispuesta a respetarlo. **Es posible que** una persona encargada de tomar decisiones médicas que se sienta cómoda tomando otras decisiones sobre el final de la vida por usted **no** esté dispuesta a respetar su decisión de dejar de comer y beber. En ese caso, busque una nueva persona encargada de tomar decisiones médicas que sí lo esté.

**¡Atención!** Si usted **no** nombra en un documento legal a una persona encargada de tomar decisiones sobre la atención médica, se otorgará a otra persona la autoridad legal para tomar decisiones en su nombre. Esa persona puede tener menos poder para tomar decisiones. Además, podría ser alguien que usted no quiere que tome decisiones por usted.

## **Sección 9 de la directiva. Otros tipos de planificación anticipada**

*Su Directiva VSED no sustituye* a sus otras directivas anticipadas, como un testamento vital, una directiva de atención médica o una directiva anticipada de salud mental. Tampoco sustituye a ningún documento sobre tratamiento médico de urgencia, como un formulario POLST o MOLST. (Cada estado tiene diferentes formas de llamar a estos formularios).

Enumere sus otros documentos de planificación anticipada en su *Directiva VSED* para que sus cuidadores y proveedores sepan de su existencia.

## **Sección 10 de la directiva. Exención de responsabilidad**

Es posible que la persona que toma las decisiones, los proveedores médicos, los cuidadores, la familia y los seres queridos estén preocupados por su responsabilidad legal en la aplicación de esta directiva. En esta sección usted les exime de responsabilidad por seguir sus instrucciones. También autoriza a demandar a cualquiera que le proporcione alimentos y agua en contra de sus instrucciones.

### **Sección 11 de la directiva. Capacidad**

Esta sección explica que usted entiende y quiere decir lo que dice en su directiva.

#### **Firma**

No firme hasta que pueda hacerlo ante testigos y/o un notario.

#### **Firma ante un notario y testigos**

Lo mejor es firmar ante notario **y con** testigos. Esto le da la mayor seguridad de que su directiva será respetada como un documento legalmente válido. Dicho esto, si le resulta demasiado difícil, la mayoría de los estados la aceptarán si se firma ante un testigo **o** un notario. Las normas de su estado sobre la certificación ante notario y testigos de otras directivas anticipadas de atención médica se aplican a este documento.

**WashingtonLawHelp.org** gives general information. It is not legal advice.  
Find organizations that provide free legal help on our [Get legal help](#) page.

# **Directiva anticipada para la interrupción voluntaria del consumo de alimentos y bebidas (Directiva VSED, por sus siglas en inglés)**

Mi nombre es: \_\_\_\_\_.

Mi fecha de nacimiento es: \_\_\_\_\_.

Como adulto con capacidad de decisión, tengo derecho a guiar mi tratamiento y cuidados, aunque esas decisiones provoquen una muerte más temprana. Esto incluye el derecho a rechazar tratamiento médico y el derecho a rechazar alimentos y bebidas por vía oral. He reflexionado detenidamente sobre las circunstancias en las que desearía dejar de prolongar mi vida mediante el consumo de alimentos y bebidas.

Esta directiva indica a mi representante médico u otra persona con capacidad legal para tomar decisiones (“la persona encargada de tomar decisiones”) y a todos los cuidadores cómo actuar en mi nombre para garantizar que se cumplan mis deseos de dejar de comer y beber.

## **1. Interrupción voluntaria del consumo de alimentos y bebidas (VSED)**

Cuando reúna las condiciones que he seleccionado en la sección 2 (a continuación) y ya no pueda alimentarme por mi cuenta:

- No me ayuden a comer ni a beber (alimentándome con cuchara, por ejemplo).
- No me animen ni persuadan verbal o físicamente para que coma o beba.
- No pongan comida ni líquidos en mi boca.

# **Advance Directive for Voluntary Stopping of Eating and Drinking (VSED Directive)**

My name is \_\_\_\_\_.

My date of birth is \_\_\_\_\_.

As an adult with decision-making capacity, I have the right to direct my treatment and care, even if those choices lead to an earlier death. This includes the right to refuse medical treatment and the right to refuse oral food and drink. I have thought carefully about the circumstances in which I would want to stop prolonging my life with eating and drinking.

This directive instructs my health care agent or other legal decision-maker (“decision-maker”) and all caregivers how to act on my behalf to ensure that my wishes for stopping eating and drinking are carried out.

## **1. Voluntary stopping of eating and drinking (VSED)**

When I meet the conditions I have selected in section 2 (below) and can no longer feed myself:

- Do not help me with eating and drinking (by spoon-feeding, for example).
- Do not verbally or physically encourage or persuade me to eat or drink.
- Do not put food or liquids in my mouth.

## 2. Condiciones para iniciar la VSED

Quiero empezar la VSED cuando padezca una enfermedad grave e irreversible o una afección crónica que no vaya a mejorar significativamente (aunque no sea terminal), y cuando cumpla (marque uno con sus iniciales)

**al menos una** de las condiciones que selecciono a continuación.

**todas** condiciones que selecciono a continuación

(marque con sus iniciales todas las que correspondan):

No puedo comunicarme con los demás más allá de unas pocas palabras, movimientos oculares, etc.

No reconozco a familiares y amigos cercanos.

Soy indiferente a que me den de comer; ya no quiero comer ni beber y no doy muestras de disfrutar del comer y beber.

No abro la boca para recibir comida y bebida, o volteo la cabeza cuando me ofrecen comida o bebida.

Suelo rechazar la comida o la bebida.

Con frecuencia inhalo o me atraganto con la comida o la bebida.

Las siguientes condiciones o situaciones adicionales: (especificar)

---

---

**(Ejemplos:** Tengo incontinencia, ya no puedo meterme a la cama ni salir de ella por mí mismo, me quedo en la cama y solo quiero dormir).

**3. Si la persona encargada de tomar decisiones por mí cree que mi calidad de vida sigue siendo buena cuando llegue el momento de iniciar la VSED**

## 2. Conditions for starting VSED

I want to start VSED when I have a serious and irreversible illness or chronic condition that will not significantly improve (even if it is not terminal), and when I meet (*initial one*)

**at least one** of the conditions I select below.

**all** of the conditions I select below

(*initial all that apply*):

I cannot communicate with others beyond a few words, eye movements, etc.

I do not recognize close family and friends.

I am indifferent to being fed, no longer want to eat or drink, and show no signs of enjoying eating and drinking.

I do not open my mouth to receive food and drink, or I turn my head away when offered food or drink.

I usually refuse food or drink.

I frequently inhale or choke on food or drink.

The following additional conditions or situations: (*specify*)

---

---

**(Examples:** I have incontinence; I can no longer get in and out of bed on my own; I stay in bed and just want to sleep.)

**3. If my decision-maker thinks my quality of life is still good when it is time to start VSED**

Si la persona encargada de tomar decisiones por mí piensa que mi calidad de vida sigue siendo suficientemente buena y parezco estar cómodo o feliz, la persona encargada de tomar decisiones por mí (*marque una con sus iniciales*):

- **debe seguir estas instrucciones y empezar la VSED.** He reflexionado mucho sobre esta decisión e insisto en que se cumplan mis deseos.
- puede elegir **no** seguir estas instrucciones. **Entiendo que esto significa que algunas o todas mis elecciones pueden no ser respetadas.**

#### 4. Cuidados paliativos - alivio del dolor y el malestar

Si se me niega la comida y la bebida, quiero que los cuidados paliativos traten cualquier dolor o molestia derivado de mi enfermedad y de no comer ni beber (alivio de la deshidratación, por ejemplo).

Quiero sedación paliativa si es necesario para controlar el dolor y el malestar (*marque una con sus iniciales*):

- **aunque** esto resulte en que pierda el conocimiento.
- **pero no** hasta el punto de que pierda conocimiento.

#### 5. Si expreso el deseo de comer o beber

Si he dejado de comer y beber, pero demuestro repetidamente con palabras o gestos que quiero comer o beber, quiero que mis cuidadores reevalúen mis cuidados paliativos y (*marque una con sus iniciales*):

- continúen negando toda ayuda para comer y beber.

If my decision-maker thinks my quality of life is still good enough and I seem comfortable or happy, my decision-maker (*initial one*):

**must follow this directive and start VSED.** I have given a lot of thought to this decision and insist that my wishes be followed.

may choose **not** to follow this directive. I **understand this means some or all of my choices may not be honored.**

#### 4. Palliative care – relief from pain and discomfort

If food and drink are being withheld, I want palliative care to manage any pain or discomfort from my illness and from not eating and drinking (relief from dehydration, for instance).

I want palliative sedation if necessary to manage pain and discomfort (*initial one*):

**even if** it makes me unconscious.

**but not** to the point of unconsciousness.

#### 5. If I express the desire to eat or drink

If eating and drinking has stopped, but I repeatedly show by words or gestures that I want to eat or drink, I want my caregivers to reassess my palliative care and (*initial one*):

continue to withhold all help with eating and drinking.

— solo me den suficiente comida y bebida para evitar la incomodidad, aunque no sea nutricionalmente adecuada (también conocida como “alimentación mínima para mantener el confort”). **Entiendo que este proceder probablemente prolongará mi proceso de muerte.**

## 6. Centros médicos y proveedores que no respeten esta directiva

**Antes** de recibir atención de un centro o proveedor médico (incluido mi médico, centro de cuidados paliativos residenciales o centro de cuidados a largo plazo), quiero que el centro o proveedor confirme que seguirá las instrucciones de esta directiva. Si el centro o el proveedor médico no está dispuesto a seguir las instrucciones de esta directiva por motivos morales, éticos o de otro tipo, la persona que toma decisiones por mí deberá hacer todos los esfuerzos razonables para asegurarse de que me atienda un centro o proveedor que sí lo haga.

*(Marque con sus iniciales si es su elección)*

— **Después** de que me ingresen o reciba atención, si un centro o proveedor no respeta las instrucciones de esta directiva, la persona encargada de tomar decisiones por mí debe hacer todos los esfuerzos razonables para asegurarse de que reciba atención de otro centro o proveedor que sí lo haga. Entiendo que esto significa que puedo ser trasladado a otro centro médico o situación de vida que podría costar más o ser menos conveniente.

Si un centro o proveedor médico **no** está dispuesto a seguir esta directiva debido a barreras legales o institucionales, quiero que solo se me dé comida y bebida suficientes para evitar la incomodidad, aunque no sean nutricionalmente adecuadas (también conocidas como alimentación mínima para mantener el confort).

give me only enough food and drink to avoid discomfort, even if it's not nutritionally adequate (also known as “minimal comfort feeding”). I understand this approach will likely prolong my dying process.

## 6. Medical facilities and providers that will not honor this directive

**Before** I receive care from a medical facility or provider (including my physician or residential hospice, or long-term care facility), I want the facility or provider to confirm it will follow the instructions in this directive. If the medical facility or provider will not follow the instructions in this directive due to moral, ethical, or other reasons, my decision-maker should make all reasonable efforts to make sure I get care from a facility or provider that will.

*(Initial if selected)*

**After** I am admitted or receiving care, if a facility or provider will not honor the instructions in this directive, my decision-maker should make all reasonable efforts to make sure I get care from another facility or provider that will. I understand this means I may be transferred to another medical facility or living situation that might cost more or be less convenient.

If a medical facility or provider will **not** follow this directive due to legal or institutional barriers, I want to be given only enough food and drink to avoid discomfort even if not nutritionally adequate (also known as “minimal comfort feeding”).

## 7. Resolución de disputas

La persona encargada de tomar decisiones por mí resolverá cualquier desacuerdo sobre las instrucciones de esta directiva y/o sobre si se han cumplido las condiciones que he elegido.

Si no se dispone de una persona que tome decisiones, quiero que mis proveedores médicos tomen estas decisiones si la ley lo permite.

Si se determina que alguna parte de esta directiva carece de validez legal, todas las demás partes deben respetarse.

## 8. Persona encargada de tomar decisiones médicas

He nombrado a una persona encargada de tomar decisiones sobre la atención médica en el siguiente documento legal (marque una con sus iniciales y adjunte una copia, si es posible):

- Carta poder para la atención médica
- Apoderado para decisiones médicas
- Otro documento (*nombre*): \_\_\_\_\_

Aún **no** he nombrado a una persona encargada de tomar decisiones sobre la atención médica.

## 9. Otros planes anticipados

Tengo la intención de que esta directiva complemente cualquier documento existente sobre mis cuidados durante la etapa final de mi vida. Esta directiva no revoca ningún documento existente, salvo en lo que respecta a la recepción de alimentos y líquidos por vía oral, en cuyo caso regirá la presente directiva.

Tengo los siguientes documentos adicionales sobre planes anticipados o deseos para la etapa final de mi vida:

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

## 7. Dispute resolution

My decision-maker will resolve any disagreement about the instructions in this directive and/or whether the conditions I have chosen have been met.

If no decision-maker is available, then I want my medical providers to make these decisions if that is legally allowed.

If any part of this directive is determined to be legally invalid, all other parts should be honored.

## 8. Health care decision-maker

I have named a health care decision-maker in the following legal document (*initial one and attach a copy, if possible*):

Power of Attorney for Health Care

Health Care Proxy

Other document (*name*): \_\_\_\_\_

I have **not** yet named a health care decision-maker.

## 9. Other advance planning

I intend this directive to supplement any existing documents about my end-of-life care. This directive does not revoke any existing documents except with respect to receiving food and liquid by mouth, in which case this directive shall govern.

I have the following other documents about advance planning or end-of-life wishes:

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

## 10. Exención de responsabilidad

Asumo voluntariamente todos y cada uno de los riesgos asociados con mi elección de utilizar la VSED como opción en la etapa final de mi vida. Libero a todas las personas, incluidas las personas encargadas de tomar decisiones por mí sobre mi atención médica, proveedores médicos, cuidadores (incluidos, entre otros, mis médicos, personal de enfermería, centros de atención, doulas o proveedores de atención personal, etc.) y familiares y otros seres queridos de toda responsabilidad que pudiera derivarse de cualquier acción que pudieran llevar a cabo de buena fe basándose en mis deseos descritos en esta directiva. Esto incluye mi exención expresa de responsabilidad civil y mi firme deseo de que no sean objeto de ninguna sanción penal o disciplinaria.

Además, ordeno a mi sucesor que exima de toda responsabilidad e indemnice a las personas encargadas de tomar decisiones por mí sobre mi atención médica, proveedores médicos, cuidadores, familiares y otros seres queridos por los actos realizados de buena fe de acuerdo con esta directiva anticipada.

Por último, quiero dejar claro que presento esta directiva por voluntad propia y que lo hago intencionalmente para asegurarme de que mis cuidados médicos se ajusten a mis deseos. En consecuencia, considero que cualquier acción que se lleve a cabo para socavar mis deseos descritos en esta directiva constituye una agresión médica y autorizo a mi representante y/o a mi sucesor a interponer dicha demanda en mi nombre.

## 11. Capacidad

Estoy redactando esta Directiva de VSED porque si en algún momento no puedo tomar decisiones por mí mismo, quiero que mis representantes, proveedores médicos y de cuidados prolongados, cuidadores, familiares y seres queridos respeten cada parte de esta directiva.

Name: \_\_\_\_\_

## 10. Liability Waiver

I voluntarily assume any and all risk associated with my choice to use VSED as an end-of-life option. I release all persons, including my health care decision-makers, medical providers, caregivers (including but not limited to my physicians, nurses, care facilities, doulas, or personal care providers, etc.), and family members and other loved ones from any and all liability that could result from any and all actions they may take in good faith reliance on my wishes as described in this directive. This includes my express release of civil liability and my strongly held wish that they not be subject to any criminal or disciplinary sanctions.

Further, I direct my estate to hold harmless and indemnify my health care decision-makers, medical providers, caregivers, family members, and other loved ones for acts done according to this advance directive in good faith.

Finally, I wish to make it clear that I am making this directive of my own free will and am doing so intentionally to ensure that my medical care is consistent with my stated wishes. As a result, I regard any action taken to undermine my wishes as described in this directive as medical battery and authorize my surrogate and/or my estate to pursue such a claim on my behalf.

## 11. Capacity

I am making this VSED Directive because if I cannot make decisions for myself, I want my decision-makers, medical and long-term care providers, caregivers, family, and other loved ones to honor every part of this directive.

Declaro que estoy en pleno uso de mis facultades mentales. Firmo esta Directiva de VSED de manera voluntaria y entiendo lo que significa. Hago esta directiva anticipada por mi propia voluntad y con plena capacidad mental y emocional para hacerlo.

Entiendo que, si se cumple esta directiva, podría morir antes de lo que ocurriría si recibiera ayuda para comer y beber.

**[Solo firme si está presente un notario o testigos autorizados]**

Fecha: \_\_\_\_\_

►  
Mi firma (ante notario o testigos)

►  
Nombre en letra de molde

➤ **Notarización y Testigos**

Si bien lo ideal es que este documento sea tanto notariado como firmado por testigos, en la mayoría de los lugares este documento tiene validez legal con uno u otro.

I am of sound mind. I am voluntarily signing this VSED Directive and understand what it means. I make this advance directive of my own free will, and I have the mental and emotional capacity to do so.

I understand that honoring this directive might cause me to die sooner than if I received help with eating and drinking.

**[Sign only in the presence of a notary or qualified witnesses]**

← Date

← My signature (in front of a notary or witnesses)

← Print name

➤ **Notarization and Witnessing**

While it is best to have this document both notarized and witnessed, in most places this document is legally binding with either one or the other.

**Notarización (preferible) (Notarization (preferred))**

State of Washington (*Estado de Washington*)

County of (*Condado de*) \_\_\_\_\_

Signed or attested before me on (*date*) \_\_\_\_\_

*Firmado o atestiguado ante mí el (fecha)*  
by (*name*) / por (*nombre*) \_\_\_\_\_.

►  
Signature of Notary (*Firma de Notario*)

Notary Public for the State of Washington.  
(*Notario Público para el Estado de Washington.*)

My commission expires (*Mi comisión vence*) \_\_\_\_\_

## Declaración de testigos

Yo, el testigo, declaro que la persona que firmó o reconoció esta Directiva VSED:

- Es alguien a quien conozco personalmente.
- Firmó o reconoció esta Directiva VSED en mi presencia.
- Parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no estar sometida a coacción, fraude o influencia indebida.

También declaro que soy mayor de 18 años (19 en Alabama) y que:

- **No** soy el representante para la atención médica, la persona responsable de tomar decisiones o la persona alterna encargada de tomar decisiones de esta persona.
- **No** soy proveedor de asistencia médica de la persona, incluido propietario u operador de su centro de asistencia a largo plazo, residencial o comunitario.
- **No** soy empleado del proveedor de asistencia médica de esta persona.
- **No** soy responsable económicamente por la atención médica de esta persona.
- **No** soy empleado de un proveedor de seguro médico o de vida de esta persona.
- **No** tengo parentesco por consanguinidad, afinidad o adopción con esta persona.
- **No** soy beneficiario de ningún instrumento jurídico, cuenta o plan de prestaciones de esta persona.
- **No** soy acreedor de esta persona ni tengo derecho a una parte de su patrimonio en virtud de un testamento o codicilo, por ministerio de la ley.

*(Algunos estados pueden tener normas diferentes sobre quién puede ser testigo. A menos que conozca las normas de su estado, siga las anteriores.)*

## Statement of Witnesses

I, the witness, declare that the person who signed or acknowledged this VSED Directive:

Is personally known to me

Signed or acknowledged this VSED Directive in my presence

Appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence

I also declare that I am over 18 years of age (19 in Alabama) and that I am:

- **Not** the person's health care agent, decision-maker, or alternate decision-maker
- **Not** the person's health care provider, including an owner or operator of their long-term care, residential, or community care facility
- **Not** an employee of the person's health care provider
- **Not** financially responsible for the person's health care
- **Not** an employee of a life or health insurance provider for the person
- **Not** related to the person by blood, marriage, or adoption
- **Not** a beneficiary of any legal instrument, account, or benefit plan of the person
- **Not** a creditor of the person or entitled to any part of their estate under a will or codicil, by operation of law

*(Some states may have different rules about who may be a witness. Unless you know your state's rules, please follow the above.)*

<b>Testigo 1</b>	<b>Witness 1</b>
► <hr/>	← Signature
Firma	
Nombre con letra de molde	← Print name
Dirección _____	← Address
Teléfono _____	← Phone
<b>Testigo 2</b>	<b>Witness 2</b>
► <hr/>	← Signature
Firma	
Nombre con letra de molde	← Print name
Dirección _____	← Address
Teléfono _____	← Phone