

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 complementa 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.)

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