

UTAH

Instrucciones anticipadas

Planificación de las decisiones importantes de atención médica

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

CaringInfo, un programa de la National Alliance for Care at Home (Alliance), es una iniciativa nacional de participación del consumidor para mejorar la atención y la experiencia de cuidado durante enfermedades graves y al final de la vida. Como parte de ese esfuerzo, CaringInfo proporciona una guía detallada para completar formularios de instrucciones anticipadas en los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Instrucciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones.
- Sus formularios de instrucciones anticipadas específicos del territorio, que son las páginas con la barra de instrucciones gris en el lado izquierdo.

ANTES DE EMPEZAR

Asegúrese de tener los materiales para cada estado en el que pueda recibir atención médica. Puesto que los documentos son específicos de los estados, es útil contar con el documento correspondiente de cada estado en el que pueda permanecer un tiempo considerable. Para viajes ordinarios a otros estados no es necesario que haga nuevas instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas en este paquete serán legalmente vinculantes solo si la persona que las completa es un adulto competente que tiene 18 años de edad o más, o un menor emancipado.

MEDIDAS DE ACCIÓN

1. Puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de comenzar para que tenga una copia en limpio si necesita empezar de nuevo.
2. Cuando empiece a llenar los formularios, consulte las barras de instrucciones grises, que le guiarán a través del proceso.
3. Hable con su familia, amigos y médicos acerca de sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que usted designe para tomar decisiones en su nombre comprenda sus deseos.

4. Una vez que haya llenado y firmado el formulario, saque una fotocopia, un escaneo o una fotografía y entréguesela a la persona que designó para tomar decisiones en su nombre, a su familia, amigos, proveedores de atención médica o líderes religiosos a fin de que esté disponible en caso de emergencia.
5. También puede guardar una copia de su formulario en su expediente médico electrónico o en una solicitud, programa o servicio de registros médicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus médicos, familiares u otras personas que usted desea que desempeñen un papel activo en su planificación anticipada de la atención.

INTRODUCCIÓN A SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE UTAH

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas para la atención médica de Utah**, que protege su derecho a rechazar el tratamiento médico que no desea o a solicitar el tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad de tomar decisiones por usted mismo.

La **Parte I** le permite nombrar a alguien, su “agente”, para que tome sus decisiones de atención médica, incluidas las decisiones sobre los procedimientos de soporte vital, si ya no puede expresarse por sí mismo. Esta parte es especialmente útil porque nombra a alguien para que hable por usted en cualquier momento en que no pueda tomar sus propias decisiones médicas, no solo al final de la vida.

La **Parte II** le permite expresar sus deseos sobre la atención médica, en caso de que ya no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica y tenga una enfermedad terminal.

La **Parte III** le indica cómo revocar o modificar sus instrucciones.

La **Parte IV** contiene las disposiciones de firma y testigos para que su documento sea válido.

Puede completar la Parte I, la Parte II o ambas, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada. **Debe completar la Parte IV.**

¿Cómo puedo hacer legales mis instrucciones anticipadas para la atención médica de Utah?

Utah permite que sus instrucciones sean verbales o escritas. Para que sus instrucciones sean legalmente vinculantes, deben ser presenciadas por una persona mayor de edad desinteresada, lo que significa que su testigo no puede tener interés en su patrimonio o beneficiarse de su muerte. Si no puede firmar físicamente las instrucciones, puede hacer arreglos para que alguien las firme en su presencia y bajo su dirección.

Su testigo **no puede** ser:

- la persona que firmó las instrucciones en su nombre,
- estar relacionado con usted por sangre o matrimonio,

- tener derecho a cualquier parte de su patrimonio,
- ser beneficiario de su póliza de seguro de vida, fideicomiso, plan calificado, una cuenta de pago por defunción o transferencia por escritura de defunción,
- tener derecho a beneficiarse financieramente de su muerte,
- tener derecho o interés en su patrimonio personal a su muerte,
- ser directamente responsable de las finanzas de su atención médica,
- ser un proveedor de atención médica que le esté brindando atención o un administrador en un centro de atención médica en el que recibe atención, o
- ser nombrado como su agente o agente suplente.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente es la persona que usted nombra para tomar decisiones sobre su atención médica, en caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo. Su agente puede ser un miembro de la familia o un amigo cercano en quien usted confía para tomar decisiones importantes. La persona que usted nombre como su agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones de atención médica por usted.

Puede nombrar a una segunda persona como su agente suplente. El agente suplente interviene si la primera persona a la que nombró como agente no puede, no quiere o no está disponible para actuar en su nombre.

El agente no puede ser su proveedor de atención médica, o el propietario, operador o empleado de un centro de atención médica en el que usted recibe atención, a menos que el agente esté relacionado con usted por sangre, matrimonio o adopción.

¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para ejecutar las instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando usted nombra a un agente y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, esta persona está en la posición más fuerte para abogar por usted. Debido a que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no restringir por error el poder de su agente para actuar en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras “siempre” y “nunca”. En cualquier caso, asegúrese de hablar con su agente y otras personas sobre su futura atención médica y describa lo que considera una “calidad de vida” aceptable.

¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?

Sus Instrucciones anticipadas para la atención médica de Utah entran en vigor cuando su médico, asistente médico o enfermero registrado de práctica avanzada (Advance Practice Registered Nurse, APRN) determina que usted ya no puede tomar una decisión informada sobre recibir o rechazar la atención médica.

Usted conserva la potestad principal para sus decisiones de atención médica, siempre y cuando sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del agente

El párrafo J de la Parte I le permite decidir si su agente puede anular las instrucciones que usted da en la Parte II o si estará estrictamente obligado por sus instrucciones.

Las instrucciones para retener o retirar la atención de soporte vital no se respetarán durante el embarazo de una paciente y su agente estará obligado por las leyes vigentes de Utah en lo que respecta al embarazo y la interrupción de los embarazos.

Si usted se opone, su agente no tiene la potestad para ingresarle en un centro de atención médica certificado para la colocación de custodia a largo plazo que no sea para la evaluación, rehabilitación o cuidado de relevo.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Usted puede revocar sus instrucciones anticipadas para la atención médica de las siguientes maneras:

- Escriba “nulo” en sus instrucciones, bórrelas o pídale a otra persona que haga esto en su nombre.
- Queme, rompa, destruya o dañe sus instrucciones de cualquier manera que indique una intención de revocarlas o pídale a otra persona que lo haga en su nombre.
- Firme y feche una revocación por escrito de las instrucciones (o asegúrese de contar con una revocación por escrito firmada y fechada por una persona mayor de edad que actúe en su nombre y bajo su dirección).
- Exprese de forma verbal su intención de revocar las instrucciones en presencia de un testigo que estaría calificado para presenciar sus instrucciones, pero no puede ser la persona que se convertirá en su agente o suplente predeterminado después de la revocación.
- Firme nuevas instrucciones.

Un decreto de anulación, divorcio, disolución del matrimonio o separación legal revoca la designación de su cónyuge como agente, a menos que se especifique lo contrario o que usted confirme su intención de retener al cónyuge como agente.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque puede expresar sus deseos y otorgar potestad a su agente con respecto a los problemas de salud mental. El Centro Nacional de Recursos sobre Instrucciones Anticipadas Psiquiátricas tiene un sitio web (<https://nrc-pad.org/>) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes anticipados de atención más detallados con respecto a las enfermedades mentales, puede hablar con su médico y un abogado sobre un poder notarial duradero adaptado a sus necesidades.

¿Qué otros hechos importantes debo saber?

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no entrarán en vigor en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su agente. Se requiere que el personal de la

ambulancia y del Departamento de Emergencias del hospital proporcione reanimación cardiopulmonar (RCP), a menos que tenga una orden médica separada, que generalmente se llama "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de las órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el Departamento de Salud de su estado o el Departamento para el Envejecimiento (<https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html>). Otros formularios de órdenes con respecto a la RCP y otros tratamientos son las órdenes portátiles para el tratamiento de mantenimiento de la vida (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) específicas de cada estado (<https://polst.org/form-patients/>). Tanto un formulario de POLST como una orden de DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN presentarse a los servicios de emergencia al momento de llegar. Estas instrucciones indican al personal del hospital y de emergencias del hospital que no intente realizar la RCP (o que la detenga si ha comenzado) si su corazón o respiración se detienen.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE UTAH -
PÁGINA 1 DE 7**

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA SU
NOMBRE,
DIRECCIÓN,
NÚMEROS DE
TELÉFONO Y FECHA
DE NACIMIENTO.

PARTE I

ESCRIBA SUS
INICIALES EN ESTE
PÁRRAFO SI NO
DESEA NOMBRAR A
UN AGENTE.

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA EL
NOMBRE DIRECCIÓN
Y NÚMEROS DE
TELÉFONO DE SU
AGENTE.

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA EL
NOMBRE DIRECCIÓN
Y NÚMEROS DE
TELÉFONO DE SU
AGENTE SUPLENTE.

© 2005 National
Alliance for Care at
Home. Revisado
en 2023.

Mi información personal

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Fecha de nacimiento: _____

PARTE I: Nombramiento del agente (poder notarial para la atención médica)

Esta parte le permite nombrar a otra persona para que tome decisiones de atención médica en su nombre cuando usted no pueda tomar decisiones o hablar por sí mismo.

A. Sin agente

Si no desea nombrar a un agente: escriba sus iniciales en la casilla de abajo, después, vaya a la Parte II; y no nombre a ningún agente a continuación. Nadie puede obligarle a nombrar a un agente.

_____ No quiero elegir a un agente.

B. Mi agente

Nombre del agente: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono particular: () _____ Celular: () _____ Teléfono del trabajo: () _____

C. Mi agente suplente

Esta persona fungirá como su agente si su agente antes nombrado no puede o no está dispuesto a desempeñarse como tal.

Nombre del agente suplente: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono particular: () _____ Celular: () _____ Teléfono del trabajo: () _____

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE UTAH - PÁGINA 2 DE 7

DECLARACIÓN
GENERAL DE LA
POTESTAD DEL
AGENTE

D. Potestad del agente

Si no puedo tomar decisiones o hablar por mí mismo (en otras palabras, después de que mi médico, asistente médico o enfermero registrado de práctica avanzada (APRN) determine que carezco de la capacidad para tomar decisiones de atención médica, según la Sección 75-2a-104 de la Ley de Instrucciones Anticipadas para la Atención Médica), mi agente tiene el poder de tomar cualquier decisión de atención médica que yo hubiera tomado, entre otras:

- Consentir, rechazar o retirar cualquier atención médica. Esto puede incluir cuidados para prolongar mi vida, como alimento y líquidos por sonda, uso de antibióticos, reanimación cardiopulmonar (RCP), diálisis y atención de salud mental, como terapia convulsiva y medicamentos psicoactivos. Esta potestad está sujeta a los límites establecidos en el párrafo F de la Parte I o Parte II de estas instrucciones.
- Contratar y despedir a los proveedores de atención médica.
- Realizar preguntas y obtener respuestas de los proveedores de atención médica.
- Consentir la admisión o transferencia a un proveedor o centro de atención médica, incluido un centro de salud mental, sujeto a los límites de los párrafos E o F de la Parte I.
- Obtener copias de mis expedientes médicos.
- Solicitar consultas o segundas opiniones.

Mi agente no puede forzar la atención médica en contra de mi voluntad, incluso si un médico ha declarado que carezco de capacidad para tomar decisiones de atención médica.

E. Otro tipo de potestad

Mi agente tendrá los siguientes poderes ÚNICAMENTE SI escribo mis iniciales en la opción "sí" que precede a la declaración. Autorizo a mi agente a:

Sí _____ No _____ Obtener copias de mis expedientes médicos en cualquier momento, incluso cuando pueda hablar por mí mismo.

Sí _____ No _____ Ingresarme a un centro de atención médica certificado, como un hospital, residencia para adultos mayores, de vida asistida u otros centros para residir a largo plazo que no sea para cuidados de convalecencia o de recuperación de alguna enfermedad, a menos que yo acepte ser admitido en ese momento.

ESCRIBA SUS
INICIALES EN LA
DECLARACIÓN
QUE REFLEJE SUS
DESEOS.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE UTAH - PÁGINA 3 DE 7

AGREGUE INSTRUCCIONES AQUÍ SOLO SI DESEA LIMITAR O AMPLIAR LA POTESTAD DE SU AGENTE.

ESCRIBA SUS INICIALES SI DESEA NOMBRAR A SU AGENTE COMO SU TUTOR, SI NECESITA UNO.

ESCRIBA SUS INICIALES SI DESEA QUE SU AGENTE DÉ SU CONSENTIMIENTO PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA.

ESCRIBA SUS INICIALES SI DESEA QUE SU AGENTE DONE SUS ÓRGANOS.

ESCRIBA SUS INICIALES SI SU AGENTE PUEDE ANULAR SUS INSTRUCCIONES O SI DEBE CUMPLIRLAS Estrictamente.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

F. Deseo limitar o ampliar los poderes de mi agente de atención médica de la siguiente manera:

G. Nombramiento de un tutor

Aunque nombrar a un agente debería ayudarle a evitar una tutela, esta todavía puede ser necesaria. Escriba sus iniciales en la opción "SÍ" si quiere que la corte nombre a su agente o, si su agente no puede o no está dispuesto a desempeñarse como tal, a su agente suplente para que funja como su tutor, si alguna vez es necesaria una tutela.

SÍ _____ NO _____

Yo, estando en pleno uso de mis facultades mentales y bajo ninguna coerción, fraude u otra influencia indebida, nombro a mi agente o, si mi agente no pudiera o no estuviera dispuesto a desempeñarse como tal, por la presente designo a mi agente suplente para que funja como mi tutor en el caso de que, después de la fecha de este instrumento, quede incapacitado.

H. Consentimiento para participar en investigaciones médicas

SÍ _____ NO _____ Autorizo a mi agente a dar su consentimiento para mi participación en investigaciones médicas o ensayos clínicos, incluso si no puedo beneficiarme de los resultados.

I. DONACIÓN DE ÓRGANOS

SÍ__ NO__ Si no he aceptado de alguna otra forma la donación de órganos, mi agente puede dar su consentimiento a la donación de mis órganos con el propósito de un trasplante de órganos.

J. Potestad del agente para anular los deseos expresados

SÍ__ No__ Mi agente puede tomar decisiones sobre mi atención médica que sean diferentes de las instrucciones en la Parte II de este formulario.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE UTAH - PÁGINA 4 DE 7

PARTE II

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA DE LAS OPCIONES DE LA 1 A LA 4.

SI ESCRIBE SUS INICIALES EN LA OPCIÓN 3, ESCRIBA SUS INICIALES EN SUS DESEOS CON RESPECTO A LA CAPACIDAD DE SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DE RETENER O RETIRAR LA ATENCIÓN DE SOPORTE VITAL.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

PARTE II: Mis deseos de atención médica (testamento en vida)

Quiero que mis proveedores de atención médica sigan las instrucciones que les dé durante mis tratamientos, incluso si mis instrucciones entran en conflicto con ellas u otras instrucciones anticipadas. Mis proveedores de atención médica siempre deberán proporcionarme atención médica para mantenerme lo más cómodo y funcional posible.

Elija solo una de las siguientes opciones numeradas de la 1 a la 4, escribiendo sus iniciales antes de la declaración numerada. No escriba sus iniciales en más de una opción. Si no desea documentar sus deseos para el final de la vida, escriba sus iniciales en la Opción 4. Puede tachar las opciones que no elija.

Opción 1: _____ Elijo dejar que mi agente decida. Elegí a mi agente con cuidado. Ya he hablado con mi agente sobre mis deseos de atención médica. Confío en mi agente para que tome las decisiones de atención médica que yo tomaría en las mismas circunstancias.

Opción 2: _____ Elijo prolongar mi vida. Independientemente de mi afección o pronóstico, quiero que mi equipo de atención médica trate de prolongar mi vida el mayor tiempo posible dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados.

Opción 3: _____ Elijo no recibir atención con el propósito de prolongar la vida. Incluidos alimentos y líquidos por sonda, antibióticos, RCP o diálisis que se utilizarían para prolongar mi vida. Siempre quiero que se me brinden cuidados de alivio y atención médica de rutina que me mantengan lo más cómodo y funcional posible, incluso si esa atención puede prolongar mi vida.

Si elige esta opción, también debe elegir (a) o (b) a continuación.

_____ (a) No pongo ningún límite a la facultad de mi proveedor de atención médica o agente para retener o retirar la atención de soporte vital.

_____ (b) Mi proveedor de atención médica debe retener o retirar la atención de soporte vital si se cumple al menos una de las siguientes condiciones en la que escribí mis iniciales:

_____ Tengo una enfermedad progresiva que causará mi muerte.

_____ Mi muerte es inminente y es poco probable que me recupere.

_____ No puedo comunicarme y es poco probable que mi afección mejore.

_____ No reconozco a mis amigos o familiares, y es poco probable que mi afección mejore.

_____ Estoy en un estado vegetativo persistente.

Opción 4: _____ NO deseo expresar mis preferencias en estas instrucciones con respecto a la atención médica para el final de la vida.

ESCRIBA SUS INICIALES
SOLO EN UNA.

_____ No quiero ser donante de órganos.

_____ Quiero ser donante de órganos. Cuando muera, solicito que mi agente informe a mi familia/parientes más cercanos sobre mis deseos de ser donante de órganos y tejidos si es posible. A continuación se indican mis deseos.

_____ Cualquier órgano/tejido:

_____ Solo los siguientes órganos/tejidos:_____

AGREGUE OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HAY, CON RESPECTO A SUS PLANES ANTICIPADOS DE ATENCIÓN.

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN ABORDAR AÚN MÁS SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, COMO SUS DESEOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE HOSPICIO, PERO TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR OTROS ASUNTOS DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS PARA SU ENTIERRO.

ADJUNTE PÁGINAS
ADICIONALES SI ES
NECESARIO.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE UTAH - PÁGINA 6 DE 7

PARTE III

REVOCACIÓN

PARTE III: Revocación de mis instrucciones

Puedo revocar o modificar estas instrucciones anticipadas si:

1. Escribo "nulo" en el formulario; quemo, rompo, destruyo o daño de alguna manera este documento u ordeno a otra persona que lo haga en mi nombre.
2. Firmo una revocación por escrito de la instrucción o le pido a otra persona que firme una revocación en mi nombre.
3. Declaro que deseo revocar las instrucciones en presencia de un testigo que: tenga 18 años de edad o más; que no será nombrado como mi agente en unas instrucciones nuevas; no se convertirá en un suplente predeterminado si se revocan las instrucciones; y firma y fecha un documento escrito que confirme mi declaración.
4. Firmo nuevas instrucciones. (Si firma más de un documento de Instrucciones anticipadas para la atención médica, se usará el más reciente).

Nota: Si no desea que los proveedores de servicios médicos de emergencia le proporcionen RCP u otras medidas de soporte vital, debe acudir con un médico, asistente médico o enfermero registrado de práctica avanzada (APRN) para completar una orden que refleje sus deseos en un formulario aprobado por el Departamento de Salud de Utah.

PARTE IV

ESCRIBA SU NOMBRE EN
LETRA DE IMPRENTA.

FECHÉ, FIRME Y
ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA LA
INFORMACIÓN DE
RESIDENCIA.

RESTRICCIONES O
LIMITACIONES

PÍDALE A SU TESTIGO
QUE FIRME, FECHÉ Y
ESCRIBA SU NOMBRE
EN LETRA DE
IMPRESA AQUÍ.

© 2005 National
Alliance for Care at
Home. Revisado en
2023.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE UTAH - PÁGINA 7 DE 7

PARTE IV: Legalización de mis instrucciones

Yo _____ (su nombre),
firmo estas Instrucciones de manera voluntaria. Entiendo las decisiones que he
tomado y declaro que estoy emocional y mentalmente capacitado para hacerlas. Mi
firma en este formulario revoca cualquier testamento en vida o formulario de poder
notarial que haya completado en el pasado, en el cual nombre a un agente de
atención médica.

Fecha: _____

Firma: _____

Ciudad, condado y estado de residencia: _____

He sido testigo de la firma de estas instrucciones, tengo 18 años de edad o más, y
no:

1. Estoy relacionado con el declarante por sangre o matrimonio.
2. Tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del declarante, de acuerdo con
las leyes de sucesión intestada de ningún estado o jurisdicción, o en virtud de
ningún testamento o codicilo del declarante.
3. Soy beneficiario de una póliza de seguro de vida, fideicomiso, plan calificado,
cuenta bancaria de pago por fallecimiento o transferencia por escritura de
defunción que tenga, sea propiedad, haya sido realizado o establecido por o en
nombre del declarante.
4. Me beneficiaría económicamente en caso del fallecimiento del declarante.
5. Tengo derecho o interés en su patrimonio personal o inmobiliario a la
muerte del declarante.
6. Soy directamente responsable de las finanzas de la atención médica del declarante.
7. Soy proveedor de atención médica que esté tratando al declarante ni
administrador en un centro de atención médica en el que el declarante recibe
atención.
8. Soy su agente nombrado o agente suplente.

Firma del testigo: _____, Fecha, _____

Nombre del testigo en letra de imprenta: _____

Si el testigo firma con el propósito de confirmar una instrucción verbal, describa a
continuación las circunstancias en las que se emitió dicha instrucción.
