

Directiva anticipada para tratamiento quirúrgico/médico (Testamento vital)

Una vez completado, entregue copias a su médico, integrantes de la familia y representante en cuestiones relativas a la atención médica. Si desea revocar o reemplazar este documento, márkelo claramente como "Revocado" o destrúyalo junto con todas sus copias, si es posible. Si no comprende las elecciones y opciones, consulte a un proveedor de atención médica u otro asesor calificado.

I. DECLARACIÓN

Yo, _____, tengo por lo menos dieciocho (18) años de edad y estoy en condiciones de tomar y comunicar mis propias decisiones. Mi directiva es que se respeten las siguientes instrucciones en caso de que dos médicos calificados diagnostiquen que me encuentro en estado terminal o estado vegetativo persistente.

A. Estado Terminal Si en cualquier momento mi médico y otro médico calificado certifican por escrito que tengo una enfermedad terminal y yo no puedo tomar o comunicar mis propias decisiones sobre el tratamiento médico:

1. Procedimientos de soporte vital (escriba sus iniciales en una de las opciones)

_____ (Iniciales) Mi directiva es que se retiren y/o no se administren procedimientos de soporte vital, excepto los procedimientos que mis proveedores de atención médica consideren necesarios para proporcionar cuidados paliativos o alivio del dolor.

_____ (Iniciales) Mi directiva es que se mantengan todos los procedimientos de soporte vital durante/hasta (indicar plazo u objetivo):

2. Nutrición e hidratación artificiales

Si estoy recibiendo nutrición e hidratación mediante sonda, mi directiva es que se tome una de las siguientes medidas (escriba sus iniciales en una de las opciones):

_____ (Iniciales) No continuar con hidratación y nutrición artificiales.

_____ (Iniciales) Continuar con hidratación y nutrición artificiales durante/hasta (indicar plazo u objetivo):

_____ (Iniciales) Continuar con hidratación y nutrición artificiales si mis proveedores de atención médica consideran que es médicamente posible y recomendable.

B. Estado vegetativo persistente Si en cualquier momento mi médico y otro médico calificado certifican por escrito que me encuentro en estado vegetativo persistente:

1. Procedimientos de soporte vital (escriba sus iniciales en una de las opciones)

_____ (Iniciales) Mi directiva es que se retiren y/o no se administren procedimientos de soporte vital, excepto los procedimientos que mis proveedores de atención médica consideren necesarios para proporcionar cuidados paliativos o alivio del dolor.

_____ (Iniciales) Mi directiva es que se mantengan todos los procedimientos de soporte vital durante/hasta (indicar plazo u objetivo):

2. Nutrición e hidratación artificiales

Si estoy recibiendo nutrición e hidratación mediante sonda, mi directiva es que se tome una de las siguientes medidas (escriba sus iniciales en una de las opciones):

_____ (Iniciales) No continuar con hidratación y nutrición artificiales.

_____ (Iniciales) Continuar con hidratación y nutrición artificiales durante/hasta (indicar plazo u objetivo):

_____ (Iniciales) Continuar con hidratación y nutrición artificiales si mis proveedores de atención médica consideran que es médicamente posible y recomendable.

II. OTRAS DIRECTIVAS

Indique a continuación si adjuntó a este formulario cualquier otra instrucción para su atención después de que se certifique que se encuentra en estado terminal o en estado vegetativo persistente (por ejemplo, para inscribirse en un programa de hospicio, permanecer en el hogar o ser trasladado al hogar, interrumpir o rechazar otros tratamientos como diálisis, transfusiones, antibióticos, pruebas de diagnóstico, etc.) (escriba sus iniciales en una de las opciones):

_____ (Iniciales) Sí, adjunté otras directivas.

_____ (Iniciales) No, no adjunté otras directivas.

(continúa)

Directiva anticipada para el tratamiento quirúrgico/médico (Testamento vital) (continuación)

III. RESOLUCIÓN CON PODER REFERENTE A ATENCIÓN MÉDICA (escriba sus iniciales en una de las opciones)

_____ (Iniciales) Mi representante, en virtud del Poder duradero referente a atención médica, tendrá la autoridad para anular cualquiera de las directivas mencionadas aquí, independientemente de si firmé esta declaración antes o después de haber nombrado a ese representante.

_____ (Iniciales) Las directivas mencionadas aquí no pueden ser anuladas ni revocadas por mi representante en virtud del Poder duradero referente a atención médica, independientemente de si firmé esta declaración antes o después de haber nombrado a ese representante.

IV. CONSULTA CON OTRAS PERSONAS

Autorizo a mis proveedores de atención médica a hablar sobre mi afección y atención con las siguientes personas, con conocimiento de que estas personas no tienen el poder de tomar ninguna decisión con respecto a mi atención, a menos que las haya nombrado representantes en cuestiones relativas a la atención médica en virtud del Poder duradero referente a atención médica.

Nombre	Relación
_____	_____
_____	_____
_____	_____

V. NOTIFICACIÓN A OTRAS PERSONAS

Antes de rechazar o retirar procedimientos de soporte vital, mis proveedores de atención médica harán un esfuerzo razonable para notificar a las siguientes personas de que me encuentro en estado terminal o en estado vegetativo persistente. Mis proveedores de atención médica cuentan con mi autorización para hablar sobre mi afección con estas personas. NO autorizo a estas personas a tomar decisiones médicas en mi nombre, a menos que haya nombrado a una o más como mi(s) representante(s) en virtud del Poder duradero referente a atención médica.

Nombre	Número telefónico o correo electrónico
_____	_____
_____	_____
_____	_____

VI. DONACIÓN DE ÓRGANOS

_____ (Iniciales) Deseo donar mis (marque una opción o ambas) órganos y/o tejidos, si es médicamente posible.

_____ (Iniciales) No deseo donar mis órganos ni tejidos.

VII. SIGNATURE

Ejecuto esta declaración, como voluntad expresa, este día _____, de 20_____.

Firma del declarante

VIII. DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Esta declaración fue firmada por (*nombre del declarante*)

_____ en nuestra presencia, y nosotros, en la presencia uno del otro, y ante la solicitud del declarante, firmamos a continuación como testigos. No firmamos en la firma del declarante. No somos médicos ni empleados del médico tratante ni del centro de atención médica en el que el declarante es un paciente. Tampoco somos acreedores ni herederos del declarante ni tenemos derecho a ningún bien del patrimonio del declarante al momento de firmar esta declaración. Tenemos por lo menos dieciocho (18) años de edad y no estamos bajo presión, ni influencia indebida ni tenemos ninguna otra discapacidad que nos inhabilite.

Firma del testigo

Nombre, en letra de imprenta

Domicilio

Firma del testigo

Nombre, en letra de imprenta

Domicilio

Notary (optional)

State of _____

County of _____

SUBSCRIBED and sworn to before me by

_____, the Declarant,

and _____

and _____

witnesses, as the voluntary act and deed of the Declarant this day of _____, 20_____.

Notary Public

My commission expires: _____