

Testamento de Vida

A mi familia, amigos, seres queridos, médicos y a todos los que les concierne mi cuidado,

Yo _____, en pleno uso de mis facultades mentales, hago esta declaración, con las indicaciones a seguirse si por incapacidad estoy impedido de hacer o comunicar decisiones relacionadas con mi atención médica.

En 1 - 3, for cada sección, elija el párrafo (a) (b) o (c) que exprese sus deseos; luego tilde y ponga las iniciales. Además, lea (d) en cada sección; si usted decide rechazar alimentos y líquidos, tilde e inicie (d). Los tratamientos que usted pudiera querer rechazar son:

Procedimientos Diagnósticos
Reanimación Cardiopulmonar
Intubación
Respiración Mecánica
Antibióticos

Diálisis
Cirugía
Transfusiones de Sangre
Otras Drogas que no sean para alivio o confort

1. Si mis doctores determinan que tengo una condición o enfermedad que es incurable o irreversible y de la cual mis médicos no esperan que yo sobreviva, yo les instruyo a mis doctores:

___ () (a) Usar todos los tratamientos apropiados e intervenciones médicamente aceptadas.

___ () (b) Rehusar o retirar solamente los siguientes tratamientos o intervenciones:

___ () (c) Rehusar o remover todos los tratamientos o intervenciones que no sean designadas solamente para mi alivio o confort.

___ () (d) Yo rehuso expresamente alimentación artificial y líquidos por cualquier método tecnológico.

2. Si yo estoy en un estado irreversible de coma profunda o en estado vegetativo persistente, yo instruyo a mis doctores:

___ () (a) Usar todos los tratamientos apropiados e intervenciones médicamente aceptadas.

___ () (b) Rehusar o remover solamente los siguientes tratamientos o intervenciones:

- (c) Rehusar o remover todos los tratamientos o intervenciones que no sean designadas solamente para mi alivio o confort.
- (d) Yo rehuso expresamente alimentación artificial y flúidos por cualquier método tecnológico.

3. Si yo estoy en estado de demencia irreversible e incapacitado para reconocer o responder a la familia y amigos, y contraigo una enfermedad o condición que en sí misma tal enfermedad o condición sea o no de poner la vida en peligro, yo les instruyo a mis doctores:

- (a) Usar todos los tratamientos apropiados o intervenciones médicamente aceptadas.
- (b) Rehusar o retinar solamente los siguientes tratamientos o intervenciones:

- (c) Rehusar o remover todos los tratamientos o intervenciones que no sean designadas para mi alivio o confort.
- (d) Yo rehuso expresamente la aplicación de alimentación artificial y flúidos por cualquier método tecnológico.

Estas indicaciones expresan mi derecho legal a rechazar o consentir a tratamiento. Por lo tanto, espero que mi familia, amigos, seres queridos, doctores y a todos los que concierne mi cuidado, considerarse a ellos mismos legal y moralmente obligados a actuar de acuerdo con mis deseos.

Yo entiendo que puedo cancelar o cambiar este Testamento de Vida en cualquier momento.

Firma

Domicilio

Fecha

Declaración de Testigos (deben ser 18 años o mas)

Yo declaro que la persona que firmó este documento es de mi conocimiento personal y aparece estar en cabal uso de sus facultades mentales y actuar por su propia voluntad. El/ella firmó (o pidió a otra persona que firmara en su lugar) este documento en mi presencia.

Testigo 1

Discurso

Testigo 2

Discurso

Conserve el original firmado con sus papeles personales en su hogar. Dé copias firmadas a doctores, familia y apoderado. Revea su Declaración de vez en cuando; escriba su inicial y fecha para demostrar que todavía expresa su intención.