

TESTAMENTO EN VIDA Y DESIGNACIÓN DE UN SUSTITUTO DE CUIDADOS MÉDICOS

Yo, _____, deseo elegir cómo voy a ser tratado(a) por mis médicos y otros proveedores de cuidados médicos. Si llega el momento en que no puedo comunicarme o tomar mis propias decisiones sobre mi propia salud, debido a una enfermedad o lesión, instruyo a mis médicos, a mi sustituto de cuidados médicos, y a mi familia, que honren este testamento en vida.

Parte 1 – Designación de un sustituto de cuidados médicos

En caso de que no pueda comunicarme o que sea incapaz de tomar las decisiones para recibir, rehusar, o suspender los procedimientos u otros tratamientos médicos, designo a mi sustituto de cuidados médicos para que tome las decisiones en mi lugar, de acuerdo a su comprensión de mis deseos y valores.

Mi sustituto de cuidados médicos asignado es:

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Teléfono alternativo:

Si mi sustituto de cuidados médicos asignado es incapaz o renuente, mi segunda opción (Sustituto alternativo) es:

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Teléfono alternativo:

Parte 2 - Indicación de sus deseos

Yo entiendo que este testamento en vida se hará efectivo únicamente cuando yo ya no sea capaz de comunicarme o cuando no pueda hacer mis decisiones de cuidados médicos. Cuando dos médicos hayan determinado que yo padezco de una de las siguientes condiciones:

- una condición terminal o en fase final, y que haya muy poca o ninguna probabilidad de recuperación
- una condición de inconciencia permanente o irreversible, tal como un estado en coma o vegetativo
- una enfermedad mental o física irreversible y severa que me impida la comunicación con otros, el reconocimiento de mi familia y amigos, o el cuidado por mí mismo en alguna forma

Entonces quiero que mis médicos y demás me proporcionen un cuidado de bienestar (paliativo) que incluye alivio de todo dolor físico, sofocación y angustia mental. Si llego a desarrollar una de las condiciones arriba mencionadas, mis opciones de tratamiento son:

Mis opciones específicas si tengo alguna de las condiciones arriba mencionadas	Sí Quiero	No No quiero
	<i>Circle Sí o No</i>	
Resucitación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés) si mi corazón o mi respiración se detiene	Sí	No
Una máquina de respiración si no puedo respirar por mí mismo	Sí	No
Nutrición y líquidos a través de tubos en mis venas, nariz o estómago	Sí	No
Díálisis renales, un marcapasos o desfibrilador u otras máquinas similares	Sí	No
Cirugía o la admisión a una Unidad de cuidados intensivos	Sí	No
Medicamentos que pueden prolongar mi muerte, tales como antibióticos	Sí	No
Yo quiero que Hospice se involucre en mi cuidado. a la primera oportunidad	Sí	No

Si una decisión médica tiene que ser hecha por mí y mi decisión no se ha indicado arriba, deseo que mi sustituto de cuidados médicos haga y comunique estas decisiones por mí.

Otra información (opcional):

La calidad de vida es importante para mí. Estas son las cosas que me dan calidad de vida:

Parte 3 - Legalización

Yo entiendo completamente el significado de esta declaración, estoy emocional y mentalmente competente para hacerla, y he estudiado cuidadosamente esta declaración.

Firma

Fecha y hora

Escriba su nombre en letra de molde

*Testigo 1: _____
Firma del testigo 1

Escriba su nombre en letra de molde

Dirección: _____

*Testigo 2: _____
Firma del testigo 2

Escriba su nombre en letra de molde

Dirección: _____

* Su (s) sustituto(s) de cuidados médicos no pueden servir como testigos en este testamento en vida. Al menos uno de los testigos no debe ser su esposo(a) ni un pariente consanguíneo..

