

Directiva anticipada para tratamiento quirúrgico/médico (Testamento vital)

Advance Directive for Medical/Surgical Treatment (Living Will)

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 encuentre 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 encuentre 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.

Advance Directive for Medical/Surgical Treatment (Living Will)

On completion, give copies to your physician, family members, and health care agent. If you wish to revoke or replace this document, mark it clearly as "revoked" or destroy it and all its copies, if possible. If you do not understand the choices and options, seek advice from a health care provider or other qualified advisor.

I. DECLARATION

I, _____, am at least eighteen years old and able to make and communicate my own decisions. It is my direction that the following instructions be followed if I am diagnosed by two qualified doctors to be in a terminal condition or persistent vegetative state.

A. Terminal condition

If at any time my physician and one other qualified physician certify in writing that I have a terminal condition, and I am unable to make or communicate my own decisions about medical treatment, then:

1. Life-sustaining procedures (initial one)

_____ (Initials) I direct that all life-sustaining procedures shall be withdrawn and/or withheld, not including any procedure considered necessary by my health care providers to provide comfort or relieve pain.

_____ (Initials) I direct that life sustaining procedure shall be continued for/until: (State timeframe or goal.)

2. Artificial nutrition and hydration

If I am receiving nutrition and hydration by tube, I direct that one of the following actions be taken: (Initial one.)

_____ (Initials) Artificial nutrition and hydration shall not be continued.

_____ (Initials) Artificial nutrition and hydration shall be continued for/until: (State timeframe or goal.)

_____ (Initials) Artificial nutrition and hydration shall be continued, if medical possible and advisable according to my health care providers.

B. Persistent vegetative state

If at any time my physician and one other qualified physician certify in writing that I am in a persistent vegetative state, then:

1. Life-sustaining procedures (initial one)

_____ (Initials) I direct that life-sustaining procedures shall be withdrawn and/or withheld, not including any procedure considered necessary by my health care providers to provide comfort or relieve pain.

_____ (Initials) I direct that life-sustaining procedure shall be continued for/until: (State timeframe or goal.)

2. Artificial nutrition and hydration

If I am receiving nutrition and hydration by tube, I direct that one of the following actions be taken: (Initial one.)

_____ (Initials) Artificial nutrition and hydration shall not be continued.

_____ (Initials) Artificial nutrition and hydration shall be continued for/until: (State timeframe or goal.)

_____ (Initials) Artificial nutrition and hydration shall be continued, if medically possible and advisable according to my health care providers.

II. OTHER DIRECTIONS

Please indicate below if you have attached to this form any other instructions for your care after you are certified in a terminal condition or persistent vegetative state, e.g., to be enrolled in a hospice program, remain at or be transferred to home, discontinue or refuse other treatments such as dialysis, transfusions, antibiotics, diagnostic tests, etc.) (Initial one.)

_____ (Initials) Yes, I have attached other directions.

_____ (Initials) No, I do not have any other directions.

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, se es médicamente posible.

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

VII. SIGNATURA

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

Firma del declarante

Nombre del declarante, en letra de imprenta

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 certificate (optional)

State of _____ }

Count of _____ }

SUBSCRIBED and affirmed before me by

_____, the Declarant,
as the voluntary act and deed of the Declarant

this _____ day of _____, _____.

Notary Public _____

My commission expires _____

III. RESOLUTION WITH MEDICAL POWER OF ATTORNEY (Initial one)

_____ (Initials) My Agent under my Medical Durable Power of Attorney shall have the authority to override any of the directions stated here, whether I signed this declaration before or after I appointed that Agent.

_____ (Initials) My directions as stated here may not be overridden or revoked by my Agent under Medical Durable Power of Attorney, whether I signed this declaration before or after I appointed that Agent.

IV. CONSULTATION WITH OTHER PERSONS

I authorize my health care providers to discuss my condition and care with the following persons, understand that these persons are not empowered to make any decisions regarding my care, unless I have appointed them as my health care Agents under Medical Durable Power of Attorney.

Name	Relationship
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

V. NOTIFICATION OF OTHER PERSONS

Before withholding or withdrawal of life-sustaining procedures, my health care providers shall make a reasonable effort to notify the following persons that I am in a terminal condition or persistent vegetative state.

My health care providers have my permission to discuss my condition with these persons. I do NOT authorize these persons to make medical decisions on my behalf, unless I have appointed one or more of them as my Agent(s) under Medical Durable Power of Attorney.

Name	Telephone number or email
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

VI. ANATOMICAL GIFTS

_____ (Initials) I wish to donate my (check one or both)
☐ organs and/or ☐ tissues, if medically possible.

_____ (Initials) I do not wish to donate my organs or tissues.

VII. SIGNATURE

I execute this declaration, as my free and voluntary act, this _____ day of _____, _____.

Declarant signature

Declarant printed name

VIII. DECLARATION OF WITNESSES

This declaration was signed by (name of Declarant)

in our presence, and we, in the presence of each other, and at the Declarant's request, have signed our names below as witnesses. We declare that, at the time the Declarant signed this declaration:

- We did not sign the Declarant's signature.
- We are not doctor's or employees of the attending doctor or health care facility in which the Declarant is a patient.
- We are neither creditors nor heirs of the Declarant and have no claim against any portion of the Declarant's estate at the time this declaration was signed.
- We are at least eighteen (18) years old and under no pressure, undue influence, or otherwise disqualifying disability.

Signature of witness

Printed name

Address

Signature of witness

Printed name

Address

Notary certificate (optional)

State of _____ }

Count of _____ }

SUBSCRIBED and affirmed before me by

_____, the Declarant,
as the voluntary act and deed of the Declarant

this _____ day of _____, _____.

Notary Public _____

My commission expires _____