

DIRECCIONES

La fecha de hoy.
Su nombre y apellido.

Coloque sus iniciales al lado de cada uno de los temas que tengan que ver con Ud. Vea las definiciones detrás.

Coloque sus iniciales al lado de cada elemento que desea. Marque sólo los elementos que desea.

Añada algo más que usted quiera decir, incluyendo los procedimientos o tratamientos que quiera o no quiera.

Su nombre y firma.

Ambos testigos deben de estar presentes al usted firmar este documento. Sólo un testigo puede ser esposo, esposa o pariente.

Esta declaración se hace este día _____, 20 _____.
Yo, _____, quisiera dar a conocer mi decisión de que mi muerte no sea artificialmente prolongada. Yo afirmo que, si en cualquier momento, estoy mentalmente o físicamente incapacitado, y:

- _____ 1) Tuviere una enfermedad terminal, o
- _____ 2) Estuviera en la fase final de mi condición, o
- _____ 3) Me encontrara en estado vegetativo

Y si mi médico y otro médico consultor han determinado que no hay razón médica y la probabilidad de la recuperación de mi tal condición, los procedimientos de la prolongación de la vida a ser retirados cuando estos tratamientos sólo prolonguen artificialmente el proceso de mi fallecimiento.

Quiero fallecer naturalmente y sólo recibir el tratamiento necesario para mantenerme cómodo y controlar mi dolor.

Quiero los siguientes procedimientos, incluso si prolongan artificialmente el proceso de muerte:

- _____ hidratación (es decir, por vía intravenosa [IV] líquidos)
- _____ nutrición (es decir, el tubo de alimentación u otros medios de alimentación líquida)
- _____ la respiración (es decir, ventilador)

Instrucciones adicionales (opcional): _____

Quiero que mi testamento vital sea honrado por mi familia, el representante autorizado y médico. Entiendo que puedo cambiar de parecer en cualquier momento.

AUTORIZACIÓN

Yo entiendo la importancia de esta declaración, y estoy emocionalmente y mentalmente capacitado para tomar estas decisiones.

Nombre del Paciente (letra de imprenta)

Firma del Paciente

Nombre Testigo # 1 (letra de imprenta)

Firma del Testigo # 1

Testigo # 1 Dirección

Número de Teléfono Testigos #1

Nombre Testigo # 2 (letra de imprenta)

Número de Teléfono Testigos #2

Testigo # 2 Dirección

Número de Teléfono Testigos #2



CONDICIONES

Cualquier adulto competente podrá en cualquier momento, hacer un testamento vital o declaración por escrito y directa a la prestación, retención, o la retirada de la vida o la prolongación de los procedimientos, en caso de que la persona desarrolle una condición terminal, un final de la fase de estado, o un estado vegetativo persistente.

DEFINICIONES

Consentimiento informado: el consentimiento dado voluntariamente por una persona después de una explicación suficiente y la divulgación de la materia involucrados a fin de que esa persona tenga un conocimiento general del tratamiento o procedimiento y médicamente acepte alternativas, incluida los riesgos sustanciales y peligros inherentes en el proyecto de tratamiento o procedimientos para hacer conocer una decisión de atención de la salud, sin coacción o influencia indebida.

Condición terminal: una condición causada por lesiones, enfermedad, o enfermedades de la que no hay razones médicas y la probabilidad de recuperación y que, sin tratamiento, se puede esperar de causar la muerte.

Final de la etapa condición: una condición causada por lesiones, enfermedad, o enfermedades que se ha traducido en grave deterioro permanente, indicado por la incapacidad y la dependencia física completa, y para las que, a una grado razonable de certeza médica, el tratamiento de la irreversible condición médica sería ineficaz.

Estado vegetativo persistente: una permanente e irreversible condición de inconsciencia en el que hay:
a.) la ausencia de acciones voluntarias o comportamiento cognitivo de cualquier tipo; b) una incapacidad para comunicarse o interactuar a propósito con el medio ambiente.

La prolongación de la vida procedimiento: todo procedimiento médico, tratamiento o intervención, incluye el sustento artificial y la hidratación proporcionada, que sostiene, restaura, o suplanta una función vital espontánea. El término no incluye la administración de la medicación o el cumplimiento del procedimiento médico, cuando estos medicamentos o procedimientos se consideran necesarios para proporcionar la comodidad de atención o para aliviar el dolor.

El cuidado de la salud (HCS): una persona designada por una persona a hacer la atención de la salud relacionados con las decisiones sobre su nombre. HCS puede solicitar beneficios públicos para sufragar el costo de la atención de la salud, la admisión a autorizar, o transferencia hacia o desde, un centro de atención médica.

DIRECCIONES

La fecha de hoy.
Su nombre y apellido.

Estas personas deben incluir su designado de sustituto del cuidado de salud o por lo menos una de personas siguientes: médico, abogado, un representante autorizado familiar, amigo, un conocido, pareja o cuidador.

Su nombre y firma.

Ambos testigos deben de estar presentes al usted firmar este documento. Sólo un testigo puede ser un esposo, esposa o pariente.

Usted debe proporcionar una copia de este formulario para su cuidado de la salud. Usted puede proporcionar copias de este formulario a su médico, abogado, representante autorizado, familia, amigos, pareja y cuidador de salud.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Hoy: ____ / ____ / ____
(letra de imprenta)

Si no soy capaz de tomar decisiones o expresar mis deseos en relación con el tratamiento médico y quirúrgico o procedimientos de diagnóstico, yo nombro a la siguiente persona (s) a que lo hagan por mí:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Primaria Teléfono: _____ Teléfono Secundario: _____

Si mi cuidador de salud no quiere o no puede desempeñar sus funciones, deseo designar como suplente a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Primaria Teléfono: _____ Teléfono Secundario: _____

Mi sustituto para mi cuidador de salud puede tomar decisiones pertinentes a mi salud. Ellos pueden proporcionar, retener o retirar la atención en mi nombre, o solicitar beneficios públicos para reducir el costo de la atención de la salud, y autorizar mi ingreso o traslado de un centro de atención médica.

Tengo un testamento vital. Sí No

Yo estipulo que este nombramiento que no se ha hecho como una condición del tratamiento o la admisión a un lugar de tratamiento de salud. Voy a notificar y enviar una copia de este documento a las siguientes personas para que puedan saber quien es mi sustituto:

Nombre (s): _____ Teléfono: _____

Nombre (s): _____ Teléfono: _____

Nombre del Paciente (letra de imprenta)

Firma del Paciente

Nombre Testigo # 1 (letra de imprenta)

Firma del Testigo # 1

Testigo # 1 Dirección

Número de Teléfono Testigos #1

Nombre Testigo # 2 (letra de imprenta)

Número de Teléfono Testigos #2

Testigo # 2 Dirección

Número de Teléfono Testigos #2



Designación de su Cuidador de Salud (Designation of Health Care Surrogate)