

# TESTAMENTO EN VIDA

Este Testamento en Vida se hará efectivo cuando yo ya no sea capaz de dar a entender mis deseos en relación a mi salud y/o cuando ya no pueda participar en tomar decisiones en cuanto a estos deseos, y cuando mi médico y otros médicos a los cuales se les ha consultado determinen que yo poseo:

**Una condición terminal**, la cual se refiere a una condición causada por una lesión enfermedad de la cual no existe una probabilidad médica razonable de recuperación y la cual, sin tratamiento, puede esperarse como resultado la muerte;

**Una condición en su etapa final**, la cual se refiere a una condición causada por una lesión o enfermedad y la cual ha resultado en un deterioro severo y permanente, indicado por incapacidad y dependencia física completa y por la cual, con un grado razonable de seguridad médica, tratamiento de la condición irreversible sería médicamente inefectivo; o

**Un estado vegetal permanente**, lo cual se refiere a una condición de inconciencia permanente e irreversible en la cual existe (1) la ausencia de acción voluntaria o comportamiento cognitivo de cualquier tipo y (2) una incapacidad para comunicarse o interactuar voluntariamente con el medio ambiente.

A mi familia, médico y clero;

A cualquier institución médica que esté encargada con mi cuidado;

A cualquier persona que tenga interés en mi salud, bienestar, o mis asuntos:

En forma voluntaria, es mi intención el hacer este documento la declaración definitiva de mis deseos:

**En el caso, y cuando yo ya no sea capaz de declarar mis decisiones y deseos en cuanto a mi salud, y se haya determinado que yo tengo (por favor marque abajo con su inicial para indicar sus deseos):**

\_\_\_\_\_ una condición terminal    \_\_\_\_\_ una condición terminal    \_\_\_\_\_ un estado vegetal permanente  
entonces, yo doy estas instrucciones. Yo deseo ( por favor marque abajo si o no para indicar sus deseos):

que se me permita morir sin procedimientos para prolongar la vida     si     no

que se me den medicinas para aliviar dolor y mantenerme cómodo     si     no

que se me mantenga vivo bajo ventiladores, otros procesos artificiales o “medidas heroicas”     si     no

que se me alimente (a través de tubo) e hidrate (fluidos IV) artificialmente para sostener la vida     si     no

Otras instrucciones \_\_\_\_\_

Yo entiendo la importancia de este Testamento en Vida y estoy mental y emocionalmente competente para hacer esta declaración. Estas directivas expresan mi derecho legal de preservar mi privacidad y de dar a conocer mis propias decisiones. Por lo tanto, yo pido a mi familia, médico(s) y a todos aquellos relacionados con mi cuidado para que sigan estas instrucciones.

**Mi firma a continuación refleja que estos son mis deseos para esta fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre

- Testigos deben ser adultos de 18 años de edad o mayores y quienes no hayan sido nombrados como personas que puedan tomar decisiones de cuidado a la salud (Sustituto de cuidado a la salud) de la persona la cual ha hecho este Testamento en Vida.
- Uno de los testigos no debe ser el/la esposo/a o miembro familiar de la persona haciendo este Testamento en Vida.

Las firmas de mis testigos a continuación reflejan que este Testamento en Vida fue firmado en mi presencia en forma voluntaria.

\_\_\_\_\_  
firma del testigo

\_\_\_\_\_  
nombre (letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
dirección

\_\_\_\_\_  
teléfono:

\_\_\_\_\_  
firma del testigo

\_\_\_\_\_  
nombre (letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
dirección

\_\_\_\_\_  
teléfono: