

## Testamento en vida

Declaración hecha hoy día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_. Yo, \_\_\_\_\_, intencional y voluntariamente hago saber mi deseo de que mi proceso de fallecimiento no se prolongue artificialmente en las circunstancias descritas a continuación y por este medio declaro que, si en cualquier momento quedo mental o físicamente incapacitado y

- \_\_\_\_\_(iniciales) tengo una condición terminal,
- o \_\_\_\_\_(iniciales) tengo una condición en las etapas finales,
- o \_\_\_\_\_(iniciales) me encuentro en un estado vegetativo persistente,

y si mi médico que me está atendiendo o proporcionando tratamiento y otro médico consultor han determinado que no existe probabilidad médica razonable que me recupere de dicha condición, ordeno que se retengan o retiren los procedimientos para prolongar la vida cuando la aplicación de dichos procedimientos sólo sirvan para prolongar artificialmente el proceso de morir, y que se me permita morir de forma natural con sólo la administración de medicamentos o cualesquiera procedimientos médicos que se consideren necesarios para proporcionarme comodidad o para aliviar el dolor.

Deseo \_\_\_\_, No deseo \_\_\_\_ que se me retenga o retire la nutrición y la hidratación (alimentación y agua) cuando la aplicación de dichos procedimientos sólo sirvan para prolongar artificialmente el proceso de morir.

Es mi intención que esta declaración sea honrada por mi familia y mi médico como la expresión final de mi derecho legal de rehusar tratamiento médico o quirúrgico y de aceptar las consecuencias de tal rechazo.

En caso de que se haya determinado que no puedo proporcionar un consentimiento expreso e informado con respecto a retener, retirar o continuar los procedimientos que prolongan la vida, deseo designar como mi sustituto para llevar a cabo las disposiciones de esta declaración a:

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección de la calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Entiendo la importancia plena de esta declaración y estoy emocional y mentalmente competente para hacer esta declaración.

Instrucciones adicionales (opcional): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Firmado) \_\_\_\_\_

Testigo _____	Testigo _____
Dirección de la calle _____	Dirección de la calle _____
Ciudad _____ Estado _____	Ciudad _____ Estado _____
Teléfono _____	Teléfono _____

*Por lo menos un testigo no puede ser el o la cónyuge o un pariente consanguíneo del mandante.*

## Definiciones de vocabulario encontrado en el formulario del Testamento en vida

“Condición en la etapa final” significa una condición no reversible causada por una herida o enfermedad que ha resultado en un deterioro progresivo severo y permanente y que hasta un grado de probabilidad médica razonable un tratamiento de la condición no será efectivo.

“Estado vegetativo persistente” significa una condición permanente y no reversible de estar inconsciente cuando no existe una acción voluntaria ni comportamiento cognitivo de cualquier tipo ni una habilidad de comunicarse o interactuarse al propósito con el medioambiente.

“Condición terminal” significa una condición causada por una herida o enfermedad de la cual no hay una probabilidad médica razonable de recuperarse y que, sin un tratamiento, pueda causar la muerte.

Estas definiciones originen de sección 765,101 de los Estatutos de la Florida. Se puede encontrar los Estatutos en su biblioteca local o en el sitio web [www.leg.state.fl.us](http://www.leg.state.fl.us) .

## Designación de sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico

Nombre: \_\_\_\_\_

En caso de que se haya determinado que no tengo la capacidad para proporcionar un consentimiento informado para el tratamiento médico y los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, deseo designar como mi sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico a:

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección de la calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Si mi sustituto no está dispuesto o no puede desempeñar sus deberes, deseo designar como mi sustituto alterno a:

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección de la calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Entiendo completamente que esta designación le permitirá a la persona que he designado tomar decisiones y proporcionar, retener o retirar el consentimiento en mi nombre; o solicitar beneficios públicos para sufragar el costo del cuidado médico; y autorizar mi admisión o transferencia de una instalación de cuidado médico.

Instrucciones adicionales (opcional):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Afirmo, además, que esta designación no se hace como una condición del tratamiento o la admisión a una instalación de cuidado médico. Notificaré y enviaré una copia de este documento a las siguientes personas además de a mi sustituto, de manera que puedan saber quién es mi sustituto.

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigos 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

*Por lo menos un testigo no puede ser el o la cónyuge o un pariente consanguíneo del mandante.*

## Formulario uniforme de donante

El suscrito por este medio hace una donación anatómica, si es médicamente aceptable, que entrará en vigor al fallecimiento. Las palabras y las marcas a continuación indican mis deseos (Escoja solamente una e las opciones detalladas a continuación):

Dono:

(a) \_\_\_\_\_ cualesquiera órganos o partes de órganos que sean necesarios

(b) \_\_\_\_\_ sólo los siguientes órganos o partes de órganos para fines de transplante, terapia, investigación médica o educación:

---

---

---

(c) \_\_\_\_\_ mi cuerpo para estudio anatómico, de ser necesario. Limitaciones o deseos especiales, de haberlos:

---

---

---

Firmado por el donante y los siguientes testigos en presencia los unos de los otros:

Firma del donante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del donante \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

Dirección de la calle \_\_\_\_\_ Dirección de la calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Usted puede utilizar este formulario para indicar su decisión de ser un donante de órganos. También puede comunicar esta decisión en su licencia de conducir, o en su tarjeta de identificación del estado, a través de la oficina de renovación de licencias de conducir más cercana.

La tarjeta a continuación puede usarse como un método conveniente para informar a otros de sus directivas por anticipado de cuidado médico. Llene la tarjeta y córtela. Guárdela en su billetera o bolso. También puede hacer copias y colocar una en la puerta de su refrigerador, en la guantera de su automóvil o en otro lugar fácil de encontrar.

### **Directivas por anticipado de cuidado médico**

Yo, \_\_\_\_\_,  
he preparado las siguientes Directivas por anticipado:

\_\_\_ Testamento en vida

\_\_\_ Designación de sustituto para que tome decisiones  
acerca del cuidado médico

\_\_\_ Donación anatómica

\_\_\_ Otra (especifique) \_\_\_\_\_

----- DOBLE -----

#### **Contacto:**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_