

# TESTAMENTO VITAL

## Formulario Legal Abreviado

**Este testamento vital estará vigente únicamente cuando yo no tenga la capacidad de tomar o comunicar mis decisiones en relación a mi atención médica.**

*(A continuación se resumen algunas declaraciones generales acerca de sus opciones de atención médica. Si usted está de acuerdo con alguna de las declaraciones, debe **escribir sus iniciales** a un lado de la declaración. **Lea todas las declaraciones cuidadosamente antes de escribir sus iniciales junto a la que eligió.** También, puede escribir sus propias declaraciones sobre tratamiento de soporte vital y otros asuntos relacionados con su atención médica. Puede escribir sus iniciales junto a cualquier combinación de los párrafos 1, 2, 3 y 4, pero si escribe sus iniciales junto al párrafo 5, **no escriba sus iniciales** junto ninguno de los otros.)*

1. \_\_\_\_\_ Si tengo una enfermedad mortal, **no** deseo que se prolongue mi vida y **no** deseo recibir soporte vital, más allá de tratamiento paliativo, que **únicamente** serviría para demorar artificialmente el momento de mi muerte.
2. \_\_\_\_\_ Si me encuentro en fase terminal o en un coma irreversible o en un estado vegetativo permanente que mis médicos consideren que es irreversible o incurable, **deseo** recibir el tratamiento médico necesario para mantenerme cómodo, pero **no** deseo lo siguiente:
  - (a) \_\_\_\_\_ Reanimación cardiopulmonar. Por ejemplo: el uso de medicamentos, desfibrilación y de ventilación mecánica.
  - (b) \_\_\_\_\_ Que me administren alimentos o líquidos de forma mecánica.
  - (c) \_\_\_\_\_ Que me lleven al hospital si es posible evitarlo.
3. \_\_\_\_\_ A pesar de otras instrucciones que haya dado, si se tiene conocimiento que estoy embarazada, no quiero que se me retire el soporte vital si existe la posibilidad que el embrión o feto se pueda desarrollar hasta el punto de poder nacer vivo.
4. \_\_\_\_\_ A pesar de otras instrucciones que haya dado, deseo que se usen todos los tratamientos médico necesarios para tratar mi enfermedad hasta que mis médicos concluyan de forma razonable que mi enfermedad es terminal o irreversible e incurable o estoy en un estado vegetativo permanente.
5. \_\_\_\_\_ Quiero que se prolongue mi vida a la mayor extensión posible.

### Declaración de voluntades adicionales

Yo, \_\_\_\_\_ adjunto \_\_\_\_\_ no adjunto instrucciones o limitaciones adicionales a este Testamento Vital para que se cumplan en caso de que me sea imposible comunicar mis decisiones para mi atención médica.

**Firma o marca de la persona que hace el Testamento Vital:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

### Verificación

Yo, declaro que: (1) Estuve presente cuando este testamento vital fue fechado y firmado o marcado o (2) que la persona que hizo este testamento vital me indicó directamente que el testamento vital expresa sus deseos y que la persona se propuso adoptarlo en ese momento. Declaro además que la persona que está haciendo este testamento vital parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y libre de toda coacción en el momento de su ejecución.

Certifico que: no he sido nombrado para tomar decisiones médicas a nombre de la persona que firma este testamento vital y que no estoy directamente involucrado en proporcionar atención médica a esta persona. Si soy el único testigo de este testamento vital, certifico que no tengo parentesco alguno con esta persona por consanguinidad, por matrimonio o adopción; y no tengo derecho a ninguna parte de la herencia de esta persona.

Testigo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_