

TESTAMENTO EN VIVO

Formulario Corto Estatutario

(Abajo se resumen algunas declaraciones generales acerca de sus opciones de cuidado de salud. Si Ud. está de acuerdo con una de las declaraciones, debe firmar esa declaración **con sus iniciales**. **Lea todas las declaraciones cuidadosamente antes de firmar su selección con sus iniciales**. También, puede escribir su propia declaración sobre el tratamiento que sustenta la vida y otros asuntos relacionados con su cuidado de salud. Puede firmar con sus iniciales cualquier combinación de los párrafos 1, 2, 3 y 4, pero si Ud. firma con iniciales el párrafo 5, no firme los otros.)

1. _____ Si tengo una condición fatal, **no** quiero que se prolongue mi vida y **no** quiero el tratamiento que sustenta la vida, fuera del cuidado de alivio, que **solamente** serviría para demorar artificialmente el momento de mi muerte.
2. _____ Si estoy en una condición fatal o un coma irreversible o incurable, **sí** quiero el tratamiento médico necesario para proporcionar el cuidado que me mantiene el alivio, pero **no** quiero lo siguiente:
 - (a) _____ La resucitación cardiopulmonar, por ejemplo: el uso de drogas, choque eléctrico y respiración artificial.
 - (b) _____ El alimento y fluidos dados artificialmente.
 - (c) _____ Que se me lleve al hospital si es posible evitarlo.
3. _____ No obstante mis otras direcciones, si se tiene conocimiento de que estoy embarazada, no quiero que se niegue ni quite el tratamiento que sustenta la vida si es posible que el embrión/feto se desarrollará al punto de nacimiento vivo con el uso continuo del tratamiento que sustenta la vida.
4. _____ No obstante mis otras direcciones, sí quiero el uso de todo el cuidado médico necesario para tratar mi condición hasta que mis médicos concluyen razonablemente que mi condición es fatal o irreversible e incurable o estoy en un estado vegetativo persistente.
5. _____ Quiero que se prolongue mi vida a la mayor extensión posible.
6. _____ Este testamento en vivo está vigente solamente mientras yo no pueda hacer ni comunicar mis decisiones.

Otras Declaraciones o Declaraciones Adicionales de Deseos

He _____ No he _____ adjuntado direcciones adicionales o limitaciones.

Fecha: _____ Firma o Cruz de la persona
que hace el testamento en vivo _____

Verificación

Afirmo que: (1) Estuve presente cuando este poder de cuidado de salud fue fechado y firmado o firmado con una cruz o (2) la persona que hizo este poder me indicó directamente que el poder expresó los deseos de la dicha persona y que la persona se propuso adoptar este poder por entonces.

Certifico que: No se me ha designado para hacer las decisiones médicas para la persona que firma este poder de cuidado de salud; no participo directamente en el proporcionar de cuidado de salud a la persona; no tengo parentesco con esa persona por sangre, matrimonio o adopción; y no tengo derecho a ninguna parte de los bienes de la persona.

Fecha: _____ Fecha: _____

(NOTE: Se puede certificar este documento por notario en lugar de tener testigos.)