

## TESTAMENTO VITAL MÉDICO

Yo, \_\_\_\_\_, ordeno a aquellas personas que participen de la atención de mi salud que implementen mis preferencias con relación a la atención de salud según se indica debajo, cuando yo no pueda expresarme por mí mismo/a. La persona apoderada para mi atención médica es \_\_\_\_\_ y espero que esta persona cumpla con mis deseos según se declaran debajo.

\_\_\_\_\_ Deseo que mi vida se prolongue todo lo posible, es decir mediante el uso de todos los tratamientos artificiales de soporte vital disponibles.

*Si usted coloca sus iniciales en esta declaración, no coloque sus iniciales en ninguna otra declaración de esta página y proceda a firmar el documento.*

\_\_\_\_\_ Espero que mi médico administre los tratamientos que me puedan ayudar a disfrutar una calidad de vida aceptable. Sin embargo, si mi calidad de vida se tornara inaceptable para mí, ordeno que se retiren los tratamientos. Mi apoderado/a para la atención de la salud decidirá lo que es una calidad de vida aceptable para mí cuando yo ya no pueda expresarme por mí mismo/a.

Siempre espero recibir atención y tratamiento para el dolor y el control de los síntomas, aún en el caso en que dicha atención me cause somnolencia, falta de apetito, reduzca mi ritmo respiratorio o pueda formar hábito.

Estos son algunos de los procedimientos que no deseo.

- \_\_\_\_\_ Reanimación Cardiopulmonar (RCP), Compresión, Choque
- \_\_\_\_\_ Ventilación asistida o mecánica (máquina para respiración, tubo para respiración)
- \_\_\_\_\_ Tubo de alimentación
- \_\_\_\_\_ Diálisis
- \_\_\_\_\_ Antibióticos
- \_\_\_\_\_ Transfusiones de sangre
- \_\_\_\_\_ Agentes vasodilatadores – para controlar la presión sanguínea
- \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

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

### Testigo:

**Yo afirmo que me encontraba presente cuando se firmó (colocaron marcas) este documento y creo que la persona se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y que ha completado este documento en forma voluntaria. Soy una persona adulta, no tengo relación por sangre, matrimonio o adopción con el/ella y no soy un apoderado nombrado en este documento. No soy, según mi conocimiento, beneficiario de su testamento o codicilo y no tengo derecho alguno a su caudal hereditario. No participo en forma directa de su atención de salud.**

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

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

Hable con respecto a este formulario y de sus ideas relacionadas a la atención de salud con la persona que usted ha elegido para tomar decisiones por usted – su(s) médico(s), sus familiares y amigos. Entregue a cada uno de ellos una copia de este formulario. Debería revisar este formulario con frecuencia. Usted puede modificar o anular este formulario en cualquier momento.

- **Lleve una copia de este formulario con usted cada vez que va al hospital o sale de viaje**