

**DECLARACIÓN DE TESTAMENTO VITAL  
(LIVING WILL DECLARATION)**

81720-029CX (11-11)S PAGE 1 OF 2



CL0004

**INDICACIONES**

*Consulte esta columna para orientación.*

*Esta declaración establece sus instrucciones con respecto al tratamiento médico.*

A mi familia, médicos y a todos a quienes les concierna mi atención: Yo, \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades mentales, hago esta declaración para que se tome como mis instrucciones a seguirse en caso de que yo pierda mi capacidad para participar en la toma de decisiones con respecto a mi atención médica.

Si mi muerte está cerca y no puede evitarse o si estoy en estado de coma y pierdo la capacidad para interactuar con los demás y no tengo probabilidades razonables de recuperar esta capacidad, o si mi sufrimiento es intenso e irreversible debido a mi estado mental o físico, ordeno al médico encargado de atenderme que no me dé o que suspenda el tratamiento que simplemente prolongue mi proceso de muerte. Asimismo, ordeno que el tratamiento se limite a medidas para mantenerme cómodo y aliviar el dolor.

*Usted tiene el derecho a rehusar el tratamiento que no quiera, y puede solicitar la atención que sí quiera recibir.*

Estas instrucciones expresan mi derecho legal a rehusar tratamiento. Por lo tanto, espero que mi familia, médicos y todas las personas a quienes les concierna mi atención, se consideren a sí mismos legal y moralmente obligados a actuar de conformidad con mis deseos y, al hacer eso, estar libres de cualquier responsabilidad legal por haber seguido mis instrucciones.

*Puede anotar tratamientos específicos que no quiera recibir.*

*Por ejemplo:*

*Reanimación cardiopulmonar (RCP)*

*Respiración mecánica*

*Sondas (tubos) de alimentación*

*Hidratación o líquidos intravenosos*

*De lo contrario, su declaración general, que aparece en la parte superior derecha, representará sus deseos.*

En particular, yo no quiero:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Podría insertar instrucciones o especificar atención que sí quiera recibir - por ejemplo, medicamentos para el dolor; o que, de ser posible, usted prefiere morir en casa.*

Otras instrucciones o comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*No es obligatorio, pero si usted quiere, puede nombrar a alguien que se encargue de ver que se cumplan sus deseos.*

**CLÁUSULA DE NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE PARA**

**ASUNTOS MÉDICOS:** A fin de que se lleven a cabo mis instrucciones según lo declarado arriba y para interpretarlas, nombro a la siguiente persona para que actúe en mi nombre:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (casa): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_

Si la persona que he nombrado arriba no puede actuar en mi nombre, autorizo a la siguiente persona a hacerlo:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (casa): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE TESTAMENTO VITAL  
(LIVING WILL DECLARATION)**

81720-029CX (10-11) PAGE 2 OF 2



CL0004

*La donación de órganos y tejidos puede salvar vidas, conservar la vista y mejorar el funcionamiento. Puede limitar su donación de órganos y tejidos (córnea, riñón, etc.) o ayudar potencialmente a numerosas personas.*

**DONACIÓN DE ÓRGANOS:** Por medio de la presente, hago esta donación de órganos y/o tejidos que tendrá validez después de mi muerte:

- Dono  cualesquier órganos o partes necesarias
- los siguientes órganos o partes \_\_\_\_\_

para que se utilicen para trasplante o de alguna otra manera para la atención y tratamiento directo de otra persona.

- No doy permiso para la donación de órganos.

Firmado: \_\_\_\_\_

*La autopsia es una herramienta valiosa para expandir nuestro entendimiento de las enfermedades, su diagnóstico y tratamiento.*

**CONSENTIMIENTO PARA AUTOPSIA:**

- Estoy de acuerdo en que se lleve a cabo una autopsia en caso de que mi(s) médico(s) considere(n) que sería útil para el avance de los conocimientos médicos o para mejorar la atención médica.

Limitaciones (si las hubiera): \_\_\_\_\_

- No doy permiso para una autopsia.

Firmado: \_\_\_\_\_

**La donación de órganos y la autopsia son procedimientos quirúrgicos que no resultan en la desfiguración inusual del cuerpo.**

*Firme y feche aquí en la presencia de dos testigos adultos, que también deberían firmar, o ante un notario público. Ninguno de los testigos adultos puede ser la persona que nombró como representante para asuntos médicos ni el representante sustituto.*

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

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

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ am/pm Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ am/pm

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**Revisada el:** Se recomienda que revise su declaración anualmente y que escriba sus iniciales y la feche para mostrar que ésta todavía expresa su voluntad.

*Guarde la hoja original firmada con sus documentos personales en casa. Dé copias firmadas a médicos, familiares, representante(s) para asuntos médicos y a su hospital en caso de que necesite tratamiento médico.*

\_\_\_\_\_  
FECHA INICIALES

\_\_\_\_\_  
FECHA INICIALES

\_\_\_\_\_  
FECHA INICIALES

\_\_\_\_\_  
FECHA INICIALES

\_\_\_\_\_  
FECHA INICIALES