

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (TESTAMENTO VITAL)

Nombre y apellido:

Número de historia clínica:

Fecha de nacimiento: / /

Instrucciones hechas el _____ de _____, _____
(año)

Yo, _____ en pleno uso de mis facultades y de manera voluntaria y deliberada, informo mi deseo de que mi muerte no se prolongue artificialmente en las circunstancias que se describen a continuación y declaro lo siguiente:

(A) Si, en cualquier momento, sufro una condición médica incurable e irreversible certificada como "enfermedad terminal" por mi médico adjunto donde la aplicación de un tratamiento para el sostenimiento de la vida solo serviría para prolongar el proceso de mi muerte, deseo que no se realice dicho tratamiento (o que se interrumpa) y que se me permita morir naturalmente. Comprendo que una "condición terminal" es una condición médica incurable e irreversible ocasionada por una lesión o enfermedad que, según criterio médico, ocasionaría la muerte en un período razonable de acuerdo con los estándares médicos aceptados.

(B) Si llego a entrar en un estado de coma irreversible, en un estado vegetativo persistente o en otra condición que me mantenga inconsciente permanentemente (con certificación de dos médicos, de los cuales uno considere que no tengo posibilidad razonable de recuperación), deseo que el tratamiento para el sostenimiento de la vida no se realice o se interrumpa. (C) Si se me diagnostica una enfermedad terminal u otra afección que me mantenga inconsciente de forma permanente, [elija una opción]

___ DESEO que se me administre nutrición e hidratación de manera artificial.

___ NO DESEO que se me administre nutrición e hidratación de manera artificial.

Comprendo que la nutrición e hidratación que se administran de manera artificial representan un tratamiento para el sostenimiento de la vida en ciertas circunstancias. Solicito a todos los proveedores de atención médica que respeten mis deseos detallados en este documento.

(D) Ante mi falta de capacidad para dar instrucciones sobre el uso de los procedimientos para el sostenimiento de la vida, es mi intención que estas instrucciones sean respetadas por mi familia, mis médicos y demás proveedores de atención médica como la expresión última de mi derecho final a negarme a tratamientos médicos y quirúrgicos. Cualquier persona designada para tomar estas decisiones por mí, ya sea a través de un poder legal o de otra manera, también debe respetar estas instrucciones. Acepto las consecuencias de esta renuncia.

(E) Si estoy embarazada y los médicos saben el diagnóstico, estas instrucciones no tendrán efecto ni vigencia durante el embarazo.

(F) Comprendo en su totalidad la importancia de estas instrucciones y soy competente emocional y mentalmente para tomar las decisiones. También entiendo que puedo cambiar o anular estas instrucciones en cualquier momento.

(G) También brindo las siguientes instrucciones adicionales sobre mi atención:

*Mi firma y la firma de un **escribano** o las de **dos testigos** se requieren en la página siguiente*

Nombre y apellido:

Número de historia clínica:

Fecha de nacimiento:

/ /

Dos testigos O un escribano deben verme firmar este formulario para que sea legalmente válido.

Mi firma:

REQUISITO DE TESTIGOS O ESCRIBANO

Sin las firmas de los testigos o la certificación de un escribano, este formulario no tiene validez legal.

Opción 1: Dos testigos

Requisitos para los testigos:

- Debe tener al menos 18 años de edad y ser competente.
- No pueden estar relacionados con usted o su agente para la atención médica por sangre, matrimonio o sociedad doméstica registrada en el estado.
- No puede ser su proveedor de atención domiciliaria o un proveedor de atención en un hogar familiar para adultos o un centro de atención a largo plazo donde vive.
- No puede ser ninguna persona que tenga un reclamo contra cualquier parte del patrimonio del declarante tras el fallecimiento del declarante en el momento de la ejecución de las instrucciones.

Testimonio del testigo: Declaro que cumplo con los requisitos para ser testigo.

Testigo n.º 1 Firma:

Fecha:

Nombre en letra de molde:

Testigo n.º 2 Firma:

Fecha:

Nombre en letra de molde:

Opción 2: Escribano

Estado de Washington)

)

Condado de _____)

)

Este registro fue reconocido ante mí el _____

de _____

por (nombre de la persona): _____

Firma:

Tratamiento:

Vencimiento:

Kaiser Foundation Health Plan of Washington

Este formulario legal es una versión entre muchas versiones disponibles públicamente. No pretende ser un consejo legal.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, consulte a su asesor legal. (08-2021)