



\*122\*

**DIRECTIVA ANTICIPADA PARA LA ENCIÓN MÉDICA  
(TESTAMENTO VITAL)**

Patient Label

**Instrucciones:** Pida ayuda su proveedor de atención médica cuando redacte su Directiva anticipada. Guarde el original en su hogar, en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente. Entregue copias del formulario completo a su(s) médico(s), su familia, su Agente de atención médica (representante para la atención médica) y a cualquier otra persona a quien posiblemente se contacte en el caso de una emergencia médica. Revise su formulario de Directiva anticipada cada tanto y realice los cambios necesarios. Coloque sus iniciales y la fecha cada vez que lo revise o lo cambie. Asegúrese de informar a los demás sobre los cambios que realice.

Para mi familia, médicos y demás personas relacionadas con mi atención:

Yo, \_\_\_\_\_, en mi sano juicio, declaro y doy a conocer mis instrucciones y voluntad para la atención médica en el caso de que, por razones de incapacidad física o mental, no pueda participar en la toma de decisiones sobre mi atención. Entiendo que la ley me da el derecho a aceptar o rechazar tratamientos. Por lo tanto, espero que mi familia, médicos y cualquier persona relacionada con mi atención se consideren vinculados legalmente para seguir estas instrucciones. Si lo hacen, todos quedarán libres de cualquier responsabilidad legal dado que siguieron mis instrucciones.

**Agente para la atención médica (también llamado representante para la atención médica o apoderado designado): Si quedo incapacitado de comunicar mis deseos debido a una enfermedad, lesión, o por estar inconsciente, por el presente se designan los siguientes individuos y estos pueden tomar decisiones en mi nombre y el hospital, sus empleados y médicos pueden confiar en estos representantes y seguir sus instrucciones.**

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Calle	Ciudad	Estado	Código postal
-------	--------	--------	---------------

**Si el agente de atención médica antes mencionado no puede actuar, entonces designo como agente alternativo a:**

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Calle	Ciudad	Estado	Código postal
-------	--------	--------	---------------

**Comprendo que me mantendrán cómodo y me brindarán atención médica adecuada que respete la elección que realice a continuación. Coloque sus iniciales en la declaración con la que está de acuerdo. (Seleccione y coloque sus iniciales N.º 1 o N.º 2)**

\_\_\_\_\_ 1. Ordeno que se proporcionen todas las medidas médicamente apropiadas para prolongar mi vida, independientemente de mi afección física o mental o de mi capacidad de recuperar la capacidad de saber quién soy o con quién estoy.

\_\_\_\_\_ 2. Si no hay una expectativa razonable de que recupere una calidad de vida significativa o la capacidad de saber quién soy o con quién estoy, entonces no deben iniciarse medidas para prolongar la vida. Si ya se han iniciado medidas para prolongar la vida, deben interrumpirse.

Defino una calidad de vida significativa como

**DIRECTIVA ANTICIPADA PARA LA ENCIÓN MÉDICA  
(TESTAMENTO VITAL)**

Patient Label

Comentarios o indicaciones adicionales:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Después de la muerte, tal vez sea posible trasplantar órganos o tejidos humanos a fin de salvar o mejorar la vida de otras personas.

- Deseo ser donante de órganos:
- Deseo ser donante de tejidos:
- No tengo interés en ser donante de órganos ni tejidos
- No he pensado con detenimiento acerca de la donación de órganos y/o tejidos y autorizo a mi familia o a mi representante para la atención médica a usar su discreción respecto de este tema

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_