

TESTAMENTO EN VIDA Y PODER DE ASISTENCIA SANITARIA

Yo _____, estando en mi sano juicio, hago esta declaración como directiva para seguirse si me vuelvo permanentemente incapaz de participar en decisiones respecto a mi cuidado médico. Estas instrucciones reflejan mi firme y asentado resolución a rehusar tratamiento médico de acuerdo con las circunstancias indicadas abajo.

Yo dirijo a mi médico atendente y a otro personal médico que retengan o retiren tratamiento que sirve solamente a prolongar el proceso de mi fallecimiento, si estoy en una condición mental o física incurable o irreversible sin expectación razonable de recuperarme.

Estas instrucciones se aplican si estoy: (a) en condiciones terminales; (b) permanentemente inconsciente; o (c) si estoy consciente pero con lesión cerebral irreversible y nunca recuperaré la capacidad de tomar decisiones y expresar mis deseos.

Yo dirijo que el tratamiento se limite a medidas para mantenerme cómodo/a y aliviar el dolor, incluso cualquier dolor que pueda ocurrir al retener o retirar tratamiento.

Aunque entiendo que no me es requerido legalmente ser específico/a sobre tratamientos futuros, si estoy en las condiciones descritas arriba, tengo el firme deseo que se sigan mis instrucciones sobre los tratamientos para ser retenido como indicado por una marca (✓).

- Yo no quiero resuscitación cardíaca.
- Yo no quiero la respiración mecánica.
- Yo no quiero el tubo que alimenta, nutrición y hidratación artificiales.
- Yo no quiero antibióticos.
- Yo quiero el máximo alivio del dolor, incluso si pueda acelerar mi muerte.
- Otras instrucciones (indique instrucciones particulares):

Estas directivas atestiguan mi derecho legal de rehusar tratamiento, según las leyes del Estado de Nueva York. A menos que yo haya revocado este documento o que haya indicado de otra manera claramente y explícitamente que he cambiado de parecer, es mi intención inequívoca que mis instrucciones expuestas en este documento sean realizadas fielmente.

Firma: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

[SUS TESTIGOS DEBEN FIRMAR Y DEBER IMPRIMIR SUS DIRECCIONES]

Yo declaro que conozco a la persona que firmó este documento, y se manifiesta estar en su sano juicio, y está actuando por su propia voluntad. Él o ella firmó (o pidió a otra persona que firmara por él o ella) este documento en mi presencia.

Testigo #1: _____

Firma: _____

Dirección: _____

Testigo #2: _____

Firma: _____

Dirección: _____

MANTENGA ESTE ORIGINAL FIRMADO EN CASA CON SUS DOCUMENTOS PERSONALES. DÉ COPIAS DEL ORIGINAL FIRMADO A SU MÉDICO, A SU FAMILIA, A SU ABOGADO Y A OTROS QUE PUEDAN INTERVENIR EN SU CUIDADO.