

Información general

La comunicación es una parte importante de cada relación. Es vital hablar con su doctor y su familia acerca de cómo quiere que su vida sea mantenida en caso de una enfermedad irreversible, etapa final de un proceso de enfermedad, o estado vegetativo persistente. Usted tiene el derecho de participar en cada decisión tomada durante su enfermedad. En caso de una enfermedad terminal, etapa final de una condición, o estado persistente de inconciencia o falta de respuesta lo dejara en una condición en la cual usted no puede tomar una decisiones por sus propios medios, la comunicación previa que usted tuvo con su doctor y familia los ayudará a tomar una decisión concerniente a su cuidado.

Un testamento en vida es otra manera de hacer conocer sus deseos. Éste es un documento legal que especifica cuanto tratamiento desea recibir en caso de una enfermedad irreversible, etapa final de una condición o estado vegetativo persistente. Si deseara, puede especificar en instrucciones adicionales ciertos tratamientos que no quiere, así como resucitación mecánica o eléctrica de su corazón (CPR), respiración mecánico (respirador artificial), tubo de alimentación artificial para cuando sea incapaz de comer por la boca, transfusiones de sangre o cirugía.

Health First respeta los derechos de sus pacientes y de sus seres queridos de tener información y recursos necesarios para tomar decisiones informadas con respecto

Más >

a la salud — ahora y en el futuro. Le ofrecemos este testamento en vida para que lo revise y lo complete si así lo desea. La decisión es enteramente suya. Si usted tiene algunas preguntas, un miembro del Comité de Éticas del hospital se reunirá con usted para proveerle información adicional — llame al 434-7183 (Sur de Brevard) o 826-2718 (Centro de Brevard).

Para utilizar su testamento en vida:

1. Firme y ponga la fecha en el testamento frente a dos testigos.
2. Dele una copia del testamento a su doctor y discúptalo con el o ella.
3. Dele copias de su testamento a personas claves envueltas en su bienestar. Pudiese llegar el momento cuando usted ya no pueda tomar parte en las decisiones con respecto a su futuro.
4. Mantenga acceso fácil al original.
5. Discuta sus decisiones con aquellos más cercanos a usted.
6. Revise su testamento una vez por año y póngale la fecha actual, con sus iniciales al lado de la nueva fecha. Ésto claramente sostiene que sus deseos no han cambiado.
7. Haga incluir una copia de su testamento cuando sea admitido a un hospital.

Testamento en vida



**Health
First**

**Health
First**

www.health-first.org

6/2003

Juntos estamos mejor

Testamento en vida — Declaración

Declaración hecha el día _____ del mes de _____, 20_____.

Yo, _____, en entera facultad y voluntariamente hago saber mi deseo de que mi muerte no sea artificialmente prolongada bajo las circunstancias señaladas a continuación, y así mismo declaro que si en cualquier momento:

- Tengo una condición terminal, o
- Estoy en etapa final de una condición, o
- Estoy en un estado vegetativo persistente,

y si mi médico tratante u otro médico que se esté consultando ha determinado que no hay probabilidades médicas para mi recuperación de esa condición o condiciones, ordeno que procedimientos que prolonguen la vida sean detenidos o retirados cuando la aplicación de dichos procedimientos sólo sirviera para prolongar artificialmente el proceso de muerte, y que sea permitido que yo muera naturalmente sólo con la administración de medicamentos o la aplicación de procedimientos médicos necesarios para proveerme del cuidado o para aliviar el dolor.

Si he ejecutado documentos de donación de cualquier órgano que estén en efecto al tiempo de la implementación de mi testamento en vida, autorizo a mis proveedores de salud de retrasar el retiro de soporte artificial de vida por un período de tiempo razonable para la recuperación de cualquier órgano o tejido que pudiera ser apropiado para trasplante.

Es mi intención de que ésta declaración sea honorada por mi familia y médicos como la expresión final de mi derecho legal de rehusar tratamiento médico o quirúrgico y de aceptar las consecuencias por dicha negación.

En el evento de que yo haya sido declarado de ser incapaz de proveer consentimiento informado expreso referente a la retención, retiro o continuación de procedimientos de prolongamiento de vida, deseo designar como mi sustituto para llevar a cabo las provisiones de esta declaración a:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Yo comprendo la importancia de este documento y estoy emocional y mentalmente competente para hacer ésta declaración.

Instrucciones adicionales: (opcional) _____

Firmado _____

(Uno de los testigos no puede ser el cónyuge del sujeto, ni un familiar sanguíneo del declarante.)

Testigo _____

Testigo _____

Dirección _____

Dirección _____

Teléfono _____

Teléfono _____