



TESTAMENTO EN VIDA (Atención al Final de la Vida) Instrucciones

INSTRUCCIONES GENERALES: Use esta forma para tomar decisiones ahora con respecto a su atención médica en caso de que usted llegue a encontrarse en una condición mortal, un estado vegetativo persistente, o una coma irreversible. Usted debe hablar con su doctor sobre lo que significan estos términos.

Un Testamento en Vida son las instrucciones por escrito a la persona estipulada en su Carta Poder para el Cuidado de la Salud también conocida como su "agente", a su familia, a su médico, y a cualquier otra persona que pueda tomar decisiones sobre su atención médica por usted si usted no puede comunicarse por sí mismo/a.

Es una buena idea hablar con su doctor y seres amados si tiene preguntas sobre el tipo de cuidado para la salud que usted quiere o no quiere.

IMPORTANTE: Si tiene un Testamento en Vida y una Carta Poder para el Cuidado de la Salud, usted debe adjuntar el Testamento en Vida a la Carta Poder para el Cuidado de la Salud.

Si usted llena esta forma, asegúrese de **NO FIRMARLA SINO HASTA** que su testigo o notario público esté presente para verle firmarla.

POR FAVOR TOME NOTA: Por lo menos un testigo adulto, que no incluya a un proxy si lo hay, O un Notario Público deben presenciar cuando usted firme este documento.

NO haga que los documentos sean firmados por ambos, un testigo y un notario, sólo elija a uno. Si usted no conoce a un notario o no puede pagar por uno, un testigo es aceptado legalmente.

El testigo o notario público NO DEBE ser cualquier persona que:

- (a) sea menor de 18 años de edad
- (b) esté relacionada con usted por sangre, adopción, o matrimonio
- (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio
- (d) sea designada como su agente
- (e) esté envuelta en el suministro del cuidado de su salud en el momento en el que esta forma sea firmada

**OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA
KRIS MAYES**

Testamento en Vida

Mi Información (Yo soy el/la “Principal”):

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Domicilio Electrónico: _____

Algunas declaraciones generales con respecto a sus elecciones sobre el cuidado de su salud están listadas a continuación. Si usted está de acuerdo con una de las declaraciones, debe poner sus iniciales junto a dicha declaración. Lea todas las declaraciones cuidadosamente ANTES de poner sus iniciales junto a la declaración de su preferencia. Usted también puede escribir su propia declaración en cuanto al tratamiento para sostener la vida y otros asuntos relacionados con el cuidado de su salud. Usted puede poner sus iniciales en cualquier combinación de los párrafos 1, 2, 3 y 4, PERO si usted pone sus iniciales en el párrafo 5 no debe poner sus iniciales en los otros.

_____ 1. Si yo tengo una condición mortal, yo no quiero que se prolongue mi vida, y no quiero tratamiento para sostener la vida, más allá de la atención confortante, que serviría sólo para retrasar artificialmente el momento de mi muerte.

***Atención confortante es el tratamiento provisto para tratar de proteger y mejorar la calidad de vida sin artificialmente prolongar la vida.*

_____ 2. Si yo tengo una condición mortal o estoy en una coma irreversible o en un estado vegetativo persistente que mis doctores razonablemente crean que es irreversible o incurable, yo quiero el tratamiento médico necesario para proveer el cuidado que me mantendría confortable, pero YO NO QUIERO lo siguiente:

_____ a. Resucitación cardiopulmonar (CPR). Por ejemplo, el uso de drogas, choques eléctricos, y respiración artificial.

_____ b. Alimento y fluidos administrados artificialmente.

_____ c. Ser llevado/a al hospital si es evitable.

_____ 3. Sin importar cualquier otra instrucción que yo haya dado en este Testamento en Vida, si se sabe que estoy embarazada, no deseo que se retenga o que se retire el tratamiento para sostener la vida si es posible que el embrión/feto se desarrolle al punto de un nacimiento con vida con la aplicación continua del tratamiento para sostener la vida.

_____ 4. Sin importar cualquier otra instrucción que yo haya dado en este Testamento en Vida, yo quiero usar toda la atención médica necesaria para tratar mi condición hasta que los doctores concluyan razonablemente que mi condición es mortal o es irreversible e incurable, o que yo me encuentre en un estado vegetativo persistente.

_____ 5. Yo quiero que mi vida sea prolongada tanto como sea posible (Si usted pone sus iniciales junto a esta declaración, no debe poner sus iniciales en cualquiera de las otras).

POR FAVOR TOME NOTA: Usted puede adjuntar instrucciones adicionales a sus deseos de atención médica si no han sido incluidas en esta forma de Testamento en Vida. Ponga sus iniciales o una marca junto a la casilla A o B abajo. Asegúrese de incluir el adjunto si usted marca la opción B.

_____ A. YO NO HE adjuntado instrucciones especiales sobre el Cuidado al Final de la Vida que yo quiero.

_____ B. YO SÍ HE adjuntado disposiciones o limitaciones adicionales especiales sobre el Cuidado al Final de la Vida que yo quiero.

LA VERIFICACIÓN DE MI FIRMA EN EL TESTAMENTO EN VIDA

Mi Firma (Principal): _____ Fecha: _____

Si usted no puede firmar físicamente este documento, su testigo/notario puede firmar y poner sus iniciales a su nombre. Si es aplicable, haga que su testigo/notario firme abajo.

Verificación del/la Testigo/Notario/a: El/la principal de este documento me indicó directamente que este Testamento en Vida expresa sus deseos y tiene la intención de adoptarlo en este momento.

Firma del/la Testigo/Notario/a: _____

Nombre el Letra de Molde: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL/LA TESTIGO

Yo estuve presente cuando esta forma fue firmada (o marcada). El/la principal parece estar de mente sana y no se le forzó para que firme esta forma.

Firma del/la Testigo: _____ Fecha: _____

Nombre el Letra de Molde: _____

Domicilio: _____

O

FIRMA DEL/LA NOTARIO/A

Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su forma, usted NO DEBE hacer que la firme un notario):

CERTIFICACIÓN NOTARIAL: Se refiere a las tres páginas de este Testamento en Vida

Fechado el ____ **de** _____ **de 20** ____.

ESTADO DE ARIZONA) ss

CONDADO DE _____)

Nombre del/la Paciente

Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí este _____ día del mes de _____ de 20 _____

Firma del/la Notario/a Público/a: _____

Mi Comisión Expira en: _____