

# TESTAMENTO EN VIDA Y PODER LEGAL DURADERO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DOCUMENTOS E INSTRUCCIONES

La **Designación de un Poder Legal Duradero para el Cuidado de la Salud** y el **Testamento en Vida** son documentos legales que usted puede llenar para asegurar que sus deseos sean llevados a cabo cuando no pueda hablar por sí mismo. **Es muy importante que discuta los deseos expresados en éstos documentos con su médico y su familia/pareja.**

En algún momento, usted podría perder la habilidad de tomar decisiones juiciosas relacionadas a su tratamiento médico por distintas razones como, por ejemplo, confusión causada por un medicamento o estado de coma luego de un accidente serio. Cuando usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado médico, otras personas, como su familia y médicos, tienen que hacerse responsables por esas decisiones. A menudo, es difícil para ellos determinar cuáles son sus deseos. El proceso de tomar decisiones se hace mucho más fácil en situaciones complicadas cuando usted ha expresado sus deseos sobre su cuidado de salud por adelantado, incluyendo el rehusar y/o remover procedimientos para prolongar la vida.

Usted debe ser un adulto (mayor de 18 años) y tener todas sus facultades mentales al llenar éstos documentos. **Para que éstos documentos sean válidos, debe firmarlos en la presencia de dos testigos. Sólo uno de los testigos puede ser su cónyuge o un familiar.** La persona designada como su Poder Legal Duradero para el Cuidado de la Salud **no** puede ser un testigo. Estos documentos **no** tienen que ser notariados.

El documento conocido como **Poder Legal Duradero para el Cuidado de la Salud** le permite asignar a otra persona para tomar decisiones de su parte cuando usted no pueda. Se recomienda que asigne a un adulto que conoce sus deseos y los llevará a cabo. Se sugiere que escoja una persona que ha mostrado interés y preocupación por usted, que tenga contacto regular con usted y conozca sus creencias personales, religiosas, morales y culturales. Al ser su Poder Legal Duradero para el Cuidado de la Salud, tendrá la autoridad para tomar todas las decisiones médicas por usted de acuerdo a sus deseos incluyendo, pero no limitado a, rehusar y/o remover los procedimientos para prolongar la vida.

El documento llamado **Testamento en Vida** le permite a su médico(s) y demás personas saber cuáles son sus deseos en cuanto al uso de procedimientos para prolongar la vida si usted no puede tomar las decisiones por usted mismo. Su médico y su Poder Legal Duradero para el Cuidado de la Salud seguirán las instrucciones de su Testamento en Vida. Su médico debe hacer un esfuerzo razonable por transferir su cuidado a otro médico si el/ella no puede o quiere llevar a cabo los deseos especificados en su Testamento en Vida.

Estos documentos son válidos mientras usted no los revoque o declare nulos. Estos documentos continuarán indefinidamente a menos que usted indique una fecha de expiración. Estos documentos quedarán inválidos al momento de ocurrir la muerte. Si usted decide en algún momento revocar cualquier porción de éstos documentos, debe **informarlo de inmediato** al médico que lo esté atendiendo o tratando. Además, deberá buscar y destruir todas las copias repartidas a otras personas y completar documentos nuevos.

Usted debe conservar los documentos originales completados. Debe entregarle una copia a:

- ◆ a la persona designada como Poder Legal Duradero para el Cuidado de la Salud
- ◆ familiares y amigos, según sea apropiado
- ◆ su médico de familia o proveedor de cuidado primario
- ◆ al hospital, cada vez que sea admitido
- ◆ hogar de ancianos o facilidad de vivienda asistida, si es su residencia.
- ◆ líder religioso y/o abogado (opcional)

El Poder Legal Duradero para el Cuidado de la Salud, el Testamento en Vida y estas instrucciones están basados en las leyes de la Florida. El propósito de estas instrucciones es únicamente servir como una guía general. Si necesita orientación adicional o tiene preguntas relacionadas a los documentos, debe contactar a su médico, líder religioso o abogado.

Nota: Si usted está hospitalizado en Florida Hospital, puede recibir información adicional en el canal de televisión educativo del hospital a las 11 a.m. y 7 p.m. Si desea asistencia luego de revisar la información, pídale a la enfermera que se comunique con el Capellán, Administrador de Caso, o un Representante de Relaciones con el Paciente.

## PODER LEGAL DURADERO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD (DESIGNACION DE UN SUBROGADO DEL CUIDADO DE LA SALUD)

En caso de que yo, Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ sea declarado incompetente/incapacitado (no tener la capacidad) por mi médico(s) para proveer consentimiento informado para el tratamiento médico y procedimientos quirúrgicos o diagnósticos, incluyendo pero no limitado a rehusar, remover o continuar procedimientos para prolongar la vida, deseo designar a la siguiente persona para que tome decisiones por mí (subrogado) en cuanto al cuidado de mi salud:

Nombre: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ #Tel. (trab.) \_\_\_\_\_ (casa) \_\_\_\_\_  
relación

Dirección: \_\_\_\_\_

Si mi subrogado no quiere o no puede llevar a cabo sus responsabilidades, deseo designar a la siguiente persona como mi designado alterno para tomar decisiones:

Nombre: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ # Tel. (trab.) \_\_\_\_\_ (casa) \_\_\_\_\_  
relación

Dirección: \_\_\_\_\_

Entiendo que ésta designación le permitirá al encargado de tomar decisiones por mí la toma de todas las decisiones sobre el cuidado de mi salud en mi lugar hasta que yo recupere la habilidad de tomar decisiones sobre el cuidado de la salud. Las decisiones sobre el cuidado de la salud podrán incluir, de ser necesario, la decisión de rehusar, remover o continuar los procedimientos para prolongar la vida. El encargado de tomar decisiones por mí también podrá autorizar mi hospitalización o transferencia de una facilidad del cuidado de la salud y solicitar asistencia pública por mí. Esta designación permanecerá vigente durante cualquier periodo de incapacidad o incompetencia que me ocurra.

Instrucciones adicionales (opcional): \_\_\_\_\_

También confirmo que ésta designación no se está haciendo como una condición para el tratamiento médico o la admisión a una facilidad para el cuidado de la salud.

Testigo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### TESTAMENTO EN VIDA

Yo, en entera facultad y voluntariamente, hago saber mi deseo de que mi muerte **no** sea prolongada bajo las circunstancias señaladas a continuación. Si en cualquier momento tengo una condición terminal y/o estoy en un estado vegetativo persistente y el médico que me trata/atende y otro médico que se consulte determinan que no hay probabilidades médicas para mi recuperación de dicha condición o condiciones, ordeno que los procedimientos que prolongan la vida sean detenidos o removidos cuando la aplicación de dichos procedimientos sólo servirá para prolongar artificialmente el proceso de muerte. Deseo que me permitan morir naturalmente, sólo con la administración de medicamentos o la aplicación de procedimientos médicos necesarios para proveerme cuidado reconfortante o para aliviar el dolor.

También deseo que los procedimientos que prolongan la vida sean evitados/removidos bajo estas situaciones: (opcional)

\_\_\_\_\_ Debido a una enfermedad debilitante, de la cual no tengo probabilidades razonables de recuperarme, no  
Iniciales puedo comunicarme o interactuar efectivamente con otras personas.

\_\_\_\_\_ Especifique otra condición: \_\_\_\_\_  
Iniciales

En adición, SI \_\_\_\_\_ o NO \_\_\_\_\_ quiero recibir nutrición (comida) y/o hidratación (agua) artificialmente por tubo o suero  
Iniciales Iniciales cuando sólo servirá para prolongar artificialmente el proceso de muerte.

Instrucciones adicionales (opcional): \_\_\_\_\_

Deseo que ésta declaración sea honorada por mi familia y médico(s) como la expresión final de mi derecho legal de rehusar tratamiento médico o quirúrgico y de aceptar las consecuencias de rehusar dicho tratamiento.

**Si estoy embarazada y mis médicos lo saben, éste Testamento en Vida será inválido por la duración de mi embarazo.**

Yo entiendo el significado de éste Testamento en Vida y estoy emocional y mentalmente competente para hacer estas declaraciones.

Testigo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_