

TESTAMENTO VITAL DE NUEVA YORK

Yo, _____, en pleno uso de mis facultades mentales, hago esta declaración como una directriz que debe seguirse si llego a estar imposibilitado permanentemente para participar en decisiones sobre mi atención médica. Estas instrucciones reflejan mi firma y el compromiso establecido de rechazar tratamiento médico en las circunstancias que se indican a continuación.

Ordeno a mi médico que me atiende y a otro personal médico que suspenda o retire el tratamiento que sólo sirva para prolongar el proceso de mi muerte, si llegara estar en un estado físico o mental incurable o irreversible sin expectativa razonable de recuperación.

Estas instrucciones se aplican si: a) estoy en un estado terminal; b) estoy permanentemente inconsciente; o c) si estoy consciente pero tengo daño cerebral irreversible y nunca recuperaré la capacidad de tomar decisiones y expresar mis deseos.

Ordeno que el tratamiento se limite a medidas para mantenerme cómodo y aliviar el dolor, incluyendo cualquier dolor que pueda surgir por suspender o retirar el tratamiento. Si bien entiendo que no estoy obligado por ley a ser específico acerca de futuros tratamientos, si me encuentro en alguna de las condiciones descritas anteriormente, me siento especialmente fuerte acerca de las siguientes formas de tratamiento.

No quiero resucitación cardíaca.

No quiero respiración mecánica.

No quiero alimentación por sonda.

No quiero antibióticos.

No quiero máximo alivio del dolor.

Otras instrucciones (insertar instrucciones personales):

NOMBRE AQUÍ A

Nombre:

Dirección:

Número de Teléfono:

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones relacionadas a mi atención médica, de conformidad con las directrices que he manifestado en este documento. Ordeno a mi agente que tome las decisiones sobre atención médica de acuerdo con mis deseos e instrucciones, como se mencionó anteriormente, o de otra manera como él o ella sabe. También ordeno a mi agente a que acate cualquier limitación sobre su autoridad como se indicó anteriormente o de otra manera como él o ella sabe.

En el caso de que mi agente de atención médica no pueda, no esté dispuesto o no esté disponible para servir como tal, entonces **nombro como mi agente sustituto de atención médica** (con las mismas facultades que he enumerado).

Nombre:

Dirección:

Número de Teléfono:

Entiendo que a menos que lo revoque, este testamento vital y poder para la atención médica permanecerá en vigor indefinidamente.
Estas instrucciones expresan mi derecho legal a rechazar el tratamiento, en virtud de las leyes de Nueva York. A menos que haya revocado este instrumento o caso contrario indique claramente y explícitamente que he cambiado mi forma de pensar, es mi intención inequívoca de que mis instrucciones se lleven a cabo fielmente como se indica en este documento.

Firma:

Dirección:

Fecha:

Declaración de Testigos (Debe tener 18 años o más)

Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento y parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y actuar 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:

Dirección:

Testigo:

Dirección:

MANTENGA ESTE ORIGINAL FIRMADO JUNTO CON SUS DOCUMENTOS PERSONALES EN SU HOGAR. ENTREGUE COPIAS DEL ORIGINAL FIRMADO A SU MÉDICO, FAMILIARES, ABOGADO Y OTROS QUE PUDIERAN ESTAR INVOLUCRADOS EN SU ATENCIÓN MÉDICA.