

## 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.**