

TESTAMENTO VITAL DE DERECHO CONSUETUDINARIO

Lo siguiente es una declaración de mis deseos de tratamiento en caso de que pierda la capacidad para tomar o comunicar las decisiones relativas a mi tratamiento sanitario. Doy mucha importancia a mi capacidad de vivir una vida con sentido, de relacionarme con los demás, de cuidar de mí mismo y de participar en actividades intelectuales. No deseo vivir la vida en ninguna condición en la que tenga poca o ninguna posibilidad de recuperar las facultades mentales suficientes para interactuar con los demás de manera significativa.

SI A CONTINUACIÓN HAY UNA FRASE, AFIRMACIÓN O SECCIÓN CON LA QUE NO ESTÁ DE ACUERDO, MARQUE UNA LÍNEA Y AÑADA SUS INICIALES.

Por lo tanto, pido que se retengan o se retiren los procedimientos de prolongación de la vida cuando no haya esperanza de una recuperación significativa presente:

- **Una condición terminal, o**
- **Una condición, enfermedad o lesión sin expectativas razonables de que recupere una calidad de vida razonable, o**
- **Un daño cerebral importante o una enfermedad cerebral que no pueda revertirse de forma significativa.**

¿Cuando exista alguna de las condiciones anteriores, elijo que se retengan o se retiren los siguientes procedimientos para prolongar la vida?

- **cirugía diálisis**
- **reanimación cardiopulmonar (“CPR” siglas en inglés) antibióticos**
- **ventilador mecánico (respirador)**
- **alimentación por sonda (alimentos y agua suministrados a través de una sonda en las venas, la nariz o el estómago) otros_**
-
-

Si mi médico cree que un determinado procedimiento para prolongar la vida u otro tratamiento sanitario puede proporcionarme comodidad, aliviar el dolor o conducir a una recuperación significativa, ordeno a mi médico que pruebe el tratamiento durante un período de tiempo razonable. Sin embargo, si no mejora significativamente mi estado, no me proporciona comodidad ni alivia el dolor, ordeno que se retire el procedimiento o el tratamiento, incluso si hacerlo acorta mi vida.

Dispongo que se me administre un tratamiento asistencial para aliviar el dolor o proporcionar comodidad, incluso si dicho tratamiento puede acortar mi vida, inhibir mi apetito o mi respiración, o formar un hábito.

He leído estas instrucciones y las he considerado cuidadosamente, y están de acuerdo con mis deseos.

Fecha: _____, 20____

Firma

Este documento debe ser fechado y firmado en presencia de dos testigos o reconocido por un notario.

TESTIGOS

Los testigos no deben ser (i) el agente de asistencia médica; (ii) parientes del mandante por consanguinidad, matrimonio o adopción; (iii) con derecho a una parte del patrimonio del declarante; o (iv) no responsables económicamente de la asistencia médica del mandante.

Testigo _____

Testigo _____

Dirección _____

Dirección _____

Q

NOTARIO PÚBLICO

ESTADO DE KANSAS, CONDADO DE _____, en particular:

El instrumento anterior fue reconocido ante mí el día _____ de _____,
20____, por _____.

Notario Público