

TESTAMENTO VITAL DE NUEVA YORK

INSTRUCCIONES

SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

TACHE
CUALQUIER
DECLARACIÓN
QUE NO REFLEJE
SUS DESEOS

© 2000
PARTNERSHIP FOR
CARING, INC.

Este Testamento Vital ha sido formalizado para que concuerde con la ley del estado de Nueva York, según establecido en el caso In re Westchester County Medical Center, 72 N.Y.2d 517 (1988). En ese caso la Corte estableció la necesidad de evidencia "clara y convincente" de los deseos del paciente e indicó que la "situación ideal es una en la cual los deseos de los pacientes fueron expresados en algún tipo de escrito, quizás un 'testamento vital.'"

Yo, _____, en pleno uso de mis facultades hago esta declaración como una directriz a ser cumplida si llego a estar permanentemente incapacitado(a) para participar en las decisiones respecto a mi tratamiento médico. Estas instrucciones reflejan mi resolución firme y decidida a declinar tratamiento médico bajo las circunstancias indicadas abajo:

Instruyo a mi médico de cabecera para que no administre o descontinúe el tratamiento que simplemente prolonga mi muerte, si me encuentro en una **condición mental o física incurable o irreversible sin una expectativa razonable de recuperación**, incluyendo pero sin limitarse a: (a) **una condición terminal**; (b) **una condición de inconsciencia permanente** o (c) **una condición mínimamente consciente en la cual estoy permanentemente incapacitado(a) para tomar decisiones o expresar mis deseos**.

Instruyo que mi tratamiento se limite a las medidas que me mantengan cómodo(a) y alivien el dolor que pudiese ocurrir cuando no se administre o se descontinúe el tratamiento.

Aunque entiendo que no se me requiere legalmente que especifique tratamientos futuros **si me encuentro en la condición(es) descrita(s) arriba, tengo opiniones muy firmes respecto a las siguientes formas de tratamiento:**

No deseo resucitación cardíaca.

No deseo respiración mecánica.

No deseo la administración artificial de líquidos y nutrición
No deseo antibióticos.

Sin embargo, **deseo** alivio máximo del dolor, aunque esto signifique que mi muerte se acelere.

**Añada
INSTRUCCIONES
PERSONALES
(SI ALGUNA)**

Otras instrucciones:

Estas instrucciones expresan mi derecho legal a rehusar tratamiento, bajo la ley de Nueva York. Mi intención es que se lleven a cabo mis instrucciones, a menos que las rescinda en un nuevo escrito o indicando claramente que he cambiado de parecer.

**FIRME Y FECHÉ
EL DOCUMENTO
Y ESCRIBA SU
DIRECCIÓN EN
LETRA DE
MOLDE**

Firmado _____ Fecha _____

Dirección _____

**PROCEDIMIENTO
PARA
ATESTIGUAR**

Declaro que la persona que firmó este documento pareció ejecutar el testamento vital voluntariamente y libre de coacción. Él o ella firmó (o pidió a alguien que firmara por él o ella) este documento en mi presencia. No soy la persona nombrada en el poder como apoderado por este documento.

**SUS TESTIGOS
DEBEN FIRMAR
Y ESCRIBIR SUS
DIRECCIONES
EN LETRA DE
MOLDE**

Testigo 1 _____

Dirección _____

Testigo 2 _____

Dirección _____

© 2000
PARTNERSHIP FOR
CARING, INC.