



# TESTAMENTO VITAL

(INSTRUCCIONES DE CUIDADO DE SALUD EN CASO DE UNA CONDICIÓN MÉDICA EN ETAPA FINAL O INCONCIENTE PERMANENTE)

*\*Este formulario de Testamento Vital fue desarrollado por los proveedores de cuidado de salud para asistirle en documentar sus instrucciones y preferencias de cuidado de salud. Usted puede usar un formulario diferente de Testamento vital, si así lo prefiere. Otros ejemplos de formularios de Testamento Vital están disponibles en:*

[www.agingwithdignity.org/5wishes.html](http://www.agingwithdignity.org/5wishes.html)

[www.aging.state.pa.us/aging/lib/aging/AdvanceDirectives.pdf](http://www.aging.state.pa.us/aging/lib/aging/AdvanceDirectives.pdf)

*\*Además de este formulario de Testamento Vital, se recomienda ampliamente que usted también designe a una persona de su confianza para ser su sustituto en la toma de decisiones, en caso usted no pueda hacer o comunicar sus decisiones de tratamiento por sí mismo. Usted puede nombrar a su sustituto de toma de decisiones para completar un formulario de carta poder, el cual está disponible de WellSpan Health.*

Las siguientes instrucciones de tratamiento de cuidado de salud ejercitan mi derecho a hacer mis propias decisiones de cuidado de salud. Estas instrucciones están intencionadas a proveer evidencia clara y convincente de mis preferencias a ser seguidas si me inhabilito para hacer o comunicar las decisiones de tratamiento para mi mismo.

SI TENGO UNA CONDICION DE ESTADO TERMINAL (EL CUAL RESULTARA EN MI MUERTE, SIN IMPORTAR LA INTRODUCCION O CONTINUACION DEL TRATAMIENTO MEDICO) O SI ESTOY INCONCIENTE PERMANENTEMENTE (COMO EN UNA COMA IRREVERSIBLE O UN ESTADO VEGETATIVO IRREVERSIBLE) Y NO HAY UNA ESPERANZA REALISTICA DE RECUPERACION SIGNIFICANTE, ORDENO A MIS PROVEEDORES DE CUIDADO DE SALUD Y A MIS SUSTITUTOS DE TOMA DE DECISIONES (INCLUYENDO MIS AGENTES DE CUIDADO DE SALUD O REPRESENTANTES) A SER GUIADOS POR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

1. Instruyo que me den tratamiento de cuidado de salud (el cual puede incluir medicamentos y/o procedimientos) para aliviar el dolor o proveer comodidad aunque tal tratamiento pueda acortar mi vida, retenga mi apetito o mi respiración o se convierta en un hábito.
2. Instruyo que cualquier tratamiento de cuidado de salud que es proporcionado principalmente con el propósito de prolongar mi vida (por ejemplo, resucitación cardiopulmonar/ CPR, ventilación mecánica, o diálisis de riñones) sea detenido o eliminado.
3. Instruyo que cualquier tratamiento de cuidado de salud, que de otra manera pueda prolongar la vida, se me pueda proporcionar si mis proveedores de cuidado de salud deciden que tal tratamiento aliviará mi dolor o me mantendrá cómodo, o pueda efectivamente proveerme beneficio medico (por ejemplo, terapia de radiación para aliviar el cáncer óseo, o antibióticos para el tratamiento de fiebre).
4. Comprendo que en Pennsylvania la ley asume que quiero nutrición (alimento) o hidratación (agua) se me sea provista médicamente por una sonda en mi nariz, estomago, intestino, arterias, o venas, a menos que lo especifique de otra forma. Para especificar que usted NO quiere que se le provea medicamento con una sonda nutrición (alimento) o hidratación (agua), por favor ponga sus iniciales en la siguiente declaración:

\_\_\_\_\_ Instruyo que si tengo una condición médica de estado terminal o estoy permanentemente inconciente y no hay esperanza realística o recuperación significativa, NO quiero que se me sea provista médicamente por medio de una sonda nutrición (alimento) o hidratación (agua).

(Continúa en el otro lado)

5. **DONACION DE ORGANO:** Para especificar que usted QUIERE ser un donador de órgano y/o tejido, por favor ponga sus iniciales en la siguiente declaración:

\_\_\_\_\_ Doy el consentimiento para donar mis órganos y tejidos al momento de mi muerte para los propósitos de trasplante, estudio médico o educación. (Incluya cualesquier limitaciones que desee para donar órganos específicos o uso para la donación de órganos y tejidos)

---

---

---

---

Habiendo leído este documento, lo he firmado (o instruido que sea firmado a mi nombre) en la siguiente fecha:

---

Escriba su nombre  
con letra de molde: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

---

Firma del 1er testigo: \_\_\_\_\_

Firma del 2do testigo: \_\_\_\_\_