

Directiva para atención de la salud (o Testamento en vida)

Directiva formulada este día _____ de _____ de _____ (mes y año).

Yo _____, teniendo la capacidad para tomar decisiones sobre atención de la salud, intencional y voluntariamente hago conocer mi deseo de que mi muerte no sea prolongada artificialmente bajo las circunstancias establecidas a continuación, y por la presente declaro lo siguiente:

(a) Si en cualquier momento yo fuera diagnosticado por el médico a cargo, por escrito, con una condición terminal o dos médicos declaren que estoy en una condición de inconsciencia permanente, donde la aplicación de tratamiento para mantener con vida serviría únicamente para prolongar artificialmente el proceso de mi muerte, ordeno que dicho tratamiento sea negado o retirado y que se me permita morir de manera natural. Comprendo por medio de la utilización del presente formulario que una condición terminal significa una condición sin cura e irreversible provocada por una lesión, dolencia o enfermedad, la cual, dentro de una opinión médica razonable, provocaría la muerte dentro de un periodo razonable de tiempo de conformidad con los estándares médicos aceptados, y donde la aplicación de tratamiento para mantener con vida serviría únicamente para prolongar el proceso de muerte. Asimismo comprendo por medio de la utilización del presente formulario que una condición de inconsciencia permanente significa una condición sin cura e irreversible en la cual una evaluación médica dentro de una opinión médica razonable determina que no existe probabilidad razonable de recuperación por un coma irreversible o estado vegetativo permanente.

(b) Ante la ausencia de mi capacidad para dar indicaciones relacionadas con el uso de un tratamiento para mantener con vida, mi intención es que esta directiva sea respetada por mi familia y médico(s) como expresión final de mi derecho legal de rechazar tratamiento médico o quirúrgico y acepto las consecuencias de dicho rechazo. Si otra persona fuera designada para tomar estas decisiones por mí, ya sea a través de un poder legal duradero u otro medio, solicito que la persona se guíe por esta directiva y cualquier otra expresión clara de mis deseos.

(c) Si fuera diagnosticado con una condición terminal o una condición de inconsciencia permanente (marcar una):

SÍ deseo recibir nutrición e hidratación de manera artificial.

NO deseo recibir nutrición e hidratación de manera artificial.

(d) Si me hubieran diagnosticado un embarazo y mi médico conoce dicho diagnóstico, esta directiva no tendrá vigencia o efecto durante el curso de mi embarazo.

(e) Comprendo la importancia total de esta directiva y estoy emocional y mentalmente capacitado para tomar las decisiones de atención de la salud contenidas en la presente directiva.

(f) Comprendo que antes de firmar la presente directiva, puedo agregar o borrar de ésta o de otra manera cambiar la redacción de la presente directiva y puedo agregar o borrar de la misma en cualquier momento y que cualquier cambio deberá ser coherente con la ley estatal de Washington o la ley federal constitucional para ser legalmente válido.

(g) Mi deseo es que cada parte de la presente directiva sea implementada en su totalidad. Si por cualquier razón alguna parte fuera invalidada, mi deseo es que el resto de mi directiva sea implementada.

Firmado _____

Ciudad, Condado y Estado de residencia

He conocido personalmente al declarante y creo que es capaz de tomar decisiones de atención de la salud.

Testigo _____

Testigo _____

(Un testigo no puede (i) estar emparentado con el declarante por vía sanguínea o matrimonial; (ii) tener derecho a ninguna parte del patrimonio del declarante una vez fallecido el declarante por voluntad del declarante o del codicillo testamentario para tal fin existente en ese momento o bien, en la formulación de la presente directiva existente en dicho momento por disposición de la ley; (iii) ser el médico a cargo o un empleado del médico a cargo o el establecimiento de atención de la salud en el cual el declarante es un paciente al momento de la firma; o (iv) una persona que tiene un reclamo contra cualquier porción del patrimonio del declarante una vez fallecido el declarante al momento de la firma.)