Dignity Health
Mercy Gilbert Medical Center

TESTAMENTO VITAL MÉDICO

Yo, _____, ordeno a aquellas personas que participen de la atención de mi salud que implementen mis preferencias con relación a la atención de salud según se indica debajo, cuando yo no pueda expresarme por mi mismo/a. La persona apoderada para mi atención médica es _____ _____ y espero que esta persona cumpla con mis deseos según se declaran debajo.

_____ Deseo que mi vida se prolongue todo lo posible, es decir mediante el uso de todos los tratamientos artificiales de soporte vital disponibles.

Si usted coloca sus iniciales es esta declaración, no coloque sus iniciales en ninguna otra declaración de esta página y proceda a firmar el documento.

_____ Espero que mi médico administre los tratamientos que me puedan ayudar a disfrutar una calidad de vida aceptable. Sin embargo, si mi calidad de vida se tornara inaceptable para mí, ordeno que se retiren los tratamientos. Mi apoderado/a para la atención de la salud decidirá lo que es una calidad de vida aceptable para mí cuando yo ya no pueda expresarme por mí mismo/a.

Siempre espero recibir atención y tratamiento para el dolor y el control de los síntomas, aún en el caso en que dicha atención me cause somnolencia, falta de apetito, reduzca mi ritmo respiratorio o pueda formar hábito.

Estos son algunos de los procedimientos que no deseo.

_____ Reanimación Cardiopulmonar (RCP), Compresión, Choque
_____ Ventilación asistida o mecánica (máquina para respiración, tubo para respiración)
_____ Tubo de alimentación
_____ Diálisis
_____ Antibióticos
_____ Transfusiones de sangre
_____ Agentes vasodilatadores – para controlar la presión sanguínea
_____ Otros: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo:
Yo afirmo que me encontraba presente cuando se firmó (colocaron marcas) este documento y creo que la persona se encuentra en uso pleno uso de sus facultades mentales y que ha completado este documento en forma voluntaria. Soy una persona adulta, no tengo relación por sangre, matrimonio o adopción con el/ella y no soy un apoderado nombrado en este documento. No soy, según mi conocimiento, beneficiario de su testamento o codicilo y no tengo derecho alguno a su caudal hereditario. No participo en forma directa de su atención de salud.

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____

Hable con respecto a este formulario y de sus ideas relacionadas a la atención de salud con la persona que usted ha elegido para tomar decisiones por usted – su(s) médico(s), sus familiares y amigos. Entregue a cada uno de ellos una copia de este formulario. Debería revisar este formulario con frecuencia. Usted puede modificar o anular este formulario en cualquier momento.

- **Lleve una copia de este formulario con usted cada vez que va al hospital o sale de viaje**