

El testamento vital es un documento que contiene instrucciones de atención médica en caso de que el testador (la persona que prepara este documento) sufra una dolencia terminal. La dolencia terminal puede ser el resultado de una lesión, enfermedad o trastorno incurable, con muerte inminente y el testador no ha preparado instrucciones para prolongar la vida.

El testamento vital da instrucciones para limitar los esfuerzos terapéuticos que prolonguen artificialmente las funciones vitales y posterguen la muerte. En este documento, el testador pide permiso para que lo dejen morir de manera natural, e instruye solo para que le administren analgésicos y le presten los cuidados paliativos adecuados. Además, cuando prepare su testamento vital, podrá indicar si quiere recibir o no nutrición e hidratación artificiales. También puede decidir si su representante o su abogado tomarán estas decisiones de atención médica.

El testador que sea adulto competente tiene el derecho de controlar las decisiones que afecten la atención médica que reciba, incluidas las terapias para prolongar la vida. Si opta por rechazar tratamientos médicos como decisión final y acepta las consecuencias de tal decisión, el testamento vital le servirá para expresarla.

**No tenga miedo de hablar con sus seres queridos con libertad para indicarles su deseo de que respeten su voluntad en el testamento vital.**

## Formalización por escrito de un testamento vital

(Execution of a Living Will)

Podrá formalizar un testamento vital si usted es mayor de 18 años. Características del testamento vital:

- Expresa la voluntad del testador.
- Contiene las instrucciones del testador en forma escrita.
- Tiene la firma del testador (usted) o lleva la firma de otra persona que esté presente y que siga sus instrucciones explícitas.
- Tiene fecha.
- Lleva las firmas de al menos dos testigos competentes y mayores de 18 años, quienes firman el documento en presencia del testador.

Situaciones que descalifican a un testigo del testamento vital:

- Es la persona que firmó el testamento vital en nombre del testador.
- Es padre, madre, cónyuge, hijo o hija del testador.
- Tiene derecho a recibir parte alguna del patrimonio del testador.
- Corre con la responsabilidad financiera de la atención médica del testador.

Entréguele a su médico una copia del testamento vital, que él archivará en su historia clínica. El testamento vital no impone en el médico la obligación legal de limitar los esfuerzos terapéuticos para prolongarle artificialmente la vida. Sin embargo, el testamento vital es prueba de los deseos del testador, que se tendrán muy en cuenta para determinar sus intenciones si éste es incapaz de dar instrucciones sobre su propio cuidado médico. El testamento vital no tiene efecto alguno en caso de embarazo.

## Anulación de un testamento vital (Revocation of a Living Will)

Puede anular su testamento vital con uno de estos métodos:

- Documento de anulación firmado y fechado.
- El testador u otra persona que esté presente para seguir sus instrucciones anula o destruye físicamente el testamento vital.
- El testador expresa el deseo verbal de anular el testamento vital.

La anulación entra en vigencia en el momento que el testador se la comunica a su médico.

Las disposiciones del Código de Indiana autorizan el formulario del testamento vital adjunto.

Existen muchas clases de instrucciones previas. Antes de llenar cualquier documento de instrucciones previas, Parkview Health le recomienda hablar con los médicos y equipos de atención médica que lo atienden, con su familia y con su abogado.

**Consulte la información adicional en los sitios web siguientes:**

[www.parkview.com](http://www.parkview.com)  
[www.in.gov/isdh/25880.htm](http://www.in.gov/isdh/25880.htm)

# DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

## Testamento Vital (Living Will Declaration)

*Las leyes que afectan los documentos de instrucciones previas sobre atención médica en Indiana se presentan en este folleto. El documento también contiene detalles sobre los testamentos vitales. Sin embargo, la información presentada no reemplaza la consulta con un abogado sobre la planificación patrimonial ni tampoco sustituye el consejo legal de un profesional. Las declaraciones citadas reflejan la legislación vigente en Indiana a partir del 1 de junio de 2017. Algunos detalles no tienen aplicación fuera del estado de Indiana porque otros estados se gobiernan con leyes distintas.*

# TESTAMENTO DE DECLARACION MIENTRAS VIVO

(Living Will Declaration)

La declaración hecha este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, Yo, \_\_\_\_\_, Siendo por lo menos (18) años de edad y de mente sana, pemeditadamente y voluntariosamente hago saber mis deseos de que mi morir no debería ser prolongado artificialmente bajo las circunstancias fijadas abajo, y yo declaro:

Si en algún momento mi doctor atendiente certifica por escrito que: (1) Yo tengo una herida, maldad o enfermedad incurable; (2) mi muerte ocurrirá dentro de un corto periodo de tiempo; y (3) el uso de procedimientos para prolongar la vida servirá solamente para prolongar artificialmente el proceso de morir, Yo dirijo que tales procedimientos sean suspendidos o retirados, de que sea permitido(a) a morir naturalmente con solamente la provisión o ejecución de algun procedimiento médico o medicamento necesario para proveerme cuidado solaz o para aliviar dolor, y si he indicado abajo, la provisión artificial de nutrición y hidratación. (Indiqué su selección mediante inicializar o hacer una marca antes de firmar esta declaración.)

- Yo deseo recibir artificialmente la provisión de nutrición y hidratación si el esfuerzo para sostener la vida es fútil o excesivamente gravoso para mi.
- No deseo recibir artificialmente la provisión de nutrición y hidratación si el esfuerzo para sostener la vida es fútil o excesivamente gravoso para mi.
- Intencionalmente yo no he hecho la decisión concerniente de nutrición y hidratación proveida artificialmente, Dejando la decisión a mi representante de cuidado de salud nombrado bajo I.C. (código de Indiana) 16-36-1-7, o a mi abogado(a) en hecho con poderes de cuidado de salud bajo I.C. (código de Indiana) 30-5-5.

En la ausencia de mi habilidad en dar direcciones en cuanto el uso de procedimientos para prolongar la vida, es mi intención que esta declaración sea honrada por mi familia, y doctor como la última expresión de mi derecho legal para rehusar tratamiento médico (u) quirúrgico y aceptación de las consecuencias por rehusar.

Yo entiendo la importancia completa de esta declaración.

\_\_\_\_\_  
(Signature) Firma \_\_\_\_\_ (Date) Fecha

\_\_\_\_\_  
(City) Ciudad \_\_\_\_\_ (County) Condado \_\_\_\_\_ (State) Estado

El declamador se ha hecho personalmente conocido a mi, y creo que (él/ella) es de mente sana. No firmé la firma notada arriba por o bajo la dirección del declamador. No soy padre, esposo(a), o hijo(a) del declamador. No estoy autorizado(a) en recibir alguna parte del los bienes del declamador o ser directamente responsable financieramente por el cuidado médico del declamador. Tengo por lo menos (18) años de edad y soy competente.

\_\_\_\_\_  
(Signature of Witness #1) Firma del Testigo #1 (Printed Name) Nombre escrito en letra de molde

\_\_\_\_\_  
(Witness #1 Address / Telephone #) Dirección y # de teléfono del testigo #1 / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature of Witness #2) Firma del Testigo #2 (Printed Name) Nombre escrito en letra de molde

\_\_\_\_\_  
(Witness #2 Address / Telephone #) Dirección y # de teléfono del testigo #2 / \_\_\_\_\_

