

Directivas Avanzadas Médicas Testamento De Vida

Nombre _____

Fecha Ejecutada _____

Copias dadas a: _____

Dupont Hospital

Administración de Casos (260) 416-3058

Cuidado Pastoral (260) 416-3068

Lutheran Hospital

Administración de Casos/Servicios Sociales
(260) 435-7141

Cuidado Pastoral (260) 435-7117

Rehabilitation Hospital of Fort Wayne

Servicios de Administración de Casos
(260) 435-6100

Cuidado Pastoral (260) 435-7117

St. Joseph Hospital

Cuidado Pastoral (260) 425-3090

Dukes Memorial Hospital

Servicios de Administración de Casos
(765) 472-8037 or (765) 472-8019

Cuidado Pastoral (765) 473-2277

La Declaración del Testamento de Vida fue creada en junio del 2005 para reflejar el actual Código de Indiana con respeto a los testamentos de vida y a Las Directivas Avanzadas Médicas



DIRECTIVAS AVANZADAS MÉDICAS

LA DECLARACIÓN DEL TESTAMENTO DE VIDA

FORMA DE INDIANA

Dupont Hospital

Lutheran Hospital

Rehabilitation Hospital of Fort Wayne

St. Joseph Hospital

Dukes Memorial Hospital

Como un paciente de Dupont Hospital, Lutheran Hospital, Rehabilitation Hospital, St. Joseph Hospital o de Dukes Memorial Hospital, usted tiene el derecho de hacer sus propias decisiones acerca del cuidado médico que usted recibe. A través de un testamento de vida, ese derecho continúa incluso si usted es incapaz de hablar o no está capacitado de hacer sus propias decisiones.

Un testamento de vida les dice a su doctor y familia que si usted está cerca de morir con no esperanza de recobrase, usted no quiere recibir tratamientos médicos que prolongarán el proceso de su muerte. Un testamento de vida requiere permiso para morir naturalmente, tratado solamente con medicación para el doctor y cuidado confortable. En su testamento de vida, usted tal vez nombre si usted quiere tener nutrición artificial suplementaria e hidratación como parte de su cuidado médico.

Usted podría discutir su testamento de vida con su doctor antes de una situación crítica para estar seguro que él o ella entiende y acepta su testamento. Usted debe de estar competente en el momento que usted ejecuta su testamento para poder ser válido. Por ley, un testamento no será efectivo durante un embarazo.

Un testamento puede ser revocado por escrito, por destruyendo el documento o por decirles a otros que el nombramiento ha sido revocado. La revocación de su testamento no será efectiva hasta que usted notifique a sus doctores.

Esté seguro que usted da copias de su testamento a cualquier persona quien pueda ser contactado en caso de una emergencia. Para su conveniencia, usted puede proveer una lista de las personas quienes recibirán una copia de su testamento de vida en el lado del reverso de este documento. Si usted hace cambios a su testamento de vida, provea copias actualizadas a su familia, doctores, y cualquier otra persona quien pueda ser contactado en caso de una emergencia.

Usted podría discutir su decisión para ejecutar un testamento de vida, con su familia, doctores, abogado, trabajadores sociales, o por un clérigo. Representantes de este hospital están disponibles a consultar futura información. Un capellán del hospital está disponible 24 horas al día. Para asuntos legales acerca de testamentos de vida de personas que podrían dar consentimiento médico, usted tiene el derecho de contactarse con un abogado.

Puntos Para Recordar

Un testamento de vida, debe ser ...

- Voluntario en escritura y fechada.
- Firmado por usted, o si usted es incapaz para firmar por usted mismo, firmado en su presencia por alguien que usted había autorizado.
- Firmado con la presencia de por lo menos de dos (2) testigos competentes.

Su Testigo ...

- Debe tener por lo menos 18 años de edad.
- No puede ser la persona que usted autorizó para firmar el testamento de vida si usted es incapaz de firmarlo por usted mismo.
- No puede ser su padre, esposo, o hijo(a)
- No puede ser una persona nombrada en alguna porción de su propiedad.
- No puede ser responsable financieramente por su cuidado médico.

Su testamento de vida no será efectivo hasta que su Médico certifique que ...

- Usted tiene una lesión incurable, enfermedad o incapacidad.
- Su muerte ocurrirá en un periodo de tiempo corto.
- El uso de procedimientos para prolongar la vida podría solamente artificialmente prolongar el proceso de muerte.

Usted puede revocar su testamento de vida por ...

- Destruyendo el documento del testamento de vida
- Revocando la declaración en un documento escrito firmado y con fecha.
- Hablando verbalmente a otros y a su doctor que su intento a revocar el testamento de vida no es efectivo hasta que usted notifique a su doctor.

Esta forma fue creada para cumplir con el Código de las Leyes de Indiana. Las cuales varían de estado a estado. Vea a su abogado para información acerca de Directivas Avanzadas Médicas en otros estados.

Declaración del Testamento de Vida

La Declaración hecha este _____ día de _____ (mes, año). Yo, _____, teniendo por lo menos dieciocho (18) años de edad y con la mente saludable, hago saber voluntariamente que es mi deseo que mi muerte no será prolongada artificialmente bajo el conjunto de circunstancias escritas abajo, y yo declaro:

Si en cualquier momento mis doctores certifican por escrito que: (1) tengo una enfermedad incurable, o incapacidad; (2) mi muerte ocurrirá dentro de un tiempo corto; y (3) el uso de procedimientos para alargar mi vida, lo cual podría ser usado artificialmente para alargar el proceso de morir, Yo ordeno que tales procedimientos sean retirados o negados y que sea permitido morir naturalmente con solamente provisiones y realizaciones de cualquier procedimientos médicos, medicina necesaria para proveerme un cuidado confortable o para aliviar el dolor, y si yo he indicado abajo, suministrar nutrición artificial e hidratación. (indique su elección por medio de sus iniciales o haciendo una marca antes de firmar esta declaración):

____ Yo deseo recibir suplemento artificial, nutrición, e hidratación, incluyendo si el esfuerzo para sostenerme la vida es inútil o excesivamente molesto para mí.

____ Yo no deseo recibir suplemento artificial, nutrición, e hidratación, incluyendo si el esfuerzo para sostenerme la vida es inútil o excesivamente molesto para mí.

____ Yo intencionalmente no tomo ninguna decisión en relación con suplemento artificial, nutrición, e hidratación dejando que mi representante médico tomo esta decisión nombrado bajo IC 16-36-1-7 o mi abogado de hecho con poderes de cuidado médico bajo IC 30-5-5.

En ausencia de mi habilidad de dar las direcciones con respecto al uso de los procedimientos para prolongación de la vida, es mi intención que esta declaración sea respectada por mi familia y el médico como la expresión final de mi derecho legal de rehusar el tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias de haber rehusado.

Entiendo toda la importancia total de esta declaración. Este testamento de vida supersede y revoca cualquier y toda prioridad del testamento de vida.

Firma _____

Ciudad, Condado, y Estado de Residencia _____

El declarante ha sido conocido personalmente por mí, y yo creo (él/ella) tener la mente saludable. Yo no firmé la firma del declarante arriba para ni en la dirección del declarante. Yo no soy un padre, esposo ni el hijo del declarante. Yo no tengo derecho en ninguna parte de la propiedad del declarante ni directamente responsable financieramente del cuidado médico del declarante. Soy competente y tengo por lo menos dieciocho (18) años de la edad.

Testigo _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____