

**ESTADO DE ARIZONA**  
**TESTAMENTO EN VIDA (atenciones al final de la vida)**  
Instrucciones y formulario

**INSTRUCCIONES GENERALES:** Use este formulario de testamento en vida para tomar decisiones ahora sobre sus atenciones médicas si alguna vez se viera en condiciones desahuciadas, en estado vegetativo persistente o en coma irreversible. Debe platicar con su doctor(a) acerca de lo que significan estas expresiones. El testamento en vida manifiesta las decisiones que usted hubiera tomado por cuenta propia si hubiera sido capaz de comunicarse. Son las directrices por escrito para su representante médico, si lo tiene, su familia, su médico y cualquier otra persona que se encuentre en condiciones de tomar decisiones de atenciones médicas para usted. Platique con los familiares, amigos y otros en los que confíe sobre lo que usted escoja. Además, conviene platicarle a los profesionales tales como su doctor, su clérigo y un(a) abogado/a antes de que usted complete y firme el testamento en vida.

Si usted decidiera que éste fuera el formulario que usted quisiera usar, complete el formulario. No firme el testamento en vida hasta tanto su testigo o Notario/a Público/a esté presente para verle firmarlo. En la página 2 hay más instrucciones para usted sobre la firma.

**IMPORTANTE: Si usted tiene un testamento en vida y una carta poder perdurable para atenciones médicas, debe adosar el testamento en vida a la carta poder perdurable para atenciones médicas.**

**1. Información sobre mí: (Se me denomina el/la "Principal")**

Mi Nombre: \_\_\_\_\_

Mi Edad: \_\_\_\_\_

Mi Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mi Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Mi Teléfono: \_\_\_\_\_

**2. Mis decisiones sobre las atenciones al final de la vida:**

**NOTA:** He aquí algunas declaraciones generales sobre lo que usted pudiera escoger en cuanto las atenciones médicas que usted quiera al concluir su vida. Aparecen en el orden que dictan las leyes de Arizona. Usted puede escribir las iniciales de su nombre en cualquier combinación de los párrafos A, B, C, y D. **Si usted escribe las iniciales de su nombre en el párrafo E, no escriba las iniciales en los otros párrafos.** Lea todas las declaraciones cuidadosamente antes de escribir las iniciales para indicar lo que usted escoja. También puede escribir en la sección 3 de este formulario su propia declaración sobre los tratamientos para mantenerle la vida y otros asuntos sobre sus atenciones médicas.

\_\_\_\_\_ A. **Sólo atenciones para mi comodidad:** Si estuviera en condiciones desahuciadas, no quiero que me prolonguen la vida ni quiero tratamiento que me sostenga la vida, aparte de las atenciones para mi comodidad, que sólo sirva para demorar artificialmente el momento de morir. (NOTA: "Las atenciones para su comodidad" significa el tratamiento que intente proteger y realzar la calidad de vida sin prolongar la vida artificialmente.)

\_\_\_\_\_ B. **Limitaciones precisas a los tratamientos médicos que quiero:** (NOTA: Escriba las iniciales de su nombre o marque una o más elección/es; hable con su doctor(a) sobre lo que elija.) Si estuviera en condiciones desahuciadas, o si estuviera en coma irreversible o en estado vegetativo persistente que a los doctores les pareciera justo pensar que fuera irreversible o curable, quiero que se me dé el tratamiento médico necesario que brinde las atenciones que me mantengan cómodo/a, pero **no quiero lo siguiente:**

- \_\_\_\_\_ 1.) Resucitación cardiopulmonar: por ejemplo, el uso de fármacos, toques eléctricos y respiración artificial.  
\_\_\_\_\_ 2.) Que se me administren alimentos y líquidos artificialmente.  
\_\_\_\_\_ 3.) Que me lleven al hospital si pudiera evitarse de alguna manera.

\_\_\_\_\_ C. **Embarazo:** No empece cualquier otra instrucción que yo haya dado en este testamento en vida, si supiera que estuviera embarazada, no quiero que me retengan o me retiren el tratamiento para sustentar la vida si fuera posible que, al seguirse proporcionando el tratamiento de sustento de vida, el embrión o feto pudiera desarrollarse hasta alcanzar el punto de nacer vivo.

\_\_\_\_\_ D. **Tratamiento hasta que se conozca razonablemente mi condición médica:** No empece las instrucciones que yo diera en este testamento en vida, quiero que se usen todas las atenciones médicas necesarias para tratar mi condición hasta que los doctores puedan llegar a una justa conclusión de que esté en condiciones desahuciadas o irreversible e incurable, o que esté en un estado vegetativo persistente.

\_\_\_\_\_ E. **Instrucción para que se me prolongue la vida:** Quiero que se me prolongue la vida hasta donde sea posible.

**ESTADO DE ARIZONA  
TESTAMENTO EN VIDA (atenciones al final de la vida)(cont.)**

**3. Otras declaraciones o deseos que quiero que se cumplan para las atenciones al final de la vida:**

**NOTA:** Usted puede adjuntar más cláusulas o limitaciones a las atenciones médicas que no se hayan incluido en este formulario de testamento en vida. Escriba las iniciales de su nombre o una marca de cotejo en la casilla A o B abajo. Asegúrese de incluir lo adjunto si marca la B.

- \_\_\_\_\_ **A.** No adjunté más cláusulas o limitaciones especiales sobre las atenciones que quiero al final de la vida.  
\_\_\_\_\_ **B.** Adjunté más cláusulas o limitaciones especiales sobre las atenciones que quiero al final de la vida.

**FIRMA O VERIFICACIÓN**

A. Estoy firmando este testamento en vida como sigue:

Mi Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

B. Soy incapaz físicamente de firmar este documento, por lo que un(a) testigo está verificando mis deseos como sigue:

**Verificación del/de la Testigo:** Considero que este testamento en vida manifiesta fielmente los deseos que me comunicó el/la principal del documento. Él/ella tiene la intención de poner en vigor este testamento en vida ahora. Por lo pronto, él/ella es incapaz físicamente de firmar o de hacer una marca en el documento. Verifico que él/ella me indicó directamente que el testamento en vida manifiesta los deseos suyos y que tiene la intención de poner en vigor este testamento en vida ahora.

Nombre del/de la Testigo (en letra de molde): \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL/DE LA TESTIGO O NOTARIO/A PÚBLICO/A:**

**NOTA:** Por lo menos un(a) testigo adulto/a o un(a) Notario/a Público/a deberá dar fe de que usted firmó este documento y después firmarlo. El/la testigo o Notario/a Público/a NO PUEDE ser alguien que sea: (a) menor de 18 años de edad; (b) pariente suyo/a por sangre, adopción o matrimonio; (c) alguien con derecho a alguna parte de sus bienes; (d) designado/a como representante; o (e) alguien que esté involucrado en proporcionar atención médica a usted al momento de firmarse este documento.

**A. Testigo:** Certifico que he atestado la firma de este documento por el/la Principal. La persona que firma este testamento en vida parecía estar lúcida y no estar bajo presión de tomar decisiones específicas o de firmar el documento. Comprendo los requisitos para ser testigo. Confirmando lo siguiente:

- ◆ Actualmente no estoy designado/a para tomar decisiones médicas para esta persona.
- ◆ No estoy involucrado/a directamente en proporcionar atención médica a esta persona.
- ◆ No tengo derecho a porción alguna de los bienes de esta persona cuando muera ni por testamento ni por efecto de la ley.
- ◆ No estoy emparentado/a con esta persona por sangre, matrimonio o adopción.

Nombre del/de la Testigo (en letra de molde): \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

**Notario/a Público/a** (NOTA: sólo hace falta Notario/a Público/a si no lo firmó un(a) testigo)

ESTADO DE ARIZONA ) ss  
CONDADO DE \_\_\_\_\_)

El/a infrascrito/a, Notario/a Público/a certificado/a en Arizona, declara que la persona que establece este testamento en vida lo ha firmado y firmado o marcado en mi presencia y me parece que está lúcido/a y libre de coacción. Además declaro que no estoy emparentado/a con el/a arriba firmante, por sangre, matrimonio o adopción, ni soy una persona designada para tomar decisiones médicas a nombre de él/ella. No estoy involucrado/a directamente en proporcionar atención médica al/a la firmante. No tengo derecho a porción alguna de sus bienes ni por testamento existente ni por efecto de la ley. En caso de que la persona que ponga en vigor este testamento en vida sea incapaz físicamente de firmar o marcar este documento, verifico que él/ella me indicó directamente que este testamento en vida manifiesta sus deseos y que él/ella tiene la intención de poner en vigor el testamento en vida ahora.

DOY FE POR MI FIRMA Y SELLO este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.  
Notario/a Público/a \_\_\_\_\_ Mi Cargo Vence: \_\_\_\_\_