

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.

