



VOLUNTADES ANTICIPADAS TESTAMENTO VITAL

Declaración realizada el día _____ de _____, (20____), yo _____,
DÍA MES AÑO NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

voluntariamente doy a conocer mi deseo de que mi vida no sea prolongada artificialmente en las circunstancias que se exponen a continuación, y declaro que, en caso de que quede incapacitado y:

_____ Tenga una afección terminal, o tenga una enfermedad en fase terminal, o esté en estado vegetativo persistente,
INICIAL

y si mi médico de cabecera y otro médico a quien se ha consultado han determinado que no existe una probabilidad médica razonable de que me recupere de dicha afección, ordeno que se suspendan o retiren los procedimientos de prolongación de la vida cuando esos procedimientos servirían solo para prolongar artificialmente el proceso de muerte, y que se me permita morir naturalmente solo con la administración de medicamentos o procedimientos que se consideren necesarios para proporcionarme cuidados paliativos o aliviar el dolor.

Es mi intención que mi familia y mi médico respeten esta declaración como la expresión final de mi derecho legal a rechazar el tratamiento médico o quirúrgico.

DESIGNACIÓN DE SUSTITUTO

En el caso de que se determine que no puedo proporcionar un consentimiento expreso e informado con respecto a la suspensión, el retiro o la continuación de los procedimientos de prolongación de la vida, deseo designar, como mi representante para llevar a cabo las disposiciones de esta declaración a:

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Comprendo la importancia total de esta declaración y tengo plenas capacidades emocionales y mentales para hacer esta declaración.

Instrucciones adicionales (opcional): _____

Firma de Paciente

Fecha

Hora

Firmas del testigo:

Firma: _____

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

*** Nota: Solo un testigo puede ser un cónyuge o un pariente consanguíneo**

Referencia: Estatuto de Florida 765.301-310

Información necesaria para los servicios de intérprete:

N.º de identificación del intérprete

FECHA

HORA



**LIVING WILL
SPANISH**

Page 1 of 1