

MEDICAL RECORD NUMBER:

NAME

BIRTH DATE:

DELIVERY NETWORK:



Yale
NewHaven
Health
Northeast
Medical Group

Yale Medicine

**Preferencias de tratamiento y testamento vital
(Treatment Preferences and Living Will)**

Con el propósito de ayudar a que mis médicos y el equipo de atención entiendan mis decisiones de cuidados de salud, especialmente para ayudarles a entender mis deseos sobre el cuidado terminal, proporciono la información que aparece a continuación.

- Ya tengo un testamento vital o documento con instrucciones anticipadas para decisiones médicas que deseo que se lea junto con este documento.
- Todavía no tengo un testamento vital ni un documento con instrucciones anticipadas para decisiones médicas y quiero que la parte 2 que aparece aquí sirva como mi testamento vital y que se lea junto con este documento.

Parte 1. Información sobre mis preferencias de tratamiento

Si ya no estoy en condiciones de tomar decisiones médicas por mí mismo(a), la información que proporciono a continuación describe mis objetivos y preferencias de cuidado terminal.

Situaciones futuras concernientes a la salud:

- Cuando piensa en su salud y las situaciones concernientes a esta que pudiera experimentar en el futuro, ¿cómo se siente?
 - Siempre vale la pena seguir viviendo sin importar el tipo de enfermedad grave, discapacidad o dolor que pudiera estar sintiendo.
 - Podría haber algunas situaciones relacionadas con la salud que pudieran hacer que no valiera la pena seguir viviendo.
- ¿Cómo mide la calidad de vida en relación con la atención médica? Si tuviera una enfermedad grave, ¿qué sería importante para usted?
 - Quiero tratamientos médicos para intentar seguir viviendo tanto como sea posible. No deseo que cese el tratamiento aunque tenga dolor, no pueda comer ni atenderme a mí mismo(a) o necesite máquinas para mantenerme vivo(a).
 - Quiero intentar tratamientos por un tiempo, pero no quiero sufrir. Si después de un tiempo, los tratamientos no me ayudan o estoy sufriendo, quiero que se detengan.
 - Quiero enfocarme en mi calidad de vida y estar a gusto, aunque eso signifique una vida más corta.

En caso de tener una enfermedad grave:

- Si estoy en etapa terminal o demasiado enfermo(a) hasta tal punto que sea muy poco probable que mejore:
 - No quisiera recibir tratamiento para intentar seguir viviendo
 - Quisiera recibir tratamiento para intentar seguir viviendo
- Si mis médicos deciden que lo más probable es que muera dentro de poco tiempo y el tratamiento de soporte vital solamente retrasará el momento de mi muerte:
 - No quisiera recibir tratamiento para intentar seguir viviendo
 - Quisiera recibir tratamiento para intentar seguir viviendo
- Si mis médicos deciden que estoy en un estado de coma del cual no se espera que despierte o me recupere y el tratamiento de soporte vital solamente retrasará el momento de mi muerte:
 - No quisiera recibir tratamiento para intentar seguir viviendo
 - Quisiera recibir tratamiento para intentar seguir viviendo
- Si mis médicos deciden que tengo daño cerebral permanente y severo y no se espera que mejore y el tratamiento de soporte vital solamente retrasará el momento de mi muerte:
 - No quisiera recibir tratamiento para intentar seguir viviendo
 - Quisiera recibir tratamiento para intentar seguir viviendo



Parte 2. Testamento vital

Si llego a estar incapacitado(a) a tal punto que no pueda participar activamente en la toma de decisiones sobre mi propia vida y no pueda dar instrucciones a mis médicos con respecto al cuidado de mi atención médica, deseo que esta declaración se considere la declaración de mis deseos.

Como autor de este documento, solicito que si se considera que mi condición es terminal o si se determina que yo estaré inconsciente permanentemente, se sigan las opciones de tratamiento que se describen a continuación. Al decir *condición médica terminal*, me refiero a una condición incurable o irreversible que, sin el uso de sistemas de soporte vital, según la opinión del médico a cargo de mi cuidado, resultará en mi muerte dentro de un periodo relativamente corto. Al decir *inconsciente permanentemente*, me refiero a que estoy en coma o estado vegetativo permanente, que es una condición irreversible en la que yo en ningún momento estoy consciente de mí mismo(a) o mi entorno y no muestro ningún comportamiento en respuesta al entorno.

Opciones de tratamiento terminal

Si tengo una enfermedad terminal y estoy cerca de la muerte o estoy inconsciente y no es probable que despierte, quiero la siguiente atención médica:

- Si mi corazón deja de latir:
 - Quiero que me hagan reanimación cardiopulmonar para intentar hacer que el corazón vuelva a funcionar
 - No quiero que me hagan reanimación cardiopulmonar para intentar hacer que el corazón vuelva a funcionar; si tengo implantado un desfibrilador automático, quiero que lo apaguen.
- Si no puedo respirar por mí mismo(a):
 - Quiero que me conecten a un respirador
 - No quiero que me conecten a un respirador durante ningún período de tiempo
- Si estoy en estado terminal o tan enfermo(a) que no es posible que mejore y no puedo ingerir suficiente comida ni agua para mantenerme con vida:
 - Quisiera que me coloquen una sonda alimentaria
 - No quisiera que me coloquen una sonda alimentaria

Esta solicitud se elaboró, después de una reflexión cuidadosa, mientras gozo de un estado de lucidez mental.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Firma del paciente

Fecha

**Parte 3 – Declaraciones de los testigos
DECLARACIONES DE LOS TESTIGOS**

Este documento lo firmó en nuestra presencia el autor del mismo, quien parece tener dieciocho años o más, estar en su cabal juicio y con la capacidad de entender las características y consecuencias de las decisiones sobre el cuidado médico al momento de firmar este documento. El autor no parecía estar bajo ninguna influencia inapropiada. Firmamos este documento en presencia del autor y a petición del mismo y en la presencia de cada uno de nosotros.

Primer testigo

Nombre del testigo en letra de imprenta

Firma del testigo

Fecha

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Segundo testigo

Nombre del testigo en letra de imprenta

Firma del testigo

Fecha

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

(Nota – Este formulario requiere de dos testigos, pero no requiere de un Notario (Notary Public) para ser válido)

INSTRUCTIONS FOR SCANNING INTO EPIC

1. Scan into Media Manager
2. For document type, select "Living Will"