

Instrucciones para completar su testamento vital de Nueva York

Un testamento vital **solo entra en vigencia** si se determina que tiene una enfermedad terminal o está al final de la vida y cuando ya no puede comunicar sus deseos. En el estado de Nueva York, el testamento vital fue autorizado por los tribunales (no por la legislación), por lo que no hay requisitos que guíen su uso. Sin embargo, un testamento vital puede desempeñar un papel importante para proporcionar pruebas claras de sus deseos.

Puede agregar instrucciones personales en el punto 3 del formulario si hay tratamientos específicos que desea rechazar pero que no figuran en el documento.

También puede agregar una declaración que se refiera a su agente de atención médica, como "Cualquier pregunta sobre cómo aplicar mi testamento vital debe ser decidida por mi agente de atención médica".

Punto 1: Escribe tu nombre en letra de molde

Ítem 2: Tacha cualquiera de las afirmaciones que **no** reflejen tus deseos

Ítem 3: Escribe las instrucciones personales

Punto 4: Ponga la fecha y firme el documento e incluya su dirección

Punto 5: Dos testigos deben firmar el documento e imprimir sus direcciones.

Nota: *Este formulario no necesita ser notariado.*

Testamento vital del estado de Nueva York

Este testamento vital ha sido preparado para ajustarse a la ley del Estado de Nueva York, según lo establecido en

el caso In re Westchester County Medical Center, 72 NY. 2d 517 (1988). En ese caso, el Tribunal estableció la necesidad de pruebas "claras y convincentes" de los deseos de un paciente y declaró que la "situación ideal es aquella en la que los deseos del paciente se expresaron por escrito, tal vez un "Testamento Vital".

Yo, (1) _____, estando en su sano juicio, hago esta declaración como una directriz a seguir si me vuelvo permanentemente incapaz de participar en las decisiones relacionadas con mi atención médica. Estas instrucciones reflejan mi compromiso firme y establecido de rechazar el tratamiento médico en las circunstancias que se indican a continuación:

Ordeno a mi médico tratante que retenga o retire el tratamiento que simplemente prolonga mi muerte, si me encuentro en una condición mental o física incurable o irreversible sin expectativas razonables de recuperación, que incluyen, entre otras: (a) una condición terminal; (b) una condición permanentemente inconsciente; o (c) una condición mínimamente consciente en la que soy permanentemente incapaz de tomar decisiones o expresar mis deseos.

Ordeno que mi tratamiento se limite a medidas para mantenerme cómodo y aliviar el dolor, incluido cualquier dolor que pueda ocurrir al suspender o retirar el tratamiento. Si bien entiendo que no estoy legalmente obligado a ser específico sobre futuros tratamientos **si estoy en**

la(s) condición(es) descrita(s) anteriormente, me siento especialmente identificada con las siguientes formas de tratamiento:

[2]

- No quiero reanimación cardíaca.
- No quiero respiración mecánica.
- No quiero nutrición ni educación artificial.
- No quiero antibióticos.

Sin embargo, **quiero el** máximo alivio del dolor, incluso si puede tener diez mi death.

[3] Otras instrucciones:

Estas instrucciones expresan mi derecho legal a rechazar el tratamiento, según la ley de Nueva York. Tengo la intención de que se lleven a cabo mis instrucciones, a menos que las haya rescindido por escrito o indicando claramente que he cambiado de opinión.

[4]

Fichado _____ Fecha. _____

Dirección _____

Declaro que la persona que firmó este documento pareció ejecutar el Testamento Vital voluntariamente y libre de coacción. Él o ella firmó (o le pidió a otro que firmara por él o ella) este documento en mi presencia.

[5]

Nombre del Testigo 1 (escriba en letra de imprenta, firme y ponga la fecha)

Fichado _____ Fecha _____

Dirección. _____

Nombre del testigo 2

Fichado _____ Fecha. _____

Dirección _____