



DECLARACIÓN DE TESTAMENTO VITAL

Formulario del Estado 55405 (9-13)
Indiana State Department of Health – IC 16-36-4

Esta declaración entra en vigor a la fecha de su firma y permanecerá vigente hasta que sea revocada o al fallecimiento del/de la declarante. Esta declaración se debe entregar a su médico.

DECLARACIÓN DE TESTAMENTO VITAL

Declaración realizada este _____ día de _____ (mes, año). Yo, _____, habiendo cumplido por lo menos dieciocho (18) años de edad y en pleno uso de mis facultades mentales, de forma deliberada y voluntaria, hago conocer mi deseo de que no se prolongue de forma artificial el proceso de mi muerte de acuerdo con las circunstancias establecidas a continuación, y declaro que:

Si en cualquier momento mi médico tratante certifica por escrito que:

- (1) tengo una lesión, padecimiento o enfermedad incurable;
- (2) mi muerte ocurrirá en un corto período de tiempo; y
- (3) el uso de procedimientos para prolongar la vida servirían solo para prolongar artificialmente el proceso de mi muerte,

expreso mi deseo de que tales procedimientos no se lleven a cabo o se retiren y que se me permita morir de forma natural únicamente con el suministro de cualquier procedimiento médico o medicamento necesario para proporcionarme confort o aliviar el dolor y, si así lo hubiese indicado a continuación, que se me proporcione nutrición e hidratación suministrada artificialmente. (Indique lo que desea mediante sus iniciales o una marca antes de firmar esta declaración):

_____ Deseo recibir nutrición e hidratación suministrada artificialmente, incluso si el esfuerzo de mantener la vida es ineficaz o excesivamente gravoso para mí.

_____ No deseo recibir nutrición e hidratación suministrada artificialmente si el esfuerzo de mantener la vida es ineficaz o excesivamente gravoso para mí.

_____ Intencionalmente no tomo ninguna decisión relativa a la nutrición e hidratación suministrada artificialmente y dejo la toma de decisión a mi representante de atención a la salud, designado de acuerdo con IC 16-36-1-7 o a mi apoderado legal con poder relativo a mi atención médica de acuerdo con IC 30-5-5.

Cuando no disponga de la capacidad de dar instrucciones relativas al uso de procedimientos para prolongar la vida, mi intención es que mi familia y mi médico respeten esta declaración como la expresión final de mi derecho legal de rehusar tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias de tal solicitud.

Comprendo la importancia total de esta declaración.

Firmado _____

Ciudad, condado y estado de residencia

TESTIGOS

Conozco personalmente al/a la declarante y considero que está en pleno uso de sus facultades mentales. No firmé en nombre del declarante anteriormente indicado ni por instrucciones del declarante. No soy el padre/madre, cónyuge ni hijo del/de la declarante. No tengo derecho a ninguna porción del patrimonio del/de la declarante ni soy responsable directo financieramente de la atención médica del/de la declarante. Estoy en pleno uso de mis facultades y tengo al menos dieciocho (18) años de edad.

Testigo _____ Fecha (mes, día, año) _____

Testigo _____ Fecha (mes, día, año) _____



DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN INDIANA

Formulario del Estado 56241 (1-17)

Departamento de Salud del Estado de Indiana – IC 16-36-1; IC 16-36-6

INSTRUCCIONES: Consulte las instrucciones al dorso.

Información del paciente / poderdante		
Apellido del paciente	Primer nombre del paciente	Inicial del segundo nombre del paciente
Fecha de nacimiento del paciente (<i>mm/dd/aaaa</i>)	Número de historia médica de la instalación o proveedor de atención de la salud (<i>opcional</i>)	Instalación o proveedor de atención de la salud (<i>opcional</i>)
Designación de representante de atención de la salud		
<p>Yo, con al menos dieciocho (18) años de edad, en pleno uso de mis facultades mentales y capaz de otorgar el consentimiento para mi atención de la salud, por el presente designo a la(s) persona(s) indicadas más adelante como mi(s) representante(s) legal(es) de atención de la salud en todos los asuntos relacionados con mi atención de la salud, incluyendo, entre otros, otorgar o rehusar el consentimiento para la atención de la salud, cirugía u hospitalización en instalaciones de atención de la salud, incluyendo instituciones de tratamiento prolongado, a menos que se establezca de otro modo en esta designación. Esta designación entrará en vigencia a partir del momento en el que el médico que me brinda sus servicios determine que soy incapaz de otorgar el consentimiento para mi atención de la salud u ocasionalmente. Comprendo que si he nombrado anteriormente a un representante de atención de la salud, la designación indicada más adelante sustituye (reemplaza) a cualquier o cualesquiera representante(s) que haya(n) sido designado(s) anteriormente.</p> <p>Autorizo a mi representante de atención de la salud a que tome decisiones en mi mejor interés en relación con el retiro o suspensión de la atención de la salud. Si en cualquier momento, y en función de las preferencias expresadas y del diagnóstico o la prognosis, mi representante de atención de la salud está conforme con que cierta atención médica no es o no sería beneficiosa, o que tal atención de la salud es o sería excesivamente gravosa, mi representante de atención de la salud puede expresar mi voluntad de que se retire o suspenda tal atención de la salud y puede otorgar el consentimiento en mi nombre para que se descontinúe toda la atención de la salud o no se inicie, incluso si esto pudiese ocasionar la muerte. Mi representante de atención de la salud debe tratar de discutir esta decisión conmigo. Sin embargo, si no tengo la capacidad de comunicarme, mi representante de atención de la salud puede tomar esa decisión en mi nombre, después de consultar con mi médico o médicos y otros proveedores de atención de la salud que sean relevantes. Hasta el límite que sea adecuado, mi representante de atención de la salud también puede discutir esta decisión con mi familia y otros en la medida en que ellos estén disponibles.</p> <p>Especifico los siguientes términos y condiciones (<i>si los hubiere</i>):</p>		
Nombre del representante designado	Dirección del representante designado (<i>número y calle, ciudad, estado, y código postal</i>)	Número de teléfono del representante designado
Firma del paciente / poderdante o representante designado (<i>debe firmarse en presencia del poderdante</i>)	Nombre del paciente / poderdante o representante designado en letra de imprenta	Fecha de la designación (<i>mm/dd/aaaa</i>)
Firma del testigo	Nombre del testigo en letra de imprenta	Fecha (<i>mm/dd/aaaa</i>)

INSTRUCCIONES PARA FORMULARIO DEL ESTADO 56241, DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN INDIANA

1. Existen numerosos tipos de voluntades anticipadas. El Departamento de Salud del Estado de Indiana anima a las personas a que consulten con su abogado, planificador y proveedores de atención de la salud para rellenar cualquier formulario de voluntades anticipadas.
2. No se requiere de este formulario estatal para designar a un representante de atención de la salud. Una persona puede utilizar un formulario designado por su abogado u otra entidad para cumplir con las necesidades específicas de la persona. Para que sea válido, cualquier formulario debe cumplir con los requisitos legales.
3. No se exige que una persona rellene un Formulario de designación del representante de atención de la salud. Una persona puede siempre elegir no designar a un representante de atención de la salud. Si no se ha designado un representante, la legislación de autorización médica del estado determinará quién puede autorizar su atención de la salud.
4. No se exige el número de historia médica ni el nombre de una institución o proveedor de atención de la salud para que la designación se haga efectiva. Esta información se puede incluir como un medio para asistir al proveedor de atención de la salud en la identificación correcta del paciente y archivar el documento de designación en la historia médica correcta.
5. El paciente/poderdante puede especificar en la designación los términos y condiciones adecuados, incluyendo una autorización para que el representante delegue la autoridad del permiso a otra persona.
6. La autoridad otorgada toma vigencia de acuerdo con los términos de la designación.
7. La designación no comienza hasta que el poderdante quede incapacitado para otorgar el consentimiento. La autoridad otorgada en la designación no entra en vigencia si el paciente/poderdante recupera la capacidad de otorgar el consentimiento.
8. A menos que la designación establezca lo contrario, un representante designado según esta sección quien esté razonablemente disponible y dispuesto a actuar tiene prioridad de actuar en todos los asuntos de atención de la salud del paciente/poderdante, salvo cuando el paciente/poderdante sea capaz de otorgar la autorización.
9. La designación de un representante de atención de la salud debe ser presenciada por un adulto distinto del representante de atención de la salud.
10. Para tomar todas las decisiones relativas a la atención de la salud del paciente/poderdante, el representante de atención de la salud debe actuar:
 - a. En el mejor interés del paciente/poderdante de acuerdo con la finalidad expresada en la designación.
 - b. De buena fe.
11. Un representante de atención de la salud que renuncie o no esté dispuesto a cumplir con la designación escrita no puede ejercer funciones según la designación y lo informará a:
 - a. El paciente/poderdante.
 - b. El representante legal del paciente/poderdante si este tuviese uno conocido.
 - c. El proveedor de atención de la salud si el representante conoce que existe tal persona.
12. Una persona que sea capaz de autorizar la atención de la salud puede revocar:
 - a. La designación en cualquier momento notificándolo al representante de forma oral o escrita; o
 - b. La autoridad otorgada al representante notificándolo al proveedor de atención de la salud de forma oral o escrita.