

Yo, _____, en pleno uso de mis capacidades mentales, voluntariamente hago esta declaración que ha de cumplirse si quedo incapacitado. Esta declaración refleja mi firma y el compromiso convenido para rechazar tratamiento de soporte vital bajo las circunstancias que se indican a continuación.

Ordeno a mi médico tratante que detenga o retire el tratamiento de soporte vital que sirve sólo para prolongar el proceso de mi muerte, si estoy en **un estado terminal o un estado de inconciencia permanente.**

Ordeno que el tratamiento se limite a medidas que me mantengan cómodo y alivien el dolor, incluido el dolor que pueda surgir al detener o retirar el tratamiento de soporte vital.

UPMC Pinnacle
DECLARACIÓN DE TESTAMENTO VITAL



Form 4250-169-VI (02/18) MR (InD)
Aztec Barcode 10

PATIENT IDENTIFICATION

Patient Name: _____

MR Number: _____

Date of Birth: _____

Además, si me encuentro en la condición descrita anteriormente, tengo ideas claras sobre las siguientes formas de tratamiento.

Yo deseo no deseo recibir resucitación cardiaca.

Yo deseo no deseo recibir respiración mecánica.

Yo deseo no deseo ser alimentado por un tubo u otra forma artificial o invasiva de nutrición (alimento) o hidratación (agua).

Yo deseo no deseo recibir sangre ni productos derivados de la sangre.

Yo deseo no deseo someterme a ninguna forma de cirugía o pruebas de diagnóstico invasivas.

Yo deseo no deseo recibir diálisis renal.

Yo deseo no deseo recibir antibióticos.

UPMC Pinnacle

DECLARACIÓN DE TESTAMENTO VITAL

PATIENT IDENTIFICATION

Patient Name: _____

MR Number: _____

Date of Birth: _____

Reconozco que, si no indico específicamente mi preferencia sobre alguna de las formas de tratamiento que se enumeraron anteriormente, puedo recibir dicha formas de tratamiento.

Otras instrucciones: _____

Yo deseo no deseo **designar otra persona como mi sustituto** para tomar decisiones de tratamiento médico para mí si quedo incompetente y en una condición terminal o en un estado de inconciencia permanente.

Nombre y dirección del sustituto (si corresponde): _____

Nombre y dirección del sustituto (si el sustituto designado anteriormente no puede hacerlo):

UPMC Pinnacle

DECLARACIÓN DE TESTAMENTO VITAL

PATIENT IDENTIFICATION

Patient Name: _____

MR Number: _____

Date of Birth: _____

Yo deseo no deseo hacer una **donación de órganos** de todo o parte de mi cuerpo, sujeto a las siguientes limitaciones, si las hubiera:

Realicé esta declaración el día _____ de _____ (mes/año).

Firma del declarante: _____

Dirección del declarante: _____

El declarante o la persona que actúa en nombre de y según indicaciones del declarante de forma intencionada y voluntaria firmó este escrito con su firma o marca en mi presencia.

Firma del testigo

Firma del testigo

Dirección: _____

Dirección: _____

UPMC Pinnacle

DECLARACIÓN DE TESTAMENTO VITAL

PATIENT IDENTIFICATION

Patient Name: _____

MR Number: _____

Date of Birth: _____