

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"