

Declaración de testamento en vida del estado de Florida

Yo, (nombre en letra de imprenta) _____, (fecha de nacimiento) ____/____/____, tengo capacidad mental y emocional para completar este documento de forma intencional y voluntaria. Deseo que no se prolongue mi muerte de manera artificial bajo las circunstancias que se estipulan a continuación y, por el presente, declaro que, si estoy incapacitado y

____ (Escriba sus iniciales aquí) **Tengo una afección terminal** (Una afección causada por una lesión o enfermedad de la que no existe una probabilidad médica razonable de recuperación y, sin tratamiento, se puede esperar que cause la muerte).

O

____ (Escriba sus iniciales aquí) **Tengo una afección en etapa final** (Una afección irreversible causada por una lesión o enfermedad que dio como resultado un deterioro progresivamente grave y permanente, y el tratamiento de la afección sería ineficaz).

O

____ (Escriba sus iniciales aquí) **Estoy en un estado vegetativo crónico** (Un estado de inconsciencia permanente e irreversible con ausencia de acción voluntaria o conducta cognitiva, e incapacidad para comunicarse o interactuar con el medio ambiente de forma intencionada).

y si mi médico de cabecera y otro médico de consulta determinan que no existe una probabilidad médica razonable de que me recupere de dicha afección, ordeno que se retengan o retiren los procedimientos para prolongar la vida cuando dichos procedimientos solo servirían para prolongar artificialmente el proceso de morir y que se me permita morir de forma natural solo con la administración de medicamentos o procedimientos considerados necesarios para proporcionarme comodidad o aliviar el dolor.

Es mi intención que mi familia y mi médico respeten esta declaración como la expresión final de mi derecho legal a rechazar el tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

En el caso de que se determine que no puedo proporcionar el consentimiento expreso e informado en relación con la retención, el retiro o la continuación de los procedimientos que prolonguen la vida, deseo designar como mi apoderado para cumplir mis deseos a quien se declara aquí:

Nombre: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección: _____

Instrucciones adicionales (opcional): _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ Fecha: ____/____/20____

Nombre en letra de imprenta: Dirección: _____

FIRMAS DE LOS TESTIGOS:

Primer testigo:

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/20____

Segundo testigo:

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/20____

[Debe tener 18 años o más y no haber sido nombrado como apoderado.
Al menos uno de los testigos no debe ser consanguíneo del paciente ni ser su cónyuge].

Mis deseos al final de la vida (testamento en vida)

Un documento de testamento en vida es una declaración sobre sus deseos acerca de los procedimientos que prolongan la vida al final de su vida.

- Es buena idea proporcionar copias a su(s) apoderado(s) para la atención médica o a los médicos.
- Analice sus deseos de atención médica con su(s) apoderado(s)
- Puede revocar (destruir o anular) un documento de instrucciones anticipadas en cualquier momento.

Instrucciones: este documento de testamento en vida tendrá validez legal una vez que:

- ☐ lo llene,
- ☐ lo firme,
- ☐ lo feche,
- ☐ y dos personas de 18 años o más que no hayan sido nombradas apoderadas firmen como testigos. Al menos uno de los testigos no debe ser consanguíneo del paciente ni ser su cónyuge.

Mis deseos al final de la vida (testamento en vida)