

# 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)