

# Estado de Ohio

## Testamento en Vida

(Disposición testamentaria que entra en vigencia durante la vida del testador)

### Notificación para el Declarante

El propósito de esta Disposición Testamentaria en Vida es documentar su deseo de que no se le suministre o que se le retire todo tratamiento para mantenerlo vivo, inclusive la nutrición e hidratación artificial o tecnológicamente suministradas, si llegare el caso que usted no puede tomar decisiones médicas con suficiente información, y usted está en situación terminal o en estado de inconsciencia permanente. Esta Testamento en Vida no exonera al personal de atención médica de su responsabilidad de proporcionarle bienestar. La atención médica para bienestar se refiere a las medidas que se toman para disminuir el dolor o la incomodidad, pero no para postergar la muerte.

Legalmente, usted puede escoger los tratamientos que usted quiere que se utilicen para mantenerlo vivo, incluyendo el RCP. En ese caso, sería conveniente que usted hiciera otro documento por escrito.

De acuerdo con la ley de Ohio, un Testamento en Vida se aplica solamente a las personas que se encuentran en situación terminal o en estado de inconsciencia permanente. Si usted quiere referirse además a su voluntad para el tratamiento médico bajo otras circunstancias, debe preparar un Poder Notarial para Atención Médica. Si usted se encuentra en situación terminal o en estado de inconsciencia permanente, este Testamento en Vida tendrá prelación sobre el Poder Notarial de Atención Médica.

Si su situación médica llegare a cambiar o si usted decide posteriormente llenar un Poder Notarial de Atención Médica, sería conveniente que llenara otro Testamento en Vida. Si usted posee ambos documentos es conveniente que los guarde juntos, con los demás papeles importantes, y cerciorarse de llevar consigo copia de su Testamento en Vida y de su Poder Notarial para Atención Médica, si ingresa, como paciente, en una institución de salud.



# Estado de Ohio Testamento en Vida

(Disposición testamentaria que entra en vigencia durante la vida del testador)

de

---

(Nombre completo en letras ilmprenta)

---

(Fecha de nacimiento)

Declaro que este es mi Testamento en Vida en el estado de Ohio. Estoy en sano juicio y no estoy bajo ni sujeto a presión, ni engaño ni bajo presión indebida. Soy una persona adulta, competente, que entiende y acepta las consecuencias de este acto. Declaro, en forma voluntaria, mi deseo que mi muerte no sea artificialmente postergada. Es mi intención que este Testamento en Vida sea acatado por mi familia y los médicos como la expresión final de mi derecho legal de rehusar atención médica, si llegare el caso en que me encuentre en situación terminal o en estado de inconsciencia permanente y no sea capaz de dirigir mi tratamiento para mantenerme vivo.

**Definiciones.** En este documento se utilizan varios términos legales y médicos. Para mayor claridad, se explican a continuación.

**Donación anatómica,** se refiere a la donación de todo o parte de un cuerpo humano durante o después de la muerte.

**Alimentación o hidratación suministrada artificial o tecnológicamente,** se refiere al suministro de alimentos y líquidos a través de conductos intravenosos.

**Resucitación cardiopulmonar o RCP,** se refiere al tratamiento para intentar restablecer la respiración o los latidos del corazón. La RCP se puede lograr respirando boca a boca, aplicando presión al pecho, introduciendo un tubo por la boca o la nariz hacia la garganta, administrando medicamentos, dándole un choque eléctrico al pecho, o por otros medios.

**Declarante,** se refiere a la persona que firma este documento.

**Formato para registro de donantes** se refiere a un formato que ha sido específicamente diseñado para que las personas puedan expresar sus deseos de donar órganos, tejidos y ojos ante el Registro de Donantes de la Oficina de Vehículos Automotores de Ohio (Ohio Bureau of Motor Vehicles Donor Registry).

**Orden de No Resucitar (ONR)** se refiere a una orden dada por mi médico y anotada en mi historia clínica en la que se especifica que no se me deben administrar métodos de resucitación cardiopulmonar o RCP.

**Atención médica** se refiere a cualquier procedimiento, tratamiento o intervención médica (incluyendo dental, clínica, psicológica y quirúrgica) u otra medida utilizada para sostener, diagnosticar o tratar cualquier condición física o mental.

**Poder Notarial para Atención Médica** se refiere a este documento, el cual me permite nombrar a una persona adulta como mi representante para tomar decisiones sobre mi atención médica, si llegare el momento en que yo no lo pueda hacer.

**Tratamiento para mantenerme vivo** se refiere a cualquier atención médica, incluyendo nutrición e hidratación artificial o tecnológicamente suministradas, y que servirán principalmente para postergar el momento de la muerte.

**Disposición Testamentaria en Vida o Testamento en Vida** se refiere a otro documento que me permite especificar la atención médica que deseo recibir si me acontece una enfermedad terminal, o si pierdo el conocimiento en forma permanente y no puedo expresar mis deseos.

**Estado de inconsciencia permanente** se refiere a una condición irreversible en la cual no me encuentro consciente de mí mismo ni de mis alrededores, en forma permanente. Me deben examinar mi médico y otro facultativo y estar de acuerdo en que la pérdida total de mis funciones cerebrales superiores me ha dejado incapaz de sentir dolor o sufrimiento.

**Poderdante** se refiere a la persona que firma este documento.

**Condición terminal o enfermedad terminal** se refiere a una condición irreversible, incurable e intratable, causada por enfermedad, dolencia o lesión. Mi médico y otro facultativo me habrán examinado y consideran que no existe recuperación posible y que es posible que muera en un tiempo relativamente corto si no recibo un tratamiento que me mantenga vivo.

*(Las instrucciones y demás información para ayudarle a completar este documento se establecen entre paréntesis y en letra inclinada)*

**Atención médica si me encuentro en situación terminal.** Si me encontrare en situación terminal y soy incapaz de tomar decisiones respecto a mi atención médica, solicito que el médico haga lo siguiente:

1. Que no me administre un tratamiento que me mantenga vivo, incluyendo RCP y la nutrición e hidratación artificial o tecnológicamente suministradas; y
2. Que retire el tratamiento antes mencionado, incluyendo RCP si ha sido previamente comenzado; y
3. Que emita una Orden de No Resucitar; y
4. Que me permita morir en forma natural y que no inicie ninguna acción para postergar mi muerte, proveyéndome solamente la atención necesaria para que me sienta cómodo y no tenga dolor.

**Atención médica si me encuentro en estado de inconsciencia permanente.** Si me encuentro en estado de inconsciencia permanente, solicito que el médico haga lo siguiente:

1. Que no me administre un tratamiento que me mantenga vivo, excepto RCP y la nutrición e hidratación artificial o tecnológicamente suministradas a menos que, en el próximo párrafo, yo no autorice que me administren ese tratamiento o me lo retiren; y
2. Que retire el tratamiento antes mencionado, incluyendo RCP si ha sido previamente comenzado; y
3. Que emita una Orden de No Resucitar; y
4. Que me permita morir en forma natural y que no inicie ninguna acción para postergar mi muerte, proveyendome solamente con la atención necesaria para que me sienta cómodo y no tenga dolor.

**Instrucciones Especiales.** Al firmar con mis iniciales en el numeral 3 más abajo, deseo específicamente autorizar a mi representante para que pueda rehusar o, si el tratamiento ya comenzó, a desautorizar que se me administre hidratación o alimentación artificial o tecnológicamente administradas, si:

1. Estoy en un estado de inconsciencia permanente; y
2. Mi médico y, por lo menos otro médico que me ha examinado, han determinado, hasta un grado de certidumbre médica razonable que la hidratación y alimentación suministradas artificial o tecnológicamente ni me darán bienestar o ni eliminarán mi dolor; y
3. He firmado, con mis iniciales, sobre esta línea \_\_\_\_\_

**Notificaciones.** [Nota: Usted no necesita nombrar a nadie. Si nadie es nombrado, la ley ordena que el médico que lo está atendiendo haga un esfuerzo razonable para notificar a una de las siguientes personas, en el orden en que se nombran: su tutor, su cónyuge, sus hijos adultos que estén disponibles, sus padres, o la mayoría de sus hermanos adultos disponibles.]

En el caso que el médico que me está atendiendo determine que se me debe negar o retirar el tratamiento para mantenerme vivo, el médico debe hacer un esfuerzo razonable para notificar una de las personas nombradas a continuación, en el orden de prioridades:

[Nota: Si usted no nombra las dos personas que se deben contactar, sería conveniente que tachara las líneas no utilizadas.]

Primera persona para contactar:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Segunda persona para contactar:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

## Donación Anatómica (opcional)

**INSTRUCCIONES:** Si usted decide hacer una donación anatómica,, usted debe también completar y registrar el Formato para Inscripción de Donantes (Donor Registry Enrollment Form) en la Oficina de Vehículos Automotores de Ohio (Ohio Bureau of Motor Vehicles) para estar seguro de que sus deseos referentes a la donación de órganos y de tejidos serán cumplidos

\_\_\_\_\_ Deseo hacer una donación anatómica.

\_\_\_\_\_ No deseo hacer una donación anatómica.

En la eventualidad de mi muerte, deseo dejar las siguientes instrucciones en cuanto a la donación total o parcial de mi cuerpo: Con la esperanza que yo, \_\_\_\_\_ (nombre del donante), pueda ayudar a otros cuando muera, entrego, por este medio, las siguientes partes de mi cuerpo: \_\_\_\_\_ (indique las partes específicas de su cuerpo que desea donar, o escriba "todas las partes de mi cuerpo") para cualquier propósito legalmente autorizado, o sea: transplantes, terapias, investigación o educación. [Si hay algún propósito para el cual usted no quiera donar, táchelo].

Este es un documento legal cobijado por el Decreto Uniforme sobre Donaciones Anatómicas (Uniform Anatomical Gift Act) y otros decretos similares.

Si yo no completo los espacios arriba señalados y no hago explícito mi deseo de donar todo o parte de mi cuerpo, esto no crea ninguna presunción sobre mi deseo de hacer o no donaciones anatómicas.

**Formato para Registro de Donantes.** He llenado el Formato para Registro de Donantes:

\_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO

**NOTA:** Si usted modifica o anula su decisión con respecto a las donaciones anatómicas, recuerde, por favor, hacer estos cambios en su Testamento en Vida, su Poder Notarial para Atención Médica y su Formato para Inscripción de Donantes.

**Sin fecha de expiración.** Este Poder Notarial de Atención Médica no tendrá fecha de expiración y no será afectado por mi incapacidad ni por el paso del tiempo.

**Las copias tienen la misma validez que el original.** Cualquier persona puede confiar en una copia de este documento.

**Validez en otro estado.** Es mi intención que este documento sea aceptado en cualquier jurisdicción hasta donde lo permita la ley

**Poder notarial para atención médica.** He completado un Poder Notarial para Atención Médica:

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

## FIRMA

*[Refiérase a la siguiente página para requisitos de testigo y notario]*

Entiendo el propósito y el efecto de este documento y firmo este Testamento en Vida, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 20 \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, Ohio.

---

PODERDANTE

*[Usted queda responsabilizado de contarle a sus parientes, al representante que usted nombró en su Poder Notarial para Atención Médica (si lo tiene) y a su médico sobre la existencia de este documento. Usted también puede, pero no está obligado a, contarle a su consejero religioso y a su abogado que usted firmó un Testamento en Vida. Podría darle una copia de este documento a cada una de las personas notificadas.]*

*[También puede enviarle una copia de este Testamento en Vida al Registrador de su condado, para ser archivado, para mayor seguridad.]*

## CERTIFICACION POR TESTIGOS O NOTARIO

*[Escoja uno]*

*[Este Testamento en Vida no será válido a menos que esté firmado por dos testigos idóneos que están presentes cuando usted firma o están presentes cuando usted certifica su firma, o si el documento se certifica ante Notario Público.]*

*[Las siguientes personas **no** pueden servir de testigos para este Testamento en Vida: el representante, cualquier representante alterno nombrado en el Poder Notarial para Atención Médica, su cónyuge, sus hijos, cualquier otra persona unida a usted por lazos de sangre, matrimonio o adopción, el médico que lo está atendiendo; o, si usted se encuentra en un ancianato, el director del ancianato.].*

•

Nombre en letra imprenta \_\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta \_\_\_\_\_

0...

Mi nombramiento expira: \_\_\_\_\_

PAGINA SIETE DE SIETE