



## Testamento vital

Un testamento vital es un documento expresado por escrito firmado voluntariamente. Lo firma la persona que hace la declaración. Si esta persona no puede firmar el documento, le puede pedir a otra persona que lo firme, pero lo debe hacer en presencia de la persona cuyo nombre aparece en la declaración. Se debe fechar y firmar en presencia de al menos dos testigos. El testigo no puede ser el individuo que firma en nombre de la persona; uno de los padres, el cónyuge ni un hijo de la persona; con derecho a parte alguna del patrimonio de la misma; ni directa ni financieramente responsable de la atención médica de la persona.

Un testamento vital posibilita la ejecución de la voluntad de la persona de negar o retirar los procedimientos para prolongar la vida que podrían prolongar en forma artificial la agonía. Se proporcionará nutrición e hidratación, medicamentos para aliviar el dolor y cuidados paliativos apropiados.

Un testamento vital se puede revocar en cualquier momento mediante una revocación que contenga la fecha y la firma, una cancelación física como la destrucción del testamento vital o al comunicarle a otros que se revocó. Si el testamento vital se revoca, se debe informar al médico.

Un testamento vital no se hace efectivo hasta que el paciente cumpla tres condiciones. Estas son:

1. Al paciente se le ha diagnosticado una lesión o enfermedad incurable
2. Un médico certifica por escrito que el paciente se encuentra en una condición terminal, es decir que no existe recuperación y el fallecimiento ocurrirá en poco tiempo
3. Y que los procedimientos de prolongación de la vida solo prolongarán la agonía

En el caso de que la paciente esté embarazada, un testamento vital no es válido.

# Procedimiento para llenar un testamento vital:

1. Obtenga el formulario correspondiente para Indiana. Se adjunta a estas instrucciones un formulario a modo de ejemplo. También se puede obtener una copia a través de un abogado particular, el Indiana Bar Association (Colegio de abogados de Indiana), la Sociedad para el Derecho a Morir/Preocupación por los moribundos o la Asociación Estadounidense de Personas Jubiladas.
2. El formulario básico se puede modificar o extender para satisfacer las necesidades o deseos de atención de salud específicos de la persona. Se aconseja a las personas que deseen modificar el formulario, que se comuniquen con un abogado.
3. Se recomienda encarecidamente que la persona que desee firmar un testamento vital lo firme y lo feche en presencia de los testigos adecuados ANTES de ingresar al hospital. Puede servir de testigo un amigo, vecino o alguien con quien no tenga relación. Un testigo no debe tener la responsabilidad de la custodia de la persona que firma el testamento vital.
4. Se recomienda que cada hospital evalúe cuidadosamente si su personal puede servir de testigo. Aunque no es ilegal hacerlo, los trabajadores de la salud que brindan atención al paciente NO deben servir de testigos debido a posibles conflictos de intereses. El personal que no pertenece a la clínica como el del Departamento de Servicio Pastoral y de Servicios Sociales podrían servir como testigos adecuados.
5. Luego de hospitalizar al paciente se debe colocar una copia del testamento vital en su historia clínica y el paciente debe entregar copias a su médico, abogado y familiares cercanos.
6. Se debe presentar una copia del testamento vital cada vez que la persona se hospitalice, de manera que se pueda incorporar a la historia clínica de esa hospitalización en particular.
7. Se recomienda que el personal del hospital NO responda preguntas con consecuencias legales. Se aconseja que para dichas preguntas el paciente se comunique con su abogado. El Departamento de Gestión de Riesgos del hospital también puede atender consultas.

## DECLARACIÓN DE TESTAMENTO VITAL - INDIANA

DECLARACIÓN realizada el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(fecha) (mes, año)

Yo, \_\_\_\_\_, con dieciocho (18) años cumplidos y en absoluto uso de mis facultades mentales, voluntariamente comunico mi deseo de que mi fallecimiento no se prolongue artificialmente de acuerdo con las circunstancias que se indican a continuación, y por lo cual declaro:

Si en cualquier momento mi médico tratante certifica por escrito que: (1) tengo una lesión o enfermedad incurable; (2) mi fallecimiento ocurrirá dentro de poco; y (3) el uso de procedimientos para prolongar la vida servirá solo para prolongar de manera artificial mi agonía, deseo que se suspendan o retiren tales procedimientos y que se me permita morir de manera natural sólo con la administración de medicamentos o con la implementación de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para darme comodidad o aliviar mi dolor, y, si así lo indicara a continuación, la disposición del suministro artificial de nutrición e hidratación (indique su elección con una inicial o con una marca antes de firmar esta declaración):

\_\_\_\_\_ Deseo recibir nutrición e hidratación suministradas en forma artificial, aunque el esfuerzo por mantener mi vida sea inútil o demasiado costoso para mí.

\_\_\_\_\_ No deseo recibir nutrición ni hidratación suministradas en forma artificial, si el esfuerzo por mantener mi vida es inútil o demasiado costoso para mí.

\_\_\_\_\_ Intencionalmente no he tomado ninguna decisión sobre recibir nutrición e hidratación suministradas en forma artificial y dejo la decisión a mi representante de atención de salud designado, de acuerdo con IC 16-36-1-7 o a mi apoderado con facultades para determinar sobre la atención de salud de acuerdo con IC 30-5-5.

En caso de no poder dar instrucciones respecto al uso de tales procedimientos para prolongar la vida, mi intención es que mi familia y mi médico cumplan esta declaración como la última expresión de mi derecho legal de rehusar un tratamiento médico o quirúrgico, y que acepten las consecuencias de tal negativa.

Otras instrucciones (opcional):

### Comprendo la trascendencia de esta declaración.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, condado y estado en que reside)

Conozco personalmente al declarante y considero que se encuentra en su sano juicio. No he firmado en representación de o a indicación del declarante en el espacio precedente que corresponde a su firma. No soy uno de los padres, cónyuge ni hijo del declarante. No tengo derecho a parte alguna del patrimonio del declarante ni soy directa ni financieramente responsable de su atención médica. Soy competente y tengo dieciocho (18) años cumplidos.

**Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_