

## DESIGNACIÓN DE SUSTITUTO PARA DECISIONES MÉDICAS Y TESTAMENTO VITAL

**Por favor rellene este formulario para elegir a una persona sustituta que se encargue de tomar decisiones médicas en su nombre cuando usted no pueda hacerlo. Si no completa el formulario, la institución está obligada legalmente a designar a alguien. Así que es mejor que lo haga usted, se lo recomendamos encarecidamente.**

En el evento de que no pueda tomar decisiones médicas o no pueda dar mi consentimiento informado para tratamientos o pruebas médicas, designo como persona responsable de tomar decisiones o sustituto a:

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Si mi sustituto no quiere o no puede desempeñar sus funciones, deseo nombrar sustituto alternativo a:

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

He formulado  No he formulado un Testamento vital antes de este ingreso

Instrucciones adicionales (opcional): \_\_\_\_\_

**Firme este formulario y haga que dos testigos los firmen. Entregue copias a su médico y a los miembros de su familia. Lleve el formulario al hospital cuando lo ingresen.**

Entiendo que el sustituto (1) tendrá la autoridad para actuar en mi nombre y tomar decisiones médicas por mí durante mi incapacidad; (2) consultará con los proveedores de salud apropiados para consentir o rechazar intervenciones médicas; y (3) tiene que asegurarse de tomar decisiones médicas que él/ella crea que yo hubiera tomado si hubiera estado en condiciones de hacerlo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del paciente      Fecha/Hora      Testigo de la firma solamente / Testigo de la firma solamente

**SOLO UN TESTIGO PUEDE SER UN CÓNYUGE  
O PARIENTE CONSANGUÍNEO; UN  
SUSTITUTO NO PUEDE SER TESTIGO**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta/Parentesco / Nombre en letra imprenta/Parentesco

## TESTAMENTO VITAL

**Por favor rellene este formulario o entregue un documento elaborado por usted. Puede solicitar ayuda para completar el formulario.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Inicial intermedia

Expreso consciente y voluntariamente mi deseo de que mi muerte no se prolongue artificialmente. Este formulario debe ser respetado cuando esté incapacitado y tenga una condición terminal o una condición en la etapa final o esté en un estado vegetativo persistente, y mi médico de cabecera o médico tratante y otro médico hayan determinado que no existe probabilidad médica razonable de que me recupere de dicha condición. En esas circunstancias, yo instruyo que se suspendan o retiren los procedimientos para prolongar la vida, y que se me permita morir naturalmente y recibir los medicamentos o procedimientos médicos necesarios para que esté cómodo o para aliviar el dolor.

Es mi intención que esta declaración sea respetada por mi familia y médico como expresión final de mi derecho legal a rechazar tratamiento médico o quirúrgico.

Entiendo la importancia y consecuencias de esta declaración, y estoy emocional y mentalmente capacitado para hacer esta declaración.

**Firme este formulario y haga que dos testigos los firmen. Entregue copias a su médico y a los miembros de su familia. Lleve el formulario al hospital cuando lo ingresen.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del paciente      Fecha/Hora      Testigo de la firma solamente / Testigo de la firma solamente

**SOLO UN TESTIGO PUEDE SER UN CÓNYUGE  
O PARIENTE CONSANGUÍNEO; UN  
SUSTITUTO NO PUEDE SER TESTIGO**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta/Parentesco / Nombre en letra imprenta/Parentesco

**Designation of Healthcare Surrogate and  
Living Will – Spanish**



Form AF320006S  
Revised 08/03/21