

DIRECTIVA MÉDICA POR ADELANTADO ("DECLARACIÓN A FAVOR DE UNA MUERTE NATURAL")

NOTA: USTED DEBE USAR ESTE DOCUMENTO PARA DARLE INSTRUCCIONES A SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA QUE NIEGUEN O RETIREN EL USO DE MEDIOS QUE PROLONGAN LA VIDA EN CIERTAS SITUACIONES. NO ES UN REQUERIMIENTO LEGAL QUE ALGUIEN EJECUTE LA "DECLARACIÓN A FAVOR DE UNA MUERTE NATURAL".

INSTRUCCIONES GENERALES: *Usted puede usar este formulario de Directiva médica por adelantado ("Declaración a favor de una muerte natural") para dar órdenes para el futuro si usted quiere que sus proveedores de atención médica nieguen o retiren el uso de medios que prolongan la vida en ciertas situaciones. Hable con su médico sobre lo que significa esta terminología. La declaración a favor de una muerte natural indica las opciones que usted hubiera seleccionado por sí mismo si usted las habría podido comunicar. Hable con sus familiares, amigos y otros en quien confía acerca de sus selecciones. También es buena idea hablar con profesionales, tales como médicos, clérigos y abogados antes de llenar y firmar este documento.*

No es necesario usar este formulario para dar dichas órdenes, pero si usted crea su propia Directiva médica por adelantado, tenga mucho cuidado de que su versión cumpla con las leyes de Carolina del Norte.

La intención de esta declaración a favor de una muerte natural es que sea válida en toda jurisdicción en que se pudiera presentar, pero es posible que lugares fuera de Carolina del Norte impongan requisitos que este formulario no satisface.

*Si quiere usar este formulario, lo debe llenar y firmar; dos testigos calificados deben atestiguar a su firma y la firma de todos debe autenticarse ante un notario público. Siga con mucho cuidado las instrucciones sobre las opciones que usted tiene y coloque sus iniciales en las que selecciona. **No firme este formulario** hasta que estén presentes los dos testigos y el notario público o fedatario para presenciar su firma. Con eso, considere darle una copia a su médico principal y/o a un pariente de confianza, y considere el registro del documento en el Advanced Health Care Directive Registry (Registro de directivas médicas por adelantado) mantenido por el Secretario de Estado de Carolina del Norte; sírvase ver la página Web <http://www.nclifelinks.org/ahcdr/> (en inglés solamente).*

Mi deseo para una muerte natural

Yo, _____, estando en pleno uso de mis facultades, deseo que, tal como se especifica a continuación, no se alargue mi vida con medios para prolongar la vida.

1. Situaciones en que se aplicarán mis directivas

Mis órdenes sobre el alargamiento de mi vida se aplicarán **SI** el/la médico/a responsable de mi atención determina que me falta capacidad para tomar o comunicar decisiones sobre mi atención médica, y:

NOTA: USTED PUEDE COLOCAR SUS INICIALES EN TODAS O SÓLO UNA DE ESTAS OPCIONES.

(Iniciales)

Si tengo una enfermedad incurable o irreversible que resultará en mi muerte dentro de un período de tiempo relativamente corto.

(Iniciales)

Si pierdo el conocimiento y mis proveedores de atención médica determinan, con cierto grado de certidumbre médica, que nunca recuperaré el conocimiento.

(Iniciales)

Si sufro de una demencia avanzada o alguna otra enfermedad que resulta en una pérdida sustancial de mi habilidad cognoscitiva y mis proveedores de atención médica determinan, con cierto grado de certidumbre médica, que dicha pérdida es irreversible.

2. Éstas son mis directivas sobre el alargamiento de mi vida:

En las situaciones que he seleccionado en la Sección 1, ordeno a mis proveedores de atención médica que:

NOTA: COLOQUE SUS INICIALES SOLAMENTE EN UN LUGAR.

(Iniciales)

pueden negar o retirar el uso de los medios que prolongan la vida.

(Iniciales)

deben negar o retirar el uso de los medios que prolongan la vida.

3. Excepciones — "Nutrición o hidratación artificial"

NOTA: COLOQUE SUS INICIALES ÚNICAMENTE SI QUIERE HACER UNA EXCEPCIÓN A SUS INSTRUCCIONES DEL PÁRRAFO 2.

AUNQUE no quiero que se alargue mi vida en las situaciones en las que he colocado mis iniciales en la Sección 1:

(Iniciales)

SÍ QUIERO recibir TANTO la hidratación artificial COMO la nutrición artificial (por ejemplo, a través de tubos) en esas situaciones.

NOTA: NO COLOQUE SUS INICIALES EN ESTE BLOQUE SI LAS HA COLOCADO EN UNO DE LOS BLOQUES MÁS ABAJO.

(Iniciales)

SÍ QUIERO recibir SOLAMENTE la hidratación artificial (por ejemplo, a través de tubos) en esas situaciones.

NOTA: NO COLOQUE SUS INICIALES EN EL BLOQUE DE ARRIBA O DE ABAJO SI LAS HA COLOCADO EN ESTE BLOQUE.

(Iniciales)

SÍ QUIERO recibir SOLAMENTE la nutrición artificial (por ejemplo, a través de tubos) en esas situaciones.

NOTA: NO COLOQUE SUS INICIALES EN NINGUNO DE LOS DOS BLOQUES ARRIBA SI LAS HA COLOCADO EN ESTE BLOQUE.

4. Quiero que se me ponga lo más cómodo/a posible

Ordeno a mis proveedores de atención médica que tomen medidas razonables para mantenerme limpio/a, cómodo/a y sin dolor dentro de lo posible, para mantener mi dignidad, aunque dicha atención apresure mi muerte.

5. Entiendo mi directiva médica por adelantado

Sé y entiendo que este documento ordena a que se niegue o retire el uso de ciertos medios para alargar mi vida de acuerdo con mi órdenes por adelantado.

6. Si mi representante de atención médica está a disposición

Si he nombrado a un representante de atención médica al ejecutar el poder de mi atención médica o un documento similar, y si ese representante de atención médica está a mi disposición y está actuando y dando instrucciones que son *diferentes* a las de esta Directiva médica por adelantado, entonces yo ordeno que:

(Iniciales)

Se siga la Directiva médica por adelantado: Esta Directiva médica por adelantado **invalida o anula** las instrucciones dadas por mi representante de atención médica acerca del alargamiento de mi vida.

(Iniciales)

Se siga a mi representante de atención médica: Mi representante de atención médica tiene autoridad para **invalidar o anular** esta Directiva médica por adelantado.

NOTA: NO COLOQUE SUS INICIALES EN AMBOS BLOQUES. SI USTED NO COLOCA SUS INICIALES EN NINGÚN BLOQUE, ENTONCES SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA CUMPLIRÁN CON ESTA DIRECTIVA MÉDICA POR ADELANTADO Y NO PRESTARÁN ATENCIÓN A LAS INSTRUCCIONES DE SU REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA ACERCA DEL ALARGAMIENTO DE SU VIDA.

7. Mis proveedores de atención médica pueden confiar en esta Directiva

Mis proveedores de atención médica no tendrán responsabilidad civil ante mí, mis familiares, mi sucesión, mis herederos o mi representante personal si cumplen con las órdenes que yo he dado en este instrumento. Cuando cumplen con mis órdenes, no se considerará suicidio, ni causa de mi muerte, ni mala práctica ni conducta profesional incorrecta. Si yo he revocado este documento pero mis proveedores de atención médica no saben que lo he hecho, y ellos cumplen las instrucciones de este instrumento de buena fe, ellos tendrán derecho a las mismas protecciones que hubieran tenido si no se habría revocado este instrumento.

8. Quiero que esta Directiva tenga vigencia en todas partes

Mi intención es que esta Directiva médica por adelantado se cumpla por todo proveedor de atención médica en cualquier lugar.

9. Tengo el derecho de revocar esta Directiva

Entiendo que puedo revocar esta Directiva médica por adelantado en cualquier momento mediante un escrito que yo firme o al comunicar mi intención de revocarla de modo claro y coherente a el/la médico/a responsable de mi atención. Entiendo que si revoco este documento, debo destruir todas las copias del mismo.

En este día ____ del mes de _____ de 20____.

Firma del Declarante _____

Nombre en letra de imprenta _____

Por el presente, declaro que el/la declarante, _____, estando en pleno uso de sus facultades, firmó (o le indicó a otro que firme de su parte) la Directiva médica por adelantado para una muerte natural arriba indicada, en mi presencia, y que yo no soy pariente de el/la declarante, ni de sangre ni de matrimonio, y que yo no tendría derecho a ninguna parte de la sucesión de el/la declarante conforme a un último testamento o codicilo de el/la mismo/a o como heredero/a según la Ley de sucesión de abintestatos, si el/la declarante fuera a morir en esta fecha sin último testamento. También declaro que no soy el/la médico/a responsable de atender a el/la declarante, ni un proveedor de atención médica con licencia quien es: (1) un/a empleado/a de el/la médico/a responsable de la atención de el/la declarante, (2) un/a empleado/a de la institución médica en la que el/la declarante es paciente, o (3) un/a empleado/a de un hogar de convalecencia o residencia geriátrica donde el/la declarante reside. Además, declaro que no tengo ninguna reclamación contra el/la declarante o la sucesión de el/la declarante.

Fecha: _____ Testigo: _____

Fecha: _____ Testigo: _____

CONDADO DE _____, ESTADO DE _____

Juramentado (o afirmado) y firmado ante mi en este día por _____
(nombre de el/la declarante en letra de imprenta)

(nombre del testigo en letra de imprenta)

(nombre del testigo en letra de imprenta)

Fecha _____
(Sello oficial)

Firma del notario público / fedatario

Notario Público (Nombre en letra de imprenta)

Mi comisión vence el: _____

I hereby state that the declarant, _____, being of sound mind, signed (or directed another to sign on declarant's behalf) the foregoing Advance Directive for a Natural Death in my presence, and that I am not related to the declarant by blood or marriage, and I would not be entitled to any portion of the estate of the declarant under any existing will or codicil of the declarant or as an heir under the Intestate Succession Act, if the declarant died on this date without a will. I also state that I am not the declarant's attending physician, nor a licensed health care provider who is (1) an employee of the declarant's attending physician, (2) nor an employee of the health facility in which the declarant is a patient, or (3) an employee of a nursing home or any adult care home where the declarant resides. I further state that I do not have any claim against the declarant or the estate of the declarant.

Date: _____ Witness: _____
Date: _____ Witness: _____

_____ COUNTY, _____ STATE

Sworn to (or affirmed) and subscribed before me this day by _____
(type/print name of declarant)

(type/print name of witness)

(type/print name of witness)

Date _____
(Official Seal)

Signature of Notary Public

_____, Notary Public
Printed or typed name

My commission expires: _____