**[Please use this form primarily for the purpose of oral translation, but if your client needs it to recognize their English language document then staple this document to the English language version and mark it for translation only, there is no need to execute both. Please delete this note prior to distributing this document.]**

**TESTAMENTO VITAL DE NUEVA YORK**

*Este testamento vital ha sido preparado para cumplir con la ley en el Estado de Nueva York, como se establece en el caso* In *re Westchester County Medical Center, 72 N.Y. 2d 517 (1988). En ese caso, el Tribunal estableció la necesidad de pruebas "claras y convincentes" de los deseos de un paciente y declaró que la "situación ideal es aquella en la que los deseos del paciente se expresaron en alguna forma de escrito, tal vez un 'testamento vital'".*

**[Note: Remove this paragraph if your client does not have a health care proxy. Delete this bracketed note in any case.] Esta declaración tiene la intención de servir como una guía para ayudar a mi agente de atención médica debidamente designado a tomar decisiones médicas en mi nombre. Sin embargo, no tiene la intención de limitar la discreción exclusiva de mi agente de atención médica para interpretar este documento y tomar decisiones médicas de buena fe después de una consideración completa de mi condición médica y pronóstico. Si mi agente de atención médica no puede servir por cualquier motivo, mis médicos tratantes cumplirán con mis instrucciones.**

Yo, [CLIENT NAME], con domicilio [CLIENT ADDRESS], y estando en su sano juicio, haga esta declaración como una directiva a seguir si me vuelvo permanentemente incapaz de participar en las decisiones relacionadas con mi atención médica. Estas instrucciones reflejan mi compromiso firme y establecido de recibir todo lo disponible, incluido el tratamiento médico extraordinario en las circunstancias que se indican a continuación:

Ordeno a mi médico tratante que proporcione todo lo disponible, incluido el tratamiento extraordinario, incluido el tratamiento que simplemente prolonga mi muerte, si debo estar en una condición mental o física incurable o irreversible sin una expectativa razonable de recuperación.

Estas instrucciones se aplican si estoy a) en una condición terminal; b) permanentemente inconsciente; o c) Mínimamente consciente pero tengo daño cerebral irreversible y nunca recuperaré la capacidad de tomar decisiones y expresar mis deseos.

Ordeno que el tratamiento no se limite a medidas para mantenerme cómodo y aliviar el dolor, sino que se tomen todas las medidas disponibles, incluidas las extraordinarias, para salvar mi vida.

Si bien entiendo que no estoy legalmente obligado a ser específico sobre futuros tratamientos,

Si estoy en la(s) condición(es) descrita(s) anteriormente, me siento especialmente convencido de las siguientes formas de tratamiento:

(\_\_ \_) Quiero reanimación cardíaca.

(\_\_\_\_\_ ) Quiero respiración mecánica.

(\_\_\_\_\_\_) Quiero alimentación por sonda.

(\_\_\_\_\_\_) Quiero antibióticos.

(\_\_ \_\_) Quiero el máximo alivio del dolor.

Otras direcciones:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estas instrucciones expresan mi derecho legal a recibir cualquier tratamiento médico disponible, bajo la ley de Nueva York. Tengo la intención de que mis instrucciones se lleven a cabo a menos que las haya rescindido en un nuevo escrito o indicando claramente que he cambiado de opinión.

Firmado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Declaración de testigos** *(Los testigos deben tener 18 años o más y no pueden ser el agente de atención médica o apoderado alterno).* |
| Declaro que la persona que firmó este documento era conocida personalmente por mí o me demostró sobre la base de pruebas satisfactorias que era la persona cuyo nombre está suscrito a este documento y parecía estar en su sano juicio y actuar por su propia voluntad, y que firmó (o le pidió a otro que firmara por ella) este documento en mi presencia.Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Testigo 1 (Firma):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Testigo 1 (Nombre del texto):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Testigo 1 (Dirección):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Testigo 2 (Firma):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Testigo 2 (Nombre del texto):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Testigo 2 (Dirección):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |