

### TESTAMENTO EN VIDA PARA EL ESTADO DE ARIZONA

Este Testamento en Vida es eficaz sólo cuando no tenga yo la capacidad de tomar o comunicar mis decisiones acerca del cuidado de mi salud. Si me encuentro tan enfermo al punto que podría morir pronto, quisiera que los que me cuiden sepan cuáles tratamientos desearía cuando no sea capaz de decirles. Favor de escribir sus iniciales para indicar su preferencia:

1. \_\_\_\_\_ Quisiera **TODOS** los tratamientos de mantenimiento de vida que puedan ayudarme, según mis médicos. (Si firma aquí, no firme el #2 ni el #3.)

2. \_\_\_\_\_ Quisiera que mis médicos usen tratamientos de mantenimiento de vida que puedan ayudarme, pero **no quiero** los siguientes tratamientos (marque las opciones abajo):

Reanimación cardiopulmonar (RCP)	<input type="checkbox"/> No	Diálisis	<input type="checkbox"/> No
Respirador artificial	<input type="checkbox"/> No	Antibióticos	<input type="checkbox"/> No
Líquidos intravenosos (IV)	<input type="checkbox"/> No	Transfusiones sanguíneas	<input type="checkbox"/> No
Sondas de alimentación	<input type="checkbox"/> No		

3. \_\_\_\_\_ **NO QUIERO** tratamientos de mantenimiento de vida. Quisiera sentirme cómodo(a). Quisiera fallecer de muerte natural.

Se adjuntan instrucciones adicionales. (Marque las opciones apropiadas):  Orden de No Resucitar (DNR por sus siglas en inglés) o forma directiva médica pre - hospitalización  POLST  Instrucciones/deseos adicionales:

**Donación de Órganos:**

¿Quiere ser donante de órganos, o tejidos? (Escriba sus iniciales para Sí o No) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si quiere ser donante, circule cualquier órgano que desee donar: ojo tejido Especifique si otro: \_\_\_\_\_

**Firma:** Este es un documento legal. Al firmarlo, usted verifica que lo ha repasado con cuidado y que indica claramente sus deseos. Para usar este formulario, es preciso que usted tenga a lo menos 18 años y que un testigo o un notario público le observe firmar.

\_\_\_\_\_  
Firme su nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Su fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Primer nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Apellido

\_\_\_\_\_  
Su dirección

**Testigo**

Estaba presente cuando se firmó y se fechó este testamento en vida. La persona parecía pensar claramente y nadie le obligó a firmar este testamento en vida para la atención médica. También prometo que: 1) soy mayor de 18 años de edad; 2) no soy el responsable de tomar decisiones médicas para esta persona; 3) no soy del equipo médico de esta persona; 4) no tengo parentesco consanguíneo, matrimonio, o adopción; y 5) no recibiré nada de su patrimonio (por ejemplo, dinero o bienes) después de que muera la persona.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Primer nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Apellido

\_\_\_\_\_  
Dirección del testigo

**Este documento puede ser verificado por un Notario en vez de firmado por un testigo (opcional).**

Estado de Arizona \_\_\_\_\_ )  
Condado de \_\_\_\_\_ )

En este día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, compareció ante mí \_\_\_\_\_, cuya identidad fue probada y él/ella pareció ser de una mente sana y libre de obligación, fraude o influencia indebida, y firmó el documento de arriba.

\_\_\_\_\_  
NOTARIO PÚBLICO

[Estampe aquí su sello]

*Le recomendamos que cumpla también su Carta Poder Duradera para la Salud. Discuta este formulario y sus deseos sobre el cuidado de la salud con su apoderado para la atención de la salud, sus profesionales médicos, y sus seres queridos. Entregue a cada uno de ellos una fotocopia de este formulario. Usted debería revisar y actualizar este formulario con frecuencia y cuando sea necesario. Puede cancelar este formulario cuándo quiera.*

## CARTA PODER DURADERA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL

Este formulario le permite escoger un representante para tomar decisiones médicas para el cuidado de salud mental en el caso de que usted no pueda comunicar ni tomar sus propias decisiones. Es preciso que el individuo que toma sus decisiones médicas tenga a lo menos 18 años y conozca bien sus deseos y valores, y que sea alguien en quien puede usted depositar su confianza. Esta persona puede ser pariente o amigo(a) suyo.

Al firmar este formulario, usted otorga poder notarial a su representante para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted; esta persona tiene el poder de: 1) Escoger sus profesionales médicos, cuidadores, opciones de tratamiento, y lugar(es) de tratamiento; 2) Consentir en tratamientos para prolongar la vida de usted, negarse a aceptarlos, o terminarlos; usted también puede darle el poder de tomar decisiones sobre su salud mental; y 3) Decidir la disposición de su cuerpo, por ejemplo los arreglos funerarios y la donación de órganos, si usted no ha tomado decisiones pertinentes.

### MI PODER NOTARIAL – Quisiera que esta persona tome las decisiones médicas por mí si no puedo tomarlas yo:

_____	_____	_____	_____
Primer nombre	Apellido	Relación con usted	Teléfono
_____		_____	
Dirección		Correo Electrónico	

### Si la persona mencionada arriba no puede tomar mis decisiones médicas, quisiera que esta persona las tome:

_____	_____	_____	_____
Primer nombre	Apellido	Relación con usted	Teléfono
_____		_____	
Dirección		Correo Electrónico	

### MI PODER NOTARIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL—Escriba sus iniciales frente a un testigo o un notario público.

\_\_\_\_ Escribe sus iniciales aquí para otorgar poder notarial a su representante para tomar decisiones acerca de su salud mental por usted.

\_\_\_\_ Escribe sus iniciales aquí para otorgar poder notarial a su representante para internarlo(a) en un centro psiquiátrico o en un programa que requiera que usted visite un hospital psiquiátrico.

Si usted prefiere que su representante no tome ciertas decisiones acerca de su salud mental, escríbalas aquí: \_\_\_\_\_

*No se puede revocar esta sección del formulario en caso de que usted no sea capaz de tomar sus propias decisiones, según lo determinado por su médico.*

Este es un documento legal. Al firmarlo, usted verifica que lo ha repasado con cuidado y que indica claramente sus deseos acerca de las personas que pueden tomar decisiones médicas por usted, cuáles decisiones deberían tomarse, y que sus deseos se cumplan. Para que este formulario mantenga validez, es preciso que usted tenga a lo menos 18 años y que un testigo o un notario público le observe firmar.

_____	_____	_____
Firme su nombre	Fecha	Su fecha de nacimiento
_____	_____	_____
Primer nombre en letra de molde	Apellido	Su dirección

### Testigo

Estaba presente cuando se firmó y se fechó esta carta poder duradera para el cuidado de la salud y salud mental. La persona parecía pensar claramente y nadie le obligó a firmar esta carta poder duradera. También prometo que: 1) soy mayor de 18 años de edad; 2) no soy el responsable de tomar decisiones médicas para esta persona; 3) no soy del equipo médico de esta persona; 4) no tengo parentesco consanguíneo, matrimonio, o adopción; y 5) no voy a recibir nada de su patrimonio (por ejemplo, dinero o bienes) después de que muera la persona.

_____	_____
Firma del testigo	Fecha
_____	_____
Primer nombre en letra de molde	Apellido
_____	_____
Dirección del testigo	

**Este documento puede ser verificado por un Notario en vez de ser firmado por un testigo (opcional).**

Estado de Arizona \_\_\_\_\_ )  
Condado de \_\_\_\_\_ )

En este día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, compareció ante mí \_\_\_\_\_, cuya identidad fue probada y él/ella pareció ser de una mente sana y libre de obligación, fraude o influencia indebida, y firmó el documento de arriba.

\_\_\_\_\_  
NOTARIO PUBLICO

[Estampe aquí su sello]