# TESTAMENTO EN VIDA Y
# PODER DE ASISTENCIA SANITARIA
# DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Yo _____, estando en mi sano juicio, hago esta declaración como directiva para seguirse si me vuelvo permanentemente incapaz de participar en decisiones respecto a mi cuidado médico. Estas instrucciones reflejan mi firme y asentado resolución a rehusar tratamiento médico de acuerdo con las circunstancias indicadas abajo.

Yo dirijo a mi médico atendente y a otro personal médico que retengan o retiren tratamiento que sirve solamente a prolongar el proceso de mi fallecimiento, si estoy en una *condición mental o física incurable o irreversible sin expectación razonable de recuperarme*.

Estas instrucciones se aplican si estoy: (a)*en condiciones terminales*; (b) *permanentemente inconsciente*; o (c) *si estoy consciente pero con lesión cerebral irreversible y nunca recuperaré la capacidad de tomar decisiones y expresar mis deseos*.

Yo dirijo que el tratamiento se limite a medidas para mantenerme cómodo/a y aliviar el dolor, incluso cualquier dolor que pueda ocurrir al retener o retirar tratamiento. Aunque entiendo que no me es requerido legalmente ser específico/a sobre tratamientos futuros, *si estoy en las condiciones descritas arriba, tengo el firme deseo que se sigan mis instrucciones sobre los tratamientos a continuación*:

**No quiero resuscitación cardíaca.**
**No quiero respiración mecánica.**
**No quiero alimentación artificial.**
**No quiero antibióticos.**
**Quiero el máximo alivio del dolor.**
**Otras instrucciones (indique instrucciones particulares):**
_____
_____
_____
_____

**YO, POR LA PRESENTE, NOMBRO A**

Nombre:_____

Dirección:_____

Número de teléfono:_____

como mi agente de asistencia sanitaria, que puede tomar todas las decisiones de asistencia sanitaria para mí conforme a las directivas que he declarado en este documento. Dirijo a mi agente que tome decisiones de asistencia sanitaria de acuerdo con mis deseos e instrucciones como afirmo arriba, o según otra información que sepa él o ella. También dirijo a mi agente que se atenga a cualquier limitación de su autoridad como afirmo arriba, o según otra información que sepa él o ella.

En caso de que mi agente de asistencia sanitaria esté incapaz, desinclinado/a, o indisponible para servir en esa capacidad, **designo como mi agente sustituto/a de asistencia sanitaria** (con los mismos poderes que he enumerado hasta ahora).

Nombre:_____

Dirección:_____

Número de teléfono:_____

Entiendo que, a menos que yo revoque este testamento en vida y poder de asistencia sanitaria, permanecerá en vigor por tiempo indefinido.

Estas directivas atestiguan mi derecho legal de rehusar tratamiento, según las leyes del Estado de Nueva York. A menos que yo haya revocado este documento o que haya indicado de otra manera claramente y explícitamente que he cambiado de parecer, es mi intención inequívoca que mis instrucciones expuestas en este documento sean realizadas fielmente.

Firma:_____

Dirección:_____

Fecha:_____

**Afirmación de los Testigos (Deben tener 18 años o más)**

Yo declaro que conozco a la persona que firmó este documento, y se manifiesta estar en su sano juicio, y está actuando por su propia voluntad. Él o ella firmó (o pidió a otra persona que firmara por él o ella) este documento en mi presencia.

Testigo:_____

Dirección:_____

Testigo:_____

Dirección:_____

**MANTENGA ESTE ORIGINAL FIRMADO EN CASA CON SUS DOCUMENTOS PERSONALES. DÉ COPIAS DEL ORIGINAL FIRMADO A SU MÉDICO, A SU FAMILIA, A SU ABOGADO Y A OTROS QUE PUEDAN INTERVENIR EN SU CUIDADO.**