



KENTUCKY

FOLLETO INFORMATIVO SOBRE
EL TESTAMENTO VITAL



Oficina del Procurador General

LOS TESTAMENTOS VITALES EN KENTUCKY

El Testamento Vital le permite hacer oír su voz en las decisiones que se tomen respecto a su asistencia médica cuando se halle inconsciente o demasiado enfermo para poder comunicarse. Siempre y cuando usted sea capaz de expresar sus propias decisiones no se utilizará su Testamento Vital, y podrá aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico. Sin embargo, es posible que si usted se encuentra seriamente enfermo, deje de tener la capacidad de participar en las decisiones sobre sus propios tratamientos.

Usted tiene derecho a tomar las decisiones relativas a su asistencia médica. Si se opone a ello, no se le puede conceder asistencia médica, y no se puede detener o postergar la asistencia médica necesaria si usted se opone.

La Ley de Directrices de Testamentos Vitales de Kentucky de 1994 (*Kentucky Living Will Directive Act of 1994*) fue aprobada para asegurarse de que los ciudadanos de Kentucky tengan derecho a tomar las decisiones referentes a sus propios cuidados médicos, incluyendo el derecho a aceptar o rechazar tratamientos. Este derecho de decisión -- decir sí o no al tratamiento propuesto -- se aplica a los tratamientos que prolongan la vida, como los respiradores o los tubos de alimentación.

En Kentucky, el Testamento Vital permite dejar instrucciones en cuatro áreas críticas. Usted puede:

- **Designar a un representante para la asistencia médica**
- **Rechazar o solicitar tratamientos para prolongar la vida**
- **Rechazar o solicitar alimentación o hidratación artificial (alimentación por tubos)**
- **Expresar sus deseos acerca de la donación de órganos**

Todas las personas de y mayores de 18 años pueden tener un Testamento Vital. La validez del Testamento Vital queda suspendida durante los embarazos.

No es necesario que el Testamento Vital sea redactado por un abogado. La ley de Kentucky (KRS 311.625) determina el documento que se ha de rellenar. Si quiere hacer cambios al documento del Testamento Vital, debería probablemente ver a un abogado. Además, la ley prohíbe que los familiares, herederos, proveedores de asistencia médica o tutores sean testigos del Testamento. Puede usted usar un Notario en lugar de testigos.

El documento del Testamento Vital incluye dos secciones. La primera sección es la del Representante para la Asistencia Médica, la cual le permite designar a una o varias personas, como pueden ser familiares o amigos cercanos, para tomar las decisiones relativas a la asistencia médica en caso de que usted perdiera la capacidad para tomarlas por sí mismo. La segunda sección del Testamento Vital tiene que ver con hacer conocer sus deseos en cuanto a los tratamientos para la prolongación de la vida, para que así su

representante o su médico sepan lo que hacer. También puede usted decidir si quiere donar sus órganos en caso de muerte.

Recuerde que cuando elija un representante, la persona que usted haya elegido tendrá el poder de tomar decisiones importantes acerca de los tratamientos, incluso si hay otras personas cercanas a usted que insisten en una decisión diferente. Elija a la persona que mejor esté capacitada para ser su representante para la asistencia médica. Además, considere el elegir a otra persona de reserva, en caso de que la persona que sea su primera elección no esté disponible cuando sea necesario. Asegúrese de decirle a esa persona que usted le ha elegido como su representante y también que comprenda qué es lo más importante para usted. Sus deseos deben estar expuestos específicamente en el Testamento Vital.

Si usted decide hacer un Testamento Vital asegúrese de hablarlo con su familia y con su médico. La conversación es tan importante como el documento.

Se debe poner una copia de cualquier Testamento Vital en su expediente médico. Cada vez que usted sea admitido a pasar la noche en un hospital o residencia le preguntarán si tiene un Testamento Vital. Usted es el responsable de decirle al hospital o residencia que tiene hecho un Testamento Vital.

Si hay algo relacionado con el documento que no comprende, debería consultarlo con un abogado. También puede pedirle a su médico que le explique las cuestiones médicas. Cuando complete el documento puede rellenar todo el formulario o solo las partes que quiera usar. La ley no le obliga a usar estos documentos. También se pueden usar otros formularios, escritos del modo que usted quiera. Debería consultar con un abogado para que le aconseje a la hora de redactar sus propios documentos.

No está usted obligado a hacer un Testamento Vital, ni para recibir asistencia médica ni por cualquier otra razón. La decisión de hacer un Testamento Vital debe ser personal, y sólo se debe hacer después de haberlo considerado seriamente.

Si quiere copias adicionales de este folleto de información las pueden descargar del website del Procurador General en <https://ag.ky.gov/consumer-protection/livingwills> o también se pueden hacer copias de este folleto.

La Oficina del Procurador General (OPG) suministra este folleto de información con el único propósito de informar.

La OPG no discrimina por razones de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad o discapacidad en el empleo ni en la prestación de servicios, y suministra si se solicita las acomodaciones razonables necesarias para permitir que los individuos con discapacidades tengan igual oportunidad de participar en todos los programas y actividades.

Copias impresas con fondos del estado.

Instrucciones para completar el documento del Testamento Vital de Kentucky

El formulario del Testamento Vital se debe usar para hacer saber a su médico y a su familia qué tipo de tratamientos de mantenimiento de vida quiere usted recibir en caso de que tenga una enfermedad terminal o esté permanentemente inconsciente y sea incapaz de tomar sus propias decisiones. También se debe usar este documento si quiere nombrar a alguien para que tome esas decisiones médicas por usted en caso de que no pueda expresar sus deseos.

NOTA: Puede rellenar todo el formulario o solo una parte, según sus deseos. Tenga presente que no es obligatorio rellenar este documento para obtener asistencia médica ni por cualquier otra razón. El rellenar este formulario debe ser únicamente una decisión personal.

1. Lea detenidamente toda la información antes de rellenar cualquier parte del formulario.
2. En el área designada en la parte de arriba del documento, escriba con letra de imprenta su nombre completo y su fecha de nacimiento.
3. La primera sección del documento en la primera página se refiere al nombramiento de un **“Representante para la Asistencia Médica”**. Complete esta sección si quiere elegir a alguien para que tome las decisiones médicas en su lugar, en caso de que no pueda usted hacerlo por sí mismo. Cuando elija a un representante, recuerde que esa persona tendrá el poder de tomar decisiones importantes en cuanto a los tratamientos. Elija a la persona que esté más capacitada para ser su representante para la asistencia médica. Además, considere el elegir a otra persona de reserva, en caso de que la persona que sea su primera elección no esté disponible cuando se la necesite. Asegúrese de decirles a esas personas que usted las ha elegido como representantes, y asegúrese también de que saben qué es lo más importante para usted. **No rellene esta sección si no desea nombrar a un representante.**
4. La siguiente sección del documento es la **“Directriz para el Testamento Vital”**. Rellene esta sección para identificar qué tipo de tratamientos de soporte vital quiere usted recibir en el caso de que tenga una enfermedad terminal o quede permanentemente inconsciente.

Tratamiento para Prolongar la Vida

Bajo este encabezamiento en negrita, usted puede indicar si quiere recibir o no algún tratamiento (como con un aparato de reanimación), y que se le permita morir de forma natural, únicamente con la administración de los medicamentos o tratamientos que se estimen necesarios para aliviar el dolor. Si usted no quiere ningún tratamiento, excepto para el dolor, y le

gustaría morir de forma natural, marque el recuadro y escriba sus iniciales en la primera línea. Si quiere recibir tratamiento para que le mantengan con vida, marque el recuadro y escriba sus iniciales en la segunda línea. Escriba sus iniciales y marque el recuadro en una sola de las líneas.

Nutrición y/o Líquidos

Bajo este encabezamiento en negrita, usted puede indicar si quiere o no recibir alimentos, agua u otra nutrición suministrada artificialmente (como puede ser por medio de una sonda de alimentación). Si no quiere usted recibir alimentos o líquidos artificialmente marque el recuadro y escriba sus iniciales en la primera línea. Si quiere recibir alimentos y/o líquidos artificialmente, marque el recuadro y escriba sus iniciales en la segunda línea. Escriba sus iniciales y marque el recuadro en una sola de las líneas.

Determinación del Mejor Interés por el Representante

Importante: No se puede completar esta sección si ya ha rellenado las dos secciones en negrita anteriores.

Bajo esta sección en negrita, SI usted ha nombrado a alguna persona como su representante en la primera sección, puede dar permiso a esa persona para que tome en su nombre decisiones relacionadas con los tratamientos para prolongar la vida y/o la nutrición. Marque el recuadro y escriba sus iniciales en esta línea SOLO si desea permitir que su representante tome las decisiones en su nombre y si no quiere detallar sus deseos específicos en cuanto al soporte vital en este formulario.

Donación de Órganos/Tejidos

Bajo esta sección en negrita, usted puede indicar si a su muerte quiere donar o no todo o alguna parte de su cuerpo. Si quiere donar todo o parte de su cuerpo, marque el recuadro y escriba sus iniciales en la primera línea. Si no quiere donar todo o parte de su cuerpo, marque el recuadro y escriba sus iniciales en la segunda línea. Escriba sus iniciales y marque el recuadro en una sola de las líneas.

5. En la página número tres, tiene que firmar y escribir la fecha. Firme y escriba la fecha en el documento **en presencia de dos testigos mayores de 18 años O en presencia de un Notario.**

Las siguientes personas NO PUEDEN ser testigos o servir como notarios:

- a) Un pariente con lazos consanguíneos;
- b) Una persona que vaya a heredar sus propiedades según la ley de Kentucky;
- c) Un empleado del lugar de asistencia sanitaria en donde es usted paciente (a menos que el empleado sea un notario);
- d) El médico responsable de atenderle; o
- e) Cualquier persona que sea directamente responsable de las finanzas de su asistencia médica.

6. Una vez que haya terminado de rellenar el documento del Testamento Vital y lo haya firmado en presencia de testigos o de un notario, entregue una copia a su médico de familia y a todos los contactos que haya enumerado en el Testamento Vital. Se debe poner una copia del Testamento Vital en su expediente médico. Recuerde, usted es el responsable de decir al hospital o a la residencia que tiene un Testamento Vital. No envíe su Testamento Vital a la Oficina del Procurador General.

**DIRECTRIZ PARA EL TESTAMENTO VITAL DE KENTUCKY Y
EL NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE PARA LA
ASISTENCIA MÉDICA DE**

(NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA)

(FECHA DE NACIMIENTO)

Mis deseos relacionados con los tratamientos para prolongar la vida y para suministrar nutrición e hidratación artificialmente en caso de que yo esté incapacitado para tomar decisiones, o tenga una enfermedad terminal, o esté permanentemente inconsciente, han sido indicados a continuación al marcar los recuadros adecuados y escribir las iniciales.

**NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE PARA LA ASISTENCIA
MÉDICA**

Al marcar el recuadro y escribir las iniciales en la siguiente línea:

_____ (marcar el recuadro y escribir las iniciales si desea nombrar un representante)

nombro expresamente a _____ como mi(s) representante(s) para la asistencia médica y para que tome(n) decisiones en mi lugar, según esta directriz, cuando yo ya no tenga capacidad para decidir. Si _____ rehúsa o no es capaz de decidir por mí, nombro a _____ como mi(s) representante(s) para la asistencia médica.

Cualquier nombramiento anterior queda revocado.

DIRECTRIZ PARA EL TESTAMENTO VITAL

Si no nombro un representante, las siguientes instrucciones son para el médico responsable de atenderme. Si he nombrado un representante, este deberá cumplir con mis deseos expresados más adelante. Al marcar el recuadro y escribir las iniciales expresamente indico que:

DIRECTRIZ PARA EL TESTAMENTO VITAL – CONTINUACIÓN

Tratamientos para Prolongar la Vida (marcar el recuadro y escribir las iniciales sólo en uno de ellos)

_____ (marcar el recuadro y escribir las iniciales si desea la opción siguiente)

Se retire o posponga el tratamiento, y que se me permita morir de forma natural, administrándome solamente los medicamentos o los procedimientos que se consideren necesarios para aliviar el dolor.

_____ (marcar el recuadro y escribir las iniciales si desea la opción siguiente)
NO autorizo que se retiren o se pospongan los tratamientos para prolongar la vida.

Nutrición y/o Líquidos (marcar y escribir las iniciales en una sola de las opciones)

_____ (marcar el recuadro y escribir las iniciales si desea la opción siguiente)

Autorizo la retirada o la postergación del suministro artificial de alimentos, agua u otro tipo de nutrición o fluidos suministrados artificialmente.

_____ (marcar el recuadro y escribir las iniciales si desea la opción siguiente)

NO autorizo la retirada o la postergación del suministro artificial de alimentos, agua u otro tipo de nutrición o fluidos suministrados artificialmente.

Determinación del Mejor Interés por el Representante

NOTA: Si desea esta opción, NO elija ninguna de las opciones anteriores relacionadas con los Tratamientos para Prolongar la Vida y la Nutrición y/o Líquidos

_____ (marcar el recuadro y escribir las iniciales si desea la opción siguiente)

Autorizo a mi representante, como se indica en la página anterior, a retirar o postergar la nutrición y los líquidos suministrados artificialmente, o cualquier otro tratamiento que el representante determine que su retirada o interrupción es en mi mejor interés; pero yo no pido esa retirada o interrupción.

Donación de Órganos/Ojos/Tejidos

Certifico ser mayor de (18) años de edad, de poseer sano juicio y que, en el evento de mi muerte otorgo por este medio, la donación de los siguientes órganos:

Marque las casillas correspondientes y coloque sus iniciales a un lado:

_____ Cualquier órgano, tejido y cornea/ojos que sean necesarios

O

Únicamente los siguientes órganos y tejidos (marque y ponga sus iniciales en todas las casillas que correspondan):

_____ Cualquier órgano que se necesite

_____ Cualquier tejido que se necesite

_____ Corneas

_____ Ojos

_____ Otros

O

_____ Únicamente los órganos/tejidos que se listan a continuación:

Los órganos que pueden donarse son: corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñones, e intestino delgado.

Los tipos de tejido que pueden donarse son: piel (de la capa externa del abdomen y parte baja del tronco), hueso, válvulas cardíacas, venas de las piernas, pericardio y cuerpos vertebrales.

La donación de ojos puede comprender de la cornea (la parte externa), la esclerótica (caparazón), o el ojo entero.

Si estuviera ausente mi capacidad para dar instrucciones relacionadas con los tratamientos para prolongar la vida y con la nutrición e hidratación suministrada artificialmente, es mi intención que esta directriz sea cumplida por el médico responsable de atenderme, mi familia, y cualquiera de los representantes designados de acuerdo con esta directriz, como la expresión última de mi derecho legal a rechazar tratamientos médicos o quirúrgicos, y acepto las consecuencias del rechazo.

Si se me diagnostica un embarazo y el médico que me atiende conoce el diagnóstico, esta directriz no tendrá vigor o efecto durante el curso de mi embarazo.

Comprendo la total trascendencia de esta directriz y soy mental y emocionalmente competente para formular esta directriz.

Firmado el día ____ de _____ de 20__

Firma y dirección del cedente

Es necesario que dos adultos atestigüen la veracidad de la firma O que la firma esté sellada por un notario*

En nuestra presencia conjunta, el cedente, que está en su cabal juicio y tiene o es mayor de dieciocho (18) años de edad, voluntariamente ha firmado y puesto fecha a este escrito o ha indicado que se firme y ponga fecha por el cedente.

Firma y dirección del testigo

Firma y dirección del testigo

- O -

ESTADO DE KENTUCKY, Condado de _____

Ante mí, la autoridad abajo firmante, se ha presentado el cedente, el cual está en su cabal juicio y tiene o es mayor de dieciocho (18) años de edad, y ha reconocido que ha firmado y puesto fecha voluntariamente a este escrito o ha indicado que se firme y se ponga fecha.

Hecho el día _____ de _____ de 20____

Firma del Notario

Fecha de vencimiento del servicio

*Ninguna de las siguientes personas pueden ser testigos o servir como notarios u otra persona autorizada a tomar juramento en relación con ninguna de las instrucciones previas hechas en esta sección:

- a) Un pariente que tenga lazos consanguíneos con el cedente;
- b) Un beneficiario del cedente según los estatutos de descendencia y distribución de la Mancomunidad;
- c) Un empleado del lugar de asistencia médica en donde el cedente es paciente, a menos que el empleado sea un notario;
- d) Un médico responsable de atender al cedente; o
- e) Cualquier persona que sea directamente responsable de las finanzas relativas a la asistencia médica del cedente.

AVISO: La ejecución de este documento limita la retirada y la postergación de algunos procedimientos médicos. Consulte los Estatutos Revisados de Kentucky (*Kentucky Revised Statutes*) o con su abogado. La persona designada como representante a consecuencia de una directriz previa puede renunciar en cualquier momento enviando una nota por escrito al cedente; al representante de reserva siguiente, si lo hubiera; al médico responsable; y a cualquiera de las instalaciones de asistencia médica que esté esperando que el representante tome una decisión referente a asistencia médica.