

Testamento Vital

Nombre de Declarante

INSTRUCCIONES PARA LA DECLARACION DE VOLUNTAD QUE AUTORIZA LEY NÚM. 160 DE 17 DE NOVIEMBRE DE 2001

El gobierno de Puerto Rico mediante la promulgación de la Ley 160 del 2001 reconoce legalmente el derecho de toda persona mayor de edad (21 años), en pleno uso de sus facultades mentales, a declarar previamente su voluntad sobre el tratamiento médico que quiere recibir en caso de sufrir alguna condición de salud terminal o de estado vegetativo persistente.


Toda persona mayor de 21 años edad, podrá declarar su voluntad anticipada sobre su deseo de ser sometida o no ser sometida a determinado tratamiento médico ante la eventualidad de sufrir de alguna condición de salud terminal o de estado vegetativo persistente que no le permita expresarse durante el momento en que dicho tratamiento médico deberá o no deberá serle administrado, según su voluntad.

Dicha declaración podrá incluir la designación de un mandatario que tome decisiones sobre aceptación o rechazo de tratamiento conforme a su declaración de voluntad en caso de que el declarante no pueda comunicarse por sí mismo.

La declaración de voluntad deberá a) ser firmada y juramentada ante notario público mediante acta o testimonio (declaración jurada); o b) ante persona autorizada a autenticar firma en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico; o c) Así también, podrá hacer dicha declaración ante la presencia de un médico y otros dos (2) testigos idóneos que no sean herederos del declarante ni participen en el cuidado directo del paciente

La declaración de voluntad tendrá los siguientes requisitos

Deberá contener la expresión del declarante de abstenerse de someterlo a cualquier o determinado tratamiento médico que sólo sirva para prolongar artificialmente el proceso inminente de su muerte. De igual forma podrá expresar cualquier otra orden relativa a su cuidado médico, cuya viabilidad será evaluada profesionalmente por los médicos encargados de su tratamiento.



Deberá ser a) firmada y juramentada ante notario público mediante acta o testimonio (declaración jurada), o b) ante persona autorizada a autenticar firma en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o c) Así también, podrá hacer dicha declaración ante la presencia de un médico y otros dos (2) testigos idóneos que no sean herederos del declarante ni participen en el cuidado directo del paciente.


Se hará constar en el documento el hecho de haber auscultado con el declarante el carácter voluntario de dicha declaración.

Condición de salud terminal, significa una enfermedad o condición de salud incurable e irreversible que haya sido módicamente diagnosticada y que, según el juicio médico ilustrado, provocará la muerte del paciente dentro de un término no mayor de seis (6) meses.

Estado vegetativo persistente, significa una condición de salud que impida cualquier tipo de expresión de voluntad de parte del paciente, por encontrarse en un estado de inconsciencia en el cual no exista ninguna función cortical o cognoscitiva del cerebro, para el cual no existe una posibilidad realista de recuperación, de acuerdo a los estándares médicos establecidos.

Es responsabilidad del declarante notificar al médico o a la institución de servicios de salud el hecho de su declaración y entregar a ambos una copia de la misma.

Si el declarante adviene en estado vegetativo persistente o esté incapacitado para comunicarse por sí mismo, el mandatario designado por el declarante notificará (n) al médico. Una vez notificado, el médico incluirá inmediatamente en el expediente médico del declarante una copia de tal declaración.



Para que esta declaración de voluntad pueda ser ejecutable, el declarante se le tiene que haber diagnosticado una condición de salud terminal o se encuentre en estado vegetativo persistente.

Esta declaración de voluntad puede ser revocada o dejada sin efecto en su totalidad en cualquier momento por el declarante mediante una expresión escrita u oral a esos efectos. Cuando la renovación se hiciera por escrito, ésta contendrá la fecha en que se revocó la declaración de voluntad y la firma del declarante y se le debe notificar al médico. El médico unirá dicha revocación al expediente médico y lo hará formar parte del mismo. Así también notificará a la institución de salud donde se encuentre el declarante, si alguna.

Si la declaración se quiere modificar tiene que hacerse por los mismos medios en que se hizo la declaración original.

**DECLARACION PREVIA DE VOLUNTAD SOBRE
TRATAMIENTO MEDICO**

En la ciudad de San Juan del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____, a la _____ de la mañana\tarde.

Yo, _____, mayor de edad, casado(a) con _____, propietario y vecino de _____, Puerto Rico, y bajo el más solemne juramento DECLARO:

PRIMERO: Que mis circunstancias personales son las antes indicadas y me encuentro en pleno disfrute de mis facultades mentales para hacer esta declaración, libre de toda coacción y de forma voluntaria. Estoy ejecutando esta Declaración Previa de Voluntad Sobre Tratamiento Médico como católica mientras estoy en mi sano juicio y la misma está dirigida a aclarar mis deseos para tratamiento médico en caso de encontrarme en una condición de salud o estado vegetativo que me impida expresar mi voluntad.

SEGUNDO: Yo creo que he sido creado/a para la vida eterna en unión a Dios. La verdad que mi vida es un don precioso de Dios tiene profundas implicaciones y tengo el deber de preservar mi vida y usarla para la gloria de Dios, pero el deber de preservar mi vida no es absoluto, ya que puedo rechazar procedimientos para sostener, restaurar o implantar las funciones vitales, cuando se administren con el único potencial de prolongar artificialmente el momento de mi muerte.

TERCERO: Es mi deseo claro y determinado, que llegado el momento en que no pueda expresar mi voluntad por estar sumido\a en una enfermedad o condición terminal de vida, o sea, estar en condición crítica irrecuperable de salud, o en estado vegetativo persistente, certificada así por dos o más médicos, preferiblemente mi médico de cabecera de estar éste disponible, o los médicos que me hayan examinado y determinado que mis heridas, enfermedad, condición, mal o padecimiento físico o mental es o son incurables y terminales; es entonces, mi voluntad y mandato expreso y deliberado, a todos los efectos legales y morales, a los médicos, al hospital o casa de salud en que me encuentre recluido, a mis familiares y consejeros religiosos: que el proceso de mi muerte no se prolongue por métodos artificiales, ni se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios. O sea, que no se me mantenga en vida con el uso de tubo nasogástrico u otros medios artificiales para alimentación e hidratación, respiración mecánica, ventilador artificial y resucitación cardiopulmonar, si el único efecto de éstos sería la prolongación de mi agonía y sufrimiento durante el proceso de morir.

Es mi deseo irrefutable e irrevocable que no se realicen los siguientes procedimientos en mi persona:

- No deseo resucitación cardiopulmonar; De no poder respirar por mí mismo; **no deseo** ser entubado ni que me coloquen en un respirador artificial. Tampoco deseo se me intervenga quirúrgicamente para que se me practique una traqueotomía para la colocación de un respirador artificial o alguna maquinaria equivalente que me mantenga respirando artificialmente.
- No deseo se me mantenga en vida con el uso de tubos nasogástrico u otros medios artificiales para alimentación e hidratación, si el único efecto de éstos sería la prolongación de mi agonía y sufrimiento durante el proceso de morir. Que rechazo que se me intervenga quirúrgicamente para un procedimiento de gastrostomía para alimentarme artificialmente.
- No deseo me sometan al procedimiento de diálisis, excepto que sea para curar o mejorar mi condición médica.
- No deseo me sometan a cirugías ni procedimientos quirúrgicos o medios diagnósticos invasivos, excepto cuando sea necesario para curar o mejorar mi condición médica.

CUARTO: Es mi deseo expreso que se me apliquen los tratamientos adecuados para paliar mis sufrimientos y se me administren aquellos medicamentos o analgésicos que alivien mis dolores e incomodidad aun cuando impliquen la pérdida de conciencia o acorten mi vida;

Hago constar de forma anticipada que mi voluntad aquí expresada no debe interpretarse en forma alguna como una prohibición a ser alimentado, hidratado o que se administren los medicamentos o recursos médicos que alivien mis dolores; **excepto ante la inminencia de la muerte y/o que no pueda absorber la alimentación e hidratación suministradas.**

QUINTO: Solicito se me provea cuidado espiritual, incluyendo sacramentos cuando sea posible, para para que pueda prepararme espiritualmente para la muerte y dar testimonio de mi creencia en la redención de Cristo y poder dejar de existir en paz, según el dictamen de Dios, en la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi Fe Católica. Dios se encargará de disponer el desenlace.

A los que me acompañan en ese último acto de mi vida les pido que no tengan sentimientos de culpa por el resultado que pueda tener el seguir mi voluntad, pues me estarán complaciendo al cumplir mis instrucciones.

SEXTO: De haber intervención de las autoridades oficiales en este asunto, deseo reiterar que quiero que se respete mi voluntad según antes expresado. Designo a _____, mi _____, quien es mayor de edad, _____, empleado y vecino de _____, Puerto Rico como mi apoderado, mandatario y/o tutor, para que haga cumplir todo lo dispuesto en esta declaración, con relevo de fianza y acceso y uso de todos mis recursos para los gastos que origine el lograr se cumpla mi voluntad aquí expresada, tanto ante las autoridades, instituciones hospitalarias, como ante cualquier persona que se oponga al cumplimiento de mi voluntad.

En caso de que ésta no pueda cumplir esta encomienda por renuncia, incapacidad, ausencia o muerte, entonces designo a _____, mi _____, quien es mayor de edad, _____, empleada y vecina de _____.

SEPTIMO: Me reservo el derecho de modificar o revocar esta voluntad en cualquier momento.

OCTAVO: Que hago esta declaración cumplimiento con la Ley número 160 de 17 de noviembre de 2001 “Ley de declaración previa de voluntad sobre tratamiento médico”. Que instruyo que esta declaración de voluntad tendrá efecto en cualquier otra jurisdicción en la cual yo me encuentre cuando surjan las circunstancias indicadas en esta declaración. Una fotocopia (física o digital) del original de esta declaración tendrá igual validez que su original y así debe ser aceptada.

NOVENO: He sido advertido por la notario sobre mi responsabilidad de notificar y entregar copia de esta declaración de voluntad al médico y a la institución de servicio de salud que corresponda para que sea incluida en mi expediente médico y de estar incapacitado para hacerlo será responsabilidad del mandatario.

DECIMO: Esta Declaración estará vigente desde la fecha de su otorgamiento y sus efectos prevalecerán aun cuando advenga incapaz de tomar decisiones por mí misma; salvo que medie la revocación expresa hecha por mí ante Notario Público.

UNDECIMO: esta declaración. He sido orientada sobre mi derecho de hacer esta declaración ante la presencia de un (1) médico y otros dos (2) testigos idóneos que no sean mis herederos, ni que sean personas que participarán en el cuidado de mi persona. Expresamente manifiesto y consigno mi renuncia a ese derecho.

DUODECIMO: — En caso de que la declarante sea una mujer embarazada y, en ese estado sufriera de una condición de salud terminal, la declaración de voluntad autorizada quedarán inoperante hasta terminado el estado de preñez.

Todo lo antes declarado es mi voluntad, formulada libre y voluntariamente y sin requerir la presencia de testigos; y que todo lo aquí contenido es la verdad.

En San Juan, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de 201____.

TESTIMONIO NÚMERO: _____

Jurado y suscrito ante mí, por _____, de las circunstancias personales antes indicadas y quien DOY FE de conocer personalmente, y quien específicamente me ha expresado su deseo de hacer declaración libre y voluntariamente; sin requerir la presencia de testigos.

En Guaynabo, Puerto Rico hoy _____ de _____ de 201____.

NOTARIO PUBLICO

Oración por los enfermos, sanación física y espiritual

Padre Santo, "tú manifiestas tu poder y das grandes golpes, realizando curaciones, señales y prodigios por el Nombre de tu santo siervo Jesús" (Hechos 4,30). "Para que al Nombre de Jesús toda rodilla se doble en los cielos, en la tierra y entre los muertos, y toda lengua proclame que Cristo Jesús es el Señor, para gloria de Dios Padre" (Filipenses 2, 10-11). Creemos que el nombre de Jesús tiene poder para sanar, liberar y salvar. También creemos en tu Palabra donde nos dices: "No hay salvación en ningún otro, pues bajo el Cielo no se ha dado a los hombres ningún otro Nombre por el que debamos ser salvados" (Hechos 4, 12). Envía Señor, el coraje, la intrepidez y el poder de tu Espíritu Santo para que se realicen los signos y prodigios, curaciones y milagros en nosotros en este momento de gracia.

Señor Jesús, creemos que estás vivo y resucitado. Creemos que estás realmente presente en el Santísimo Sacramento del Altar y en cada uno de nosotros. Te alabamos y te adoramos. Te damos gracias, Señor, por venir hasta nosotros como pan vivo bajado del cielo. Tú eres la plenitud de la vida. Tú eres la resurrección y la vida. Tú eres, Señor, la salud de los enfermos.

Hoy queremos presentarte a todos los enfermos para que tengas compasión de ellos. Padre Eterno, te pedimos en el Nombre de Jesús que extiendas tu mano, nos des el Espíritu Santo para convertir los corazones y liberar a tu pueblo, por el poder del Santo Nombre de Jesús. Bendícelos a todos y haz que muchos vuelvan a encontrar la salud, que su fe crezca y se vayan abriendo a las maravillas de tu amor, para que también ellos sean testigos de tu poder y de tu compasión.

Dios Padre, en tu Santo Nombre, nosotros te pedimos con la fe que nos es posible que se realicen entre nosotros curaciones físicas y espirituales; te pedimos que salves y sanes a los matrimonios para que las familias se reconcilien y vivan unidas por medio de tu amor, que nuestros corazones sean curados y desaparezca todo odio y resentimiento hacia nuestros hermanos, que los oprimidos alcancen la libertad tan preciada que tú Señor nos ofreces.

Hoy, Señor, te presentamos en fe a todos los enfermos que nos han pedido oración y te pedimos que los alivies en su enfermedad y que les devuelvas la salud. Haz que con la enfermedad crezcan en la fe, en la esperanza. y que reciban la salud para gloria de tu Nombre. Para que tu Reino siga extendiéndose más y más en los corazones, a través de los signos y prodigios de tu amor.

Que todos los corazones se conviertan a la Palabra de Dios y que tú Señor mores en ellos con el don de tu Espíritu Santo. Cúranos Señor Jesús, libéranos Señor Jesús, Sávanos Señor Jesús. Danos la gracia y la alegría que nos falta. Danos la paz y el consuelo en nuestros corazones y en nuestras vidas, libéranos de tantas distracciones que no permiten que te escuchemos e introdúcenos en el silencio de tu amoroso corazón . Danos el amor, danos el perdón, danos tu misericordia. Danos el don de orar para comunicarnos contigo todos los días y en todos los momentos de nuestra vida.

