

DIRECTRIZ ANTICIPADA DE LA DECLARACION CATOLICA
SOBRE LA VIDA Y LA MUERTE
(DESIGNACION DE SUSTITUTO/A DE ASISTENCIA MEDICA / TESTAMENTO SOBRE LA VIDA)
DE

(Nombre)

Introducción

Estoy ejecutando esta *Declaración Católica sobre la Vida y la Muerte* mientras estoy en mi sano juicio. Está dirigida a aclarar mis deseos para tratamiento en situaciones que pueden surgir en las que estoy incapacitado/a o imposibilitado/a de expresar estos deseos.

Declaración de Fe

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 para la cuestión de administración sobre mi vida. 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 de prolongación de la vida que no son suficientemente beneficiosos o son excesivamente penosos. El suicidio y la eutanasia nunca son opciones moralmente aceptables.¹ Si llegara a enfermarme irreversiblemente y fatalmente, solicito ser plenamente informado/a de mi condición para que pueda prepararme espiritualmente para la muerte y dar testimonio de mi creencia en la redención de Cristo.

Designación de Sustituto/a de Asistencia Médica

En el caso de que me vuelva incapacitado/a, yo designo como mi sustituto/a para decisiones de asistencia médica (si no se ha de nombrar un sustituto/a, por favor, escriba abajo “ninguno/a” en lugar de “nombre”):

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfonos (Casa, Trabajo, Celular): _____

Si mi sustituto/a no desea o no puede realizar sus deberes o no puede ser localizado/a, deseo designar como mi sustituto/a alterno (si no se ha de nombrar un sustituto/a alterno, por favor, escriba abajo “ninguno/a” en lugar de “nombre”):

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfonos (Casa, Trabajo, Celular): _____

Esta directriz le permitirá a mi sustituto/a tomar decisiones de asistencia médica, y proveer, retener, o retirar consentimiento en mi nombre; aplicar para beneficios públicos para sufragar el costo de la asistencia médica; recibir mi información personal de asistencia médica; y autorizar mi ingreso a o traslado de una institución de asistencia médica. No se hace como una condición de tratamiento o ingreso a una institución de asistencia médica. Este documento tiene que ser firmado y atestiguado en el otro lado para ser válido.

¹ Cf Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos *Directrices Éticas y Religiosas para Servicios de Asistencia Médica Católica* (COCEU, Inc.: Washington, DC, 2001). Quinta Parte.

Lo siguiente da una guía para llevar a cabo mis deseos al final de la vida. Si en algún momento estoy incapacitado y tengo una condición fatal o estoy en la etapa final de una condición, y si mis médicos de cabecera y de tratamiento y otro médico consultado han determinado que no hay una probabilidad médica razonable para que me recupere de tal condición / condiciones, mi sustituto/a de asistencia médica (antes designado, si alguno/a) estará autorizado/a para tomar decisiones por mí de acuerdo con mis deseos expresados en esta Declaración. Si no es posible ponerse en contacto con mi sustituto/a (o si yo no he nombrado un sustituto/a), entonces yo pido y dirijo que:

1. Se me provea cuidado y comodidad, y que se me alivie de mi dolor;
2. Que no se usen medios inapropiados, excesivamente penosos ni desproporcionados para prolongar mi vida. Esto puede incluir procedimientos médicos o quirúrgicos;
3. Debe haber una suposición a favor de proveerme nutrición e hidratación, incluyendo nutrición e hidratación médicamente asistida, siempre y cuando esto sea de suficiente beneficio para sobrepasar el agobio que me represente;
4. Nada se hará con la intención de causar mi muerte; y
5. Se me proveerá cuidado espiritual, incluyendo sacramentos cuando sea posible.

Instrucciones Adicionales

Firmas requeridas

Es mi intención que mi sustituto/a, mi familia y mis médicos honren esta declaración como la expresión de mis deseos referentes a tratamientos. Entiendo la plena importancia de esta declaración, y estoy emocional y mentalmente competente para hacer esta declaración.

DECLARANTE

Fecha

4 Últimos Números del Seguro Social: _____

Firma del / de la Testigo

Firma del / de la Testigo

Nombre (letra de Imprenta/Mecanografiado) Nombre (letra de Imprenta/Mecanografiado)

El sustituto/a de Asistencia Médica no puede servir de testigo; por lo menos uno de los testigos no debe ser el esposo / esposa o familiar consanguíneo de la persona firmante.

1 de enero, 2005

Copias de este formulario pueden ser obtenidas por medio de la Florida Catholic Conference (Conferencia Católica de la Florida), P. O. Box 1677, Tallahassee, FL 32302 o www.flacathconf.org