

Instrucción Anticipada/Testamento en Vida

Aviso

El objetivo de esta Declaración de Testamento en Vida es documentar su deseo de que el tratamiento de soporte vital, incluyendo la nutrición e hidratación suministradas de forma artificial o tecnológica, se suspenda o se retire si usted es incapaz de tomar decisiones médicas informadas y presenta una afección terminal o se encuentra en un estado de inconsciencia permanente. Esta Declaración de Testamento en Vida no afecta la responsabilidad del personal de cuidado de la salud de brindarle cuidado de confort. Por cuidado de confort se entiende cualquier medida destinada a disminuir el dolor o las molestias, pero no a posponer la muerte.

Si no desea limitar alguna o ninguna de las formas de tratamiento de soporte vital, incluida la reanimación cardiopulmonar (RCP), tiene derecho legal a hacerlo y es posible que desee indicar sus preferencias de tratamiento médico por escrito en otro documento.

Según las leyes de Ohio, la Declaración de Testamento en Vida es aplicable únicamente a personas con una afección terminal o en estado de inconsciencia permanente. Si desea dar instrucciones para su tratamiento médico en otras circunstancias, debe elaborar un Poder Legal para el Cuidado de la Salud. Si usted padece una afección terminal o se encuentra en un estado de inconsciencia permanente, esta Declaración de Testamento en Vida tiene prioridad sobre el Poder Legal para el Cuidado de la Salud.

Debería considerar la posibilidad de realizar una nueva Declaración de Testamento en Vida si su afección médica cambia o, si más adelante, decide realizar un Poder Legal para el Cuidado de la Salud.

Si tiene una Declaración de Testamento en Vida y un Poder Legal para el Cuidado de la Salud, debe conservar las copias de estos documentos juntas. Lleve consigo sus documentos siempre que se atienda en un centro de cuidado de la salud o cuando actualice su expediente médico con el profesional que le brinda cuidado.

Declaración hecha el día _____ del mes de _____, (20____).

Esta es mi Declaración de Testamento en Vida. Revoco todas las Declaraciones de Testamento en Vida anteriores firmadas por mí. Comprendo la naturaleza y el objetivo de este documento. Si alguna disposición se considera inválida o inaplicable, no afectará el resto del presente documento. Estoy en pleno uso de mis facultades mentales y no estoy sometido a coacción, fraude ni influencia indebida. Soy un adulto competente que comprende y acepta las consecuencias de esta medida. Declaro voluntariamente mi decisión de que mi muerte no se prolongue artificialmente. [R.C. §2133.02(A)(1)]

Pretendo que esta Declaración de Testamento en Vida sea respetada por mi familia y mis médicos como la expresión final de mi derecho legal a rechazar determinados cuidados de la salud. [R.C. §2133.03(B)(2)]

Yo _____, consciente y voluntariamente, doy a conocer mi deseo de que mi muerte no se prolongue artificialmente en las circunstancias que se exponen a continuación. Por la presente declaro que, si en algún momento estoy incapacitado y:

_____ (iniciales) tengo una afección terminal; ☐

_____ (iniciales) tengo una afección en etapa terminal; ☐

_____ (iniciales) estoy en un estado vegetativo persistente y, si mi médico de cuidado primario y otro médico consultor han determinado que no hay una probabilidad médica razonable de recuperarme de tal afección, doy la indicación de que se suspendan o se retiren los procedimientos para la prolongación de la vida, cuando la aplicación de estos solo serviría para prolongar artificialmente la muerte, y que se me permita morir naturalmente, solo con la administración de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para brindarme cuidado de confort o para aliviar el dolor.

Es mi intención que mi familia y mi médico respeten esta declaración como la última expresión de mi derecho legal a rechazar el tratamiento médico o quirúrgico y a aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

En el caso de que se haya determinado que no puedo dar mi consentimiento expreso e informado con respecto a la suspensión, al retiro o a la continuación de los procedimientos para prolongarme la vida, deseo designar a la siguiente persona como sustituto para llevar a cabo las disposiciones de esta declaración:

Nombre (en letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Instrucciones Especiales

_____ Al escribir mis iniciales, firmar, hacer una marca de verificación u otra marca en esta casilla, autorizo específicamente a mi médico a suspender, o si el tratamiento ya ha comenzado, a retirar el consentimiento para el suministro de nutrición o hidratación de forma artificial o tecnológica si me encuentro en un estado de inconsciencia permanente Y mi médico, y al menos otro médico que me haya examinado, han determinado, con un grado razonable de certeza médica, que la nutrición y la hidratación suministradas de forma artificial o tecnológica no me brindarían comodidad ni aliviarán mi dolor. [R.C. §2133.02(A)(3) y R.C. §2133.08]

Firma del Declarante

Entiendo que soy responsable de informar sobre este Testamento en Vida a los miembros de mi familia, al agente nombrado en mi Poder Legal para el Cuidado de la Salud (si tengo uno), a mi médico, a mi abogado, a mi consejero religioso y a otras personas. Entiendo que puedo entregar copias de este Testamento en Vida a cualquier persona.

Entiendo que debo firmar (o indicar a una persona que firme por mí) y fechar este Testamento en Vida. Sé que mi firma debe ser presenciada por dos adultos que sean elegibles para presenciarla, O BIEN, la firma debe ser reconocida ante un notario público. [R.C. §2133.02]

Mi Comisión es Permanente:

Para ayudarle a comprender este aviso, tiene a su disposición asistencia lingüística, servicios de interpretación y recursos y servicios auxiliares gratuitos. Los servicios incluyen, entre otros: traducción oral, escrita y recursos auxiliares. Puede solicitarlos llamando al **877-856-5702 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este.

English: Call the number above to receive free language assistance services.

Español (Spanish): Llame al número que se indica arriba para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

French Creole (Haitian Creole): Kreyòl Ayisyen (French Creole) Rele nimewo ki e dike anwo a pou resevwa sèvis éd gratis nan lang.

Українська (Ukrainian): Зателефонуйте за вказаним вище номером для отримання безкоштовної мовної підтримки.

नेपाली (Nepali): निःशुल्क भाषासम्बन्धी सहयोग सेवाहरू प्राप्त गर्नका लागि माथिको नम्बरमा फोन गर्नुहोस्।

العربية (Arabic): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

Soomaali (Somali): Wac lambarka kore si aad u hesho adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah.

Русский (Russian): Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

Kiswahili (Swahili): Piga simu kwa nambari iliyo hapo juu ili upate huduma za usaidizi wa lugha bila malipo.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir des services gratuits d'assistance linguistique.

Kinyarwanda (Burundi): Hamagara numero yatanzwe haruguru kugira ngo uhabwe serivisi z'ubufasha bw'indimi ku buntu.

O'zbekcha (Uzbek): Til yuzasidan bepul yordam olish uchun yuqoridagi raqamga qo'ng'iroq qiling.

پښتو (Pashtu): د وړيا ژبې ملاتړ ترلاسه کولو لپاره پورته شميرې ته زنگ ووهئ.

Tiếng Việt (Vietnamese): Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

ትግርኛ (Tigrinya):- ነፃ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ኣገልግሎት ንጥርካብ በዚ ኣብ ላዕሊ ዘሎ ቁፅሪ ይደውሉ።

دري (Dari): برای دریافت خدمات رایگان کمک زبانی با شماره بالا تماس بگیرید.

Este aviso está disponible en **es-www.humana.com/OhioDocuments**.

Humana Healthy Horizons in Ohio es un Producto de Medicaid de Humana Health Plan of Ohio, Inc.

OHMQVPSP_0725_Aprobado