

**VOLUNTAD ANTICIPADA PARA UNA MUERTE NATURAL («TESTAMENTO VITAL»)**  
*ADVANCE DIRECTIVE FOR A NATURAL DEATH (“LIVING WILL”)*

**NOTA: USTED DEBE USAR ESTE DOCUMENTO PARA DARLES INSTRUCCIONES A SUS PROVEEDORES DE CUIDADOS DE LA SALUD PARA QUE RETENGAN O RETIREN MEDIDAS DE PROLONGAMIENTO DE VIDA EN CIERTAS SITUACIONES. NO HAY UN REQUISITO LEGAL PARA EJECUTAR UN TESTAMENTO VITAL.**

**INSTRUCCIONES GENERALES:** *Puede usar esta voluntad anticipada («testamento vital») para dar instrucciones para el futuro si usted quiere que sus proveedores de cuidados de la salud retengan o retiren medidas para prolongar la vida en ciertas situaciones. Debe hablar con su médico acerca de lo que significan estos términos. El testamento vital indica lo que usted hubiera elegido para sí mismo si pudiera comunicarse. Hable con los miembros de su familia, amigos y otros en quienes usted confíe con relación a sus deseos. También es una buena idea hablar con profesionales tales como sus médicos, miembros del clero y abogados antes de completar y firmar este testamento vital.*

*No tiene que usar este formulario para dar esas instrucciones, pero si usted redacta su propia voluntad anticipada, necesita ser muy cuidadoso en asegurarse de que su voluntad anticipada sea concordante con las leyes de Carolina del Norte.*

*La intención de este formulario de testamento vital es ser válido en cualquier jurisdicción en la cual se presente, pero algunos lugares fuera de Carolina del Norte pueden imponer requisitos que este formulario no reúne.*

*Si usted quiere usar este formulario, debe completarlo, firmarlo y hacer que dos testigos calificados presencien su firma y un notario público la autentique. Siga cuidadosamente las instrucciones sobre a cuáles selecciones les puede usted poner sus iniciales. **No firme este formulario hasta** que estén presentes dos testigos y un notario público para presenciar la firma. Debería considerar después darle una copia a su médico de cabecera o a un pariente de confianza y debería considerar archivarla en el Advanced Health Care Directive Registry que mantiene la Secretaría de Estado de Carolina del Norte: <http://www.nclifelinks.org/ahcdr/>.*

## Mi deseo de muerte natural

*My Desire for a Natural Death*

Yo, \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades mentales, deseo, como se especifica a continuación, que mi vida no se prolongue por medidas para prolongar la vida:  
*I, being of sound mind, desire that, as specified below, my life not be prolonged by life-prolonging measures:*

### 1. **Cuándo aplican mis voluntades**

*When My Directives Apply*

Mis indicaciones acerca de prolongar mi vida deberán aplicarse **SI** mi médico a cargo determina que yo carezco de la capacidad de tomar o de comunicar decisiones sobre los cuidados de la salud y:

*My directions about prolonging my life shall apply **IF** my attending physician determines that I lack capacity to make or communicate health care decisions and:*

#### **NOTA: PUEDE PONER SUS INICIALES EN CUALQUIERA O EN TODAS LAS SIGUIENTES OPCIONES.**

*NOTE: YOU MAY INITIAL ANY OR ALL OF THESE CHOICES.*

\_\_\_\_\_  
*(iniciales)*

Yo tengo una enfermedad incurable y terminal, que resultará en mi muerte dentro de un periodo relativamente corto de tiempo.

*I have an incurable or irreversible condition that will result in my death within a relatively short period of time.*

\_\_\_\_\_  
*(iniciales)*

Yo llego a estar inconsciente y mis proveedores de cuidados de la salud determinan, con un alto grado de certeza médica, que ya nunca recobraré el conocimiento.

*I become unconscious and my health care providers determine that, to a high degree of medical certainty, I will never regain my consciousness.*

\_\_\_\_\_  
*(iniciales)*

Yo sufro un estado de demencia avanzada o alguna otra afección la cual resulta en la pérdida sustancial de mi habilidad cognoscitiva y mis proveedores de cuidados de la salud determinan, con un alto grado de certeza médica, que esta pérdida no es reversible.

*I suffer from advanced dementia or any other condition which results in the substantial loss of my cognitive ability and my health care providers determine that, to a high degree of medical certainty, this loss is not reversible.*

### 2. **Estas son mis voluntades acerca de prolongar mi vida:**

*These are My Directives about Prolonging My Life:*

En las situaciones que ya he señalado con mis iniciales en la Sección 1, ordeno a mis proveedores de cuidados de la salud que:

*In those situations I have initialed in Section 1, I direct that my health care providers:*

#### **NOTA: PONGA SUS INICIALES EN UNA SÓLA OPCIÓN.**

*NOTE: INITIAL ONLY IN ONE PLACE.*

\_\_\_\_\_  
*(iniciales)*

Pueden detener o retirar las medidas para prolongar mi vida.  
*may withhold or withdraw life-prolonging measures.*

\_\_\_\_\_  
*(iniciales)*

Deben detener o retirar las medidas para prolongar mi vida.  
*shall withhold or withdraw life-prolonging measures.*

3. **Excepciones — «Nutrición e hidratación artificial»**

*Exceptions — "Artificial Nutrition or Hydration"*

**NOTA: COLOQUE SUS INICIALES SÓLO SI USTED QUIERE HACER EXCEPCIONES A SUS INSTRUCCIONES EN EL PÁRRAFO 2.**

*NOTE: INITIAL ONLY IF YOU WANT TO MAKE EXCEPTIONS TO YOUR INSTRUCTIONS IN PARAGRAPH 2.*

AUNQUE yo no quiero que prolonguen mi vida en aquellas situaciones que he marcado con mis iniciales en la Sección 1:

*EVEN THOUGH I do not want my life prolonged in those situations I have initialed in Section 1:*

\_\_\_\_\_  
(iniciales)

Yo QUIERO recibir TANTO hidratación artificial COMO nutrición artificial (por ejemplo, dadas a través de tubos) en esas situaciones.

*I DO want to receive BOTH artificial hydration AND artificial nutrition (for example, through tubes) in those situations.*

**NOTA: NO PONGA SUS INICIALES EN ESTA OPCIÓN, SI ALGUNA DE LAS OPCIONES ABAJO TIENEN SUS INICIALES.**

*NOTE: DO NOT INITIAL THIS BLOCK IF ONE OF THE BLOCKS BELOW IS INITIALED.*

\_\_\_\_\_  
(iniciales)

Yo QUIERO recibir SÓLAMENTE hidratación artificial (por ejemplo, a través de tubos) en esas situaciones.

*I DO want to receive ONLY artificial hydration (for example, through tubes) in those situations.*

**NOTA: NO MARQUE ESTA OPCIÓN, SI LA OPCIÓN DE ARRIBA O ABAJO TIENE SUS INICIALES.**

*NOTE: DO NOT INITIAL THE BLOCK ABOVE OR BELOW IF THIS BLOCK IS INITIALED.*

\_\_\_\_\_  
(iniciales)

Yo QUIERO recibir SÓLAMENTE nutrición artificial (por ejemplo, a través de tubos) en esas situaciones.

*I DO want to receive ONLY artificial nutrition (for example, through tubes) in those situations.*

**NOTA: NO MARQUE NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES SI ESTA OPCIÓN TIENE SUS INICIALES.**

*NOTE: DO NOT INITIAL EITHER OF THE TWO BLOCKS ABOVE IF THIS BLOCK IS INITIALED.*

4. **Yo deseo que me mantengan lo más cómodo posible.**

*I Wish to be Made as Comfortable as Possible*

Yo ordeno que mis proveedores de cuidados de la salud tomen medidas razonables para mantenerme tan limpio, cómodo y libre de dolor como sea posible, de modo que se mantenga mi dignidad, aunque este cuidado pueda acelerar mi muerte.

*I direct that my health care providers take reasonable steps to keep me as clean, comfortable, and free of pain as possible so that my dignity is maintained, even though this care may hasten my death.*

5. **Yo entiendo mi voluntad anticipada.**

*I Understand my Advance Directive*

Yo estoy al tanto y entiendo que este documento ordena que se retengan o se discontinúen ciertas medidas para prolongar la vida de acuerdo con mis instrucciones anticipadas.

*I am aware and understand that this document directs certain life-prolonging measures to be withheld or discontinued in accordance with my advance instructions.*

**6. Si tengo un agente de cuidados de la salud disponible**

*If I have an Available Health Care Agent*

Si he designado un agente de cuidados de la salud al ejecutar un poder judicial para atención médica u otro documento parecido, y ese agente está actuando y está disponible y da instrucciones que son diferentes a esta voluntad anticipada, entonces yo ordeno que:

*If I have appointed a health care agent by executing a health care power of attorney or similar instrument, and that health care agent is acting and available and gives instructions that differ from this Advance Directive, then I direct that:*

\_\_\_\_\_  
(iniciales) Siga la voluntad anticipada: Esta voluntad anticipada **va a invalidar** las instrucciones que mi agente de cuidados de la salud dé sobre prolongar mi vida.  
*Follow Advance Directive: This Advance Directive will **override** instructions my health care agent gives about prolonging my life.*

\_\_\_\_\_  
(iniciales) Siga al agente de cuidados de la salud: Mi agente de cuidados de la salud tiene la autoridad para **invalidar** esta voluntad anticipada.  
*Follow Health Care Agent: My health care agent has authority to **override** this Advance Directive.*

**NOTA: NO PONGA SUS INICIALES EN LOS DOS ESPACIOS. SI USTED NO COLOCA SUS INICIALES EN NINGUNO DE LOS ESPACIOS, ENTONCES SUS PROVEEDORES DE CUIDADOS DE LA SALUD VAN A SEGUIR ESTA VOLUNTAD ANTICIPADA E IGNORARÁN LAS INSTRUCCIONES DE SU AGENTE DE CUIDADOS DE LA SALUD EN CUANTO AL PROLONGAMIENTO DE SU VIDA.**

*NOTE: DO NOT INITIAL BOTH BLOCKS. IF YOU DO NOT INITIAL EITHER BOX, THEN YOUR HEALTH CARE PROVIDERS WILL FOLLOW THIS ADVANCE DIRECTIVE AND IGNORE THE INSTRUCTIONS OF YOUR HEALTH CARE AGENT ABOUT PROLONGING YOUR LIFE.*

**7. Mis proveedores de cuidados de la salud pueden confiar en este documento de voluntad anticipada.**

*My Health Care Providers May Rely on this Directive*

Mis proveedores de cuidados de la salud no serán responsables ante mí, mi familia, mi patrimonio, mis herederos o mi representante personal por seguir las instrucciones que doy en este documento. Seguir mis instrucciones no se considerará suicidio, o la causa de mi muerte, o negligencia médica o conducta poco profesional. Si yo revoqué este documento pero mis proveedores de cuidados de la salud desconocen que yo lo revoqué, y ellos de buena fe, siguen las instrucciones en el mismo, tendrán derecho a las mismas protecciones que hubieran tenido si no se hubiera revocado.

*My health care providers shall not be liable to me or to my family, my estate, my heirs, or my personal representative for following the instructions I give in this instrument. Following my directions shall not be considered suicide, or the cause of my death, or malpractice or unprofessional conduct. If I have revoked this instrument but my health care providers do not know that I have done so, and they follow the instructions in this instrument in good faith, they shall be entitled to the same protections to which they would have been entitled if the instrument had not been revoked.*

**8. Yo quiero que este documento de voluntad anticipada esté en efecto en todas partes.**

*I Want this Directive to be Effective Anywhere*

Es mi intención que cualquier proveedor de cuidados de la salud cumpla con esta voluntad anticipada en cualquier lugar.

*I intend that this Advance Directive be followed by any health care provider in any place.*

**9. Yo tengo el derecho de revocar esta voluntad anticipada.**

*I have the Right to Revoke this Advance Directive*

Entiendo que en cualquier momento puedo revocar esta voluntad anticipada a través de un escrito firmado por mí o comunicando, de cualquier manera clara y coherente, mi intención de revocarla al médico a cargo. Yo entiendo que si revoco este documento, debo tratar de destruir todas sus copias.

*I understand that at any time I may revoke this Advance Directive in a writing I sign or by communicating in any clear and consistent manner my intent to revoke it to my attending physician. I understand that if I revoke this instrument I should try to destroy all copies of it.*

Este día, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ a la(s) \_\_\_\_\_  
Day Month Year Time

Firma del declarante *(Signature of Declarant)* \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde *(Type/print name)* \_\_\_\_\_

Por la presente indico que el declarante, \_\_\_\_\_, que está en pleno uso de sus facultades, firmó (o le ordenó a otro a firmar en nombre del declarante) la Voluntad anticipada para una muerte natural precedente en mi presencia, y que no tengo relación de consanguinidad o de matrimonio con el declarante, y no tendría derecho a parte alguna del patrimonio del declarante bajo ningún testamento o codicilo testamentario existente del declarante o como un heredero bajo el Acto de sucesión de intestado (Intestate Succession Act), si el declarante muere en esta fecha sin un testamento. También indico que yo no soy el médico a cargo del declarante, ni un proveedor de cuidados de la salud con licencia que es (1) un empleado del médico a cargo del declarante, (2) ni un empleado de la institución de servicios de salud en la que el declarante es paciente o (3) un empleado de un asilo de ancianos o cualquier casa hogar para adultos donde el declarante reside. Además indico que no tengo ningún reclamo en contra del declarante o del patrimonio del declarante.

*I hereby state that the declarant, being of sound mind, signed (or directed another to sign on declarant's behalf) the foregoing Advance Directive for a Natural Death in my presence, and that I am not related to the declarant by blood or marriage, and I would not be entitled to any portion of the estate of the declarant under any existing will or codicil of the declarant or as an heir under the Intestate Succession Act, if the declarant died on this date without a will. I also state that I am not the declarant's attending physician, nor a licensed health care provider who is (1) an employee of the declarant's attending physician, (2) nor an employee of the health facility in which the declarant is a patient, or (3) an employee of a nursing home or any adult care home where the declarant resides. I further state that I do not have any claim against the declarant or the estate of the declarant.*

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_  
Date Time Witness

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_  
Date Time Witness

\_\_\_\_\_ COUNTY, \_\_\_\_\_ STATE

Sworn to (or affirmed) and subscribed before me this day by \_\_\_\_\_  
Type/print name of declarant

\_\_\_\_\_  
Type/print name of witness

\_\_\_\_\_  
Type/print name of witness

Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

*(Official Seal)*

\_\_\_\_\_  
Signature of Notary Public

\_\_\_\_\_, Notary Public  
Printed or typed name

My commission expires: \_\_\_\_\_