

# INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

Guía de la Ley de Maryland sobre  
Decisiones Médicas

(Formularios incluidos)

Estado de Maryland Oficina del Fiscal  
General

*J. Joseph Curran, Jr.*

*Fiscal General*

Guía de la Ley de Maryland sobre  
Decisiones médicas

(Formularios incluidos)

Estimado habitante de Maryland:

Con esta carta le enviamos el material que solicitó sobre instrucciones anticipadas. Los formularios adjuntos son *opcionales*; puede utilizarlos si lo desea o utilizar otros que tengan validez legal. Si tiene alguna duda legal sobre su situación personal, consulte con su abogado. Si decide realizar una instrucción anticipada, consúltelo con su familia y su médico. Hablarlo es tan importante como tener el propio documento. La copia de cualquier instrucción anticipada debe constar en su historial médico. Asegúrese también de llevar una copia si va al hospital. No entregue los formularios en esta oficina.

Las enfermedades mortales son un problema difícil de afrontar. Si deja constancia previa sobre sus preferencias, se respetarán y podrá evitar que sus seres queridos tengan que asumir esa responsabilidad. Puede realizar una instrucción anticipada para donar órganos.

Si desea información sobre las Órdenes de Cuidados Paliativos/No Resucitar (DNR) de los Servicios Médicos de Urgencias (EMS), llame directamente al teléfono del Instituto de Maryland para Sistemas Servicios Médicos de Urgencias (MIEMSS): (410) 706-4367. Una orden de EMS/DNR es una instrucción de un médico al personal médico de urgencias (contestador automático 911) para proporcionar cuidados paliativos en lugar de tratamientos de resucitación.

Espero que esta información le sea de ayuda. Lamento que la gran demanda no nos permita dar un formulario a cada solicitante. Haga toda las copias que necesite. También se pueden obtener los formularios en la página: [www.oag.state.md.us/HealthPol/index.htm](http://www.oag.state.md.us/HealthPol/index.htm).

J. Joseph Curran, Jr.  
Fiscal General

**PLANIFICACIÓN SANITARIA**  
**MEDIANTE INSTRUCCIONES ANTICIPADAS**  
*Formularios opcionales incluidos*

***Derecho a decidir***

Las personas adultas pueden decidir por sí mismos si quieren recibir un tratamiento médico. Este derecho a decidir- aceptar o rechazar un tratamiento- se aplicará a tratamientos para alargar la vida, como máquinas para respirar o tubos de alimentación.

Desgraciadamente, los accidentes o las enfermedades pueden suprimir la capacidad de las personas para tomar decisiones médicas. Sin embargo, las decisiones se tienen que tomar. Si usted no puede, alguien tendrá que hacerlo. Estas decisiones deben reflejar cuáles son sus valores y sus prioridades.

Una ley de Maryland llamada Ley de Decisiones Médicas dicta que existe el derecho a tomar decisiones previas mediante las llamadas “Instrucciones anticipadas”. Una Instrucción anticipada se puede utilizar para nombrar a un agente sanitario, es decir, una persona que toma decisiones médicas en su lugar. También se puede utilizar para decir qué tratamientos prefiere, especialmente en el caso de tratamientos que ayuden a mantener la vida.

Hay dos formularios disponibles, el más sencillo es el “Testamento vital”, y el más complicado la “Instrucción anticipada”, que se compone de dos formularios Parte A y Parte B. Este folleto le explica cómo utilizarlos. Estos formularios sirven de guía. Se puede rellenar todo el formulario o parte de él. La ley *no* obliga a utilizar los formularios. Se pueden utilizar otros formularios, redactados como usted quiera. Por ejemplo, un formulario muy conocido, el llamado *Five Wishes*, que distribuye la organización no lucrativa Aging With Dignity. Para más información sobre dicho formulario, visite la página: [www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org) o escriba a: Aging with Dignity, P.O. Box 1661, Tallahassee, FL 32302.

Estos formularios opcionales se pueden rellenar sin ayuda de un abogado. Si tiene alguna duda, consulte a un abogado. También puede pedir ayuda a un médico para que le explique los puntos que hacen referencia a la medicina. Comuníquese a su médico que ha realizado una Instrucción anticipada y entréguele una copia.

Debe haber dos testigos a la hora de firmar los formularios. Prácticamente cualquier adulto puede actuar como testigo. Si usted nombra un representante sanitario no tiene por qué coincidir con el testigo. Además, uno de los testigos debe ser una persona que no obtenga beneficios económicos ni tenga capacidad para administrar sus bienes en el momento de su fallecimiento. Tampoco es necesario que un notario certifique el formulario.

Cuando se realiza una instrucción anticipada, tiene efecto excepto en el caso de que la revoque. Las instrucciones no tienen vencimiento. Debe revisar lo que ha realizado de vez en cuando porque pueden cambiar sus condiciones de vida y su forma de pensar. Puede rectificar o revocar una instrucción anticipada en cualquier momento. En ese caso, comuníquese a su médico y a cualquier persona que tenga una copia.

Si realiza una instrucción anticipada en otro estado, es *legalmente válida* en Maryland. Además, si tiene un testamento vital en Maryland o un poder para cuidados sanitarios elaborados antes del 1 de octubre de 1993, dicho documento *sigue siendo válido*. Quizá quiera revisar estos documentos para saber si prefiere dar otras instrucciones anticipadas.

### ***Agentes de asistencia sanitaria***

Puede nombrar a quien quiera (excepto a una persona que trabaje en un centro médico donde recibe tratamiento) como representante sanitario. **Para nombrar un representante sanitario, utilice la Parte A del formulario de instrucciones anticipadas.** Su representante hablará en su nombre y tomará decisiones basándose en lo que usted querría que se hiciera en su propio beneficio. Usted decide cuánto poder le concede a su representante para tomar decisiones médicas. También puede decidir cuándo quiere retirar el poder a su representante, directamente, o después de que los médicos determinen que no está capacitado para decidir por usted mismo.

Puede elegir a un miembro de la familia como representante sanitario, pero no es obligatorio.

Recuerde, el representante tendrá poder para tomar decisiones importantes sobre sus tratamientos, incluso si otras personas cercanas a usted desean tomar otras decisiones diferentes. Escoja a la persona mejor calificada. Asimismo, considere la posibilidad de elegir a un representante suplente, para cuando el primero no esté disponible. No elija a un representante sin comunicárselo a alguien más. Asegúrese de que la persona a la que nombra comprende qué es lo que usted quiere y lo que no quiere. Cuando llegue el momento de tomar las decisiones, el representante sanitario debe cumplir con sus deseos.

Los formularios incluidos en este folleto *no* le autorizan a administrar su dinero. No tenemos ningún formulario estándar para este fin. Consulte con su abogado sus opciones financieras en caso de incapacidad.

### ***Instrucciones sanitarias***

Tiene derecho a hacer uso de una instrucción anticipada para decir qué tratamientos prefiere recibir en un futuro. En caso de que nombre un representante sanitario y tome decisiones sobre los tratamientos en una instrucción anticipada, el representante estará obligado a cumplirlas excepto si usted indica lo contrario.

Si quiere, **puede realizar un número limitado de instrucciones anticipadas llamadas en su conjunto testamento vital.** Un testamento vital le permite decidir qué tratamientos quiere que le apliquen para mantenerle en vida en estas dos situaciones: muerte inminente como consecuencia de un estado terminal a pesar de la aplicación de tratamientos para mantenerle en vida, y un estado de inconsciencia permanente llamado estado vegetativo continuo.

**También tiene derecho a dejar más instrucciones sanitarias en la Parte B del formulario más largo.** La Parte B de las instrucciones anticipadas le permite decidir qué tratamientos quiere en estas tres situaciones: estado terminal, estado vegetativo continuo, y fase terminal irreversible. La fase terminal irreversible es la fase avanzada, progresiva, e incurable de dependencia física total. Esta se produce por ejemplo en los enfermos de Alzheimer en fase avanzada. También se puede utilizar la Parte B de las instrucciones anticipadas para tomar decisiones médicas además de las que tratan sobre tratamientos para mantener la vida. Si rellena la Parte B, *no* debe rellena también el formulario del testamento vital.

Tanto el formulario del testamento vital como la Parte B le permite tomar decisiones por separado, si así lo desea, sobre la alimentación y la hidratación artificial que prefiera, a menudo llamado “tubo de alimentación”. Además, las mujeres que rellenen cualquiera de los formularios pueden dejar constancia de las consecuencias que un embarazo podría tener sobre las decisiones que haya tomado sobre los tratamientos.

***No olvide ...***

[ ] Rellenar, firmar, la **Parte A de las instrucciones anticipadas** delante de testigos si quiere nombrar un representante sanitario.

[ ] Nombrar un representante suplente en caso de que el primero no esté disponible.

[ ] Consultar con su representante y el representante suplente cuáles son sus valores y prioridades, y decidir si es una guía suficiente o si también quiere tomar decisiones médicas específicas para que su representante sanitario las cumpla.

[ ] Rellenar (eligiendo con cuidado entre las opciones), firmar, **un testamento vital o la sección más extensa de la Parte B de las instrucciones anticipadas**, delante de testigos pero sólo si quiere tomar decisiones específicas.

[ ] Asegurarse de que su representante sanitario (en el caso de que haya nombrado a uno), su familia, y su médico conocen sus preferencias sobre los tratamientos.

[ ] Entregar una copia de las instrucciones anticipadas a su representante sanitario, a su familia, a su médico, al enfermero del hospital o de su casa si lo tiene.

Para conseguir copias de este folleto, póngase en contacto con:

Oficina del Fiscal General  
200 Saint Paul Place  
Baltimore, Maryland 21202  
(410) 576-7000  
e-mail: [ADForms@oag.state.md.us](mailto:ADForms@oag.state.md.us)

Biblioteca y Sección de Servicios de Información  
Department of Legislative Reference  
90 State Circle  
Annapolis, MD 21401  
(410) 946-5400 (área de Baltimore/Annapolis)  
(301) 970-5400 (área de Washington, D.C.)

Puede conseguir copias en Internet en la página:  
[www.oag.state.md.us/Healthpol/index.htm](http://www.oag.state.md.us/Healthpol/index.htm)

## **PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE INSTRUCCIONES ANTICIPADAS EN MARYLAND**

### **1. ¿Tengo que utilizar un formulario en particular?**

No. Puede conseguir formularios opcionales, pero puede modificarlos o utilizar otros diferentes. Por supuesto, ningún miembro del personal sanitario puede negarle un tratamiento sólo porque ha decidido no rellenar un formulario.

### **2. ¿A quién puedo elegir como representante sanitario?**

A cualquier persona de 18 años o más, excepto, a un propietario, trabajador, o empleado de un centro médico donde el paciente reciba tratamiento médico.

### **3. ¿Quién puede ser testigo de las instrucciones anticipadas?**

Se necesitan dos testigos. Normalmente, cualquier adulto con plenas facultades puede ser testigo, incluido su médico u otro miembro del personal sanitario, pero en algunos centros existe una norma que impide que los empleados sean testigos. Si nombra un representante sanitario, dicha persona no puede ser testigo de **ninguna** de sus instrucciones anticipadas. Además, **uno** de los dos testigos debe ser alguien que (i) no reciba dinero ni bienes de su propiedad y (ii) no sea quien ha nombrado para administrar sus bienes a su fallecimiento.

### **4. ¿Tiene que estar presente un notario?**

No, pero si viaja con frecuencia a otro estado, consulte con un abogado experto si debe estar certificado por un notario.

### **5. ¿Tienen relación estos documentos con asuntos financieros?**

No. Si quiere hacer un plan sobre sus asuntos financieros, comuníquese a su abogado.

### **6. ¿Cuándo utilizo estos formularios para tomar una decisión, cómo muestro las opciones que he elegido?**

Escriba sus **iniciales** al lado de las instrucciones que quiera. **No** utilice ninguna marca de verificación ni ninguna X. Tache las instrucciones que no quiera. Elija las opciones de forma consecuente. Por ejemplo, si marca una o todas las partes del punto 1, 2, y 3 en la Parte B de las instrucciones anticipadas, **no** marque el punto 5, táchelo. Asimismo, ponga mucha atención en el punto 4. Táchelo si quiere estar seguro de recibir la medicación paliativa del dolor.

### **7. ¿Debo rellenar el formulario de testamento vital y el formulario de instrucciones anticipadas?**

Depende de lo que quiera. Si sólo quiere nombrar un representante sanitario, rellene sólo la Parte A de las instrucciones anticipadas. Si quiere dejar instrucciones sobre su tratamiento, rellene el formulario de testamento vital o la Parte B de las instrucciones anticipadas (no ambas). El formulario de testamento vital le permite decidir qué tratamientos para mantener la vida quiere en caso

6

de estar en estado terminal o estado vegetativo continuo. La Parte B le permite decidir qué tratamientos para mantener la vida desea recibir, no sólo en caso de encontrarse en estado terminal o estado vegetativo continuo sino también en “estado terminal irreversible”. La Parte B también le permite decidir qué tratamientos desea recibir en otras situaciones. Tenga en cuenta que, si nombra un representante sanitario y deja instrucciones sobre el tratamiento, el representante estará obligado a cumplir sus decisiones excepto si dice lo contrario.

**8. ¿Son válidos estos formularios en otros estados?**

Depende de las leyes del estado. La mayoría de los estados aceptan las instrucciones anticipadas realizadas en otro estado.

**9. ¿A quién debo entregar copias de las instrucciones anticipadas?**

Entrega una copia a su médico, otra al representante sanitario, si ha nombrado uno, el enfermero del hospital o de su casa, y los familiares o amigos que sepan lo que quiere.

**10. ¿La Ley federal sobre la privacidad de los historiales médicos (HIPAA) exige un lenguaje especial a mi representante sanitario?**

En virtud de la HIPAA, un representante sanitario es un “representante personal” que puede tener acceso a su historial médico. En la Parte A de las instrucciones anticipadas, al principio del punto 2A, puede expresar por escrito: “En calidad de mi representante personal, ...”

**11. Si he dado instrucciones anticipadas, ¿necesito también una Orden de Cuidados Paliativos/No Resucitar de los Servicios Médicos de Urgencias?**

Sí. Si **no** quiere que el personal de una ambulancia intente resucitarle en caso de paro cardíaco o respiratorio, su médico privado debe firmar una **Orden de Cuidados Paliativos/No Resucitar de los Servicios Médicos de Urgencias**.

**12. ¿La Orden de Cuidados Paliativos/No Resucitar de los Servicios Médicos de Urgencias tiene que incluirse en algún formulario específico?**

Sí. El personal de las ambulancias dispone de muy poco tiempo para analizar la situación y reaccionar en consecuencia. Por eso, no resulta práctico pedirles que interpreten documentos que puedan variar en cuanto a formato y contenido. En consecuencia, se ha creado un formulario estándar para estas órdenes. Para obtener información sobre las Órdenes de Cuidados Paliativos/No Resucitar de los Servicios Médicos de Urgencias, haga que su médico o su centro médico se ponga en contacto con el Instituto de Maryland para Sistemas Servicios Médicos de Urgencias (MIEMSS), teléfono: (410) 706-4367.

**13. ¿Puedo utilizar las instrucciones anticipadas para donar órganos?**

Sí. Está incluido un formulario para donación de órganos.



**SI TIENE MÁS PREGUNTAS, CONSULTE A SU MÉDICO O A SU ABOGADO. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE LOS FORMULARIOS Y NO HA ENCONTRADO SU RESPUESTA EN TODO EL FOLLETO, PUEDE LLAMAR A LA HEALTH POLICY DIVISION DE LA OFICINA DEL FISCAL GENERAL, TELÉFONO: (410) 576-6327 O PÓNGASE EN CONTACTO POR E-MAIL: [ADFORMS@OAG.STATE.MD.US](mailto:ADFORMS@OAG.STATE.MD.US).**

*REVISED DECEMBER 2003*

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS**

**PARTE A**

**NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE SANITARIO**

*(Formulario Opcional)*

(Tache toda esta parte del formulario si no quiere nombrar un representante sanitario para que tome decisiones médicas en su lugar. Si quiere nombrarlo, sólo tache los puntos que no quiera.)

1. Yo, \_\_\_\_\_,  
residente  
en \_\_\_\_\_

nombro a la persona que aparece a continuación como mi representante para tomar decisiones médicas en mi lugar:

\_\_\_\_\_  
*(Nombre completo, Dirección, y Número de teléfono del Representante)*

Opcional: Si dicho representante no está disponible o no está capacitado o no quiere representarme, nombro a la persona que aparece a continuación para que me represente:

\_\_\_\_\_  
*(Nombre completo, Dirección, y Número de teléfono del Representante suplente)*

2. Mi representante tiene plena facultad y autoridad para tomar decisiones médicas en mi lugar , y autoridad para:

A. Pedir, recibir, y revisar cualquier información, oral o escrita, relativa a mi salud física o mental, incluidos, pero sin limitación a, los historiales médicos y hospitalarios, y el consentimiento de revelar dicha información;

B. Contratar y despedir al personal médico que me trata;

C. Autorizar mi admisión o salida de (incluido el traslado a otros centros) cualquier hospital, hospicio, hogar de ancianos, centro de adultos, u otro centro médico; y

D. Consentir la administración, mantenimiento, o suspensión de tratamientos médicos, incluidos, en las circunstancias necesarias, tratamientos para mantener la vida.

3. La autoridad de mi representante está sujeta a las siguientes disposiciones y limitaciones:

---

---

4. Si estoy embarazada, mi representante deberá seguir las siguientes instrucciones:

---

---

5. La autoridad de mi representante es operativa (*marque sólo la opción aplicable en su caso*):

- Cuando el médico que me atiende y un Segundo médico determinen que no soy capaz de tomar una decisión fundamentada sobre mis tratamientos; o
- Cuando éste documento se firme.

6. Mi representante debe tomar decisiones médicas en mi lugar basándose en las instrucciones médicas que indico en este documento y en mis preferencias. Si no conoce mis preferencias o no están claras, mi representante deberá tomar las decisiones médicas en que más me beneficien, lo cual debe determinarse tras considerar las ventajas y los inconvenientes, y los riesgos que resulten de cierto tratamiento o del proceso de cierto tratamiento, la suspensión o la retirada de un tratamiento o del proceso de un tratamiento.

7. Mi representante no será responsable de los gastos del tratamiento únicamente basados en esta autorización.

Mi firma a continuación, indica que tengo plenas facultades emocionales y mentales para realizar este nombramiento de un representante sanitario y que comprendo cuál es su objetivo y sus consecuencias.

\_\_\_\_\_

(Fecha) (Firma del declarante)

El declarante ha firmado o admitido al firmar este nombramiento de un representante sanitario en mi presencia y, en mi opinión, parece una persona con plenas facultades.

\_\_\_\_\_

(Testigo) (Testigo)

---

---

(Firmas y Direcciones de los dos Testigos)

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS**

**PARTE B**

**INSTRUCCIONES MÉDICAS**

*(Formulario Opcional)*

*(Tache toda esta parte del formulario si no quiere dejar instrucciones médicas. Si quiere rellenar esta sección del formulario, **marque** sólo la opción los puntos que quiera incluir en el documento y **tache** los que no quiera que se apliquen).*

Si no estoy capacitado para tomar una decisión fundamentada sobre mis tratamientos, ordeno a las personas encargadas de mi tratamiento médico que sigan las instrucciones que aparecen a continuación. (**Marque** los que sean aplicables).

1. Si como consecuencia de un estado terminal mi fallecimiento es inminente, y si a pesar de la aplicación de tratamientos para mantener la vida no hay esperanza de que me recupere:

\_\_\_\_\_ Ordeno que no se alargue mi vida mediante tratamientos para mantener la vida, incluida la administración de alimentos e hidratación artificiales.

\_\_\_\_\_ Ordeno que no se alargue mi vida mediante tratamientos para mantener la vida, excepto si no pueden alimentarme por la boca, en tal caso, quiero que me administren alimentos e hidratación artificiales.

2. Si me encuentro en un estado vegetativo continuo, es decir, si no estoy consciente y no reconozco mi entorno, ni soy capaz de interactuar con los demás, y no hay esperanza de que me recupere:

\_\_\_\_\_ Ordeno que no se alargue mi vida mediante tratamientos para mantener la vida, incluida la administración de alimentos e hidratación artificiales.

\_\_\_\_\_ Ordeno que no se alargue mi vida mediante tratamientos para mantener la vida, excepto si no pueden alimentarme por la boca, en tal caso, quiero que me administren alimentos e hidratación artificiales.

3. Si me encuentro en una fase terminal irreversible, es decir, un estado causado por una lesión, una enfermedad o un mal, por la que he sufrido un deterioro grave y permanente que tiene como consecuencia la pérdida de facultades y una dependencia física total, de manera que según la certeza razonable de los médicos el tratamiento de mi estado irreversible resultaría sin efecto:

\_\_\_\_\_ Ordeno que no se alargue mi vida mediante tratamientos para mantener la vida, incluida la administración de alimentos e hidratación artificiales.

\_\_\_\_\_ Ordeno que no se alargue mi vida mediante tratamientos para mantener la vida, excepto si no pueden alimentarme por la boca, en tal caso, quiero que me administren alimentos e hidratación artificiales.

4. \_\_\_\_\_ Ordeno que, en cualquier estado, no se me administren medicamentos para aliviar el dolor y el sufrimiento si va a acortar la vida que me queda.

5. \_\_\_\_\_ Ordeno que, incluso en un estado terminal, se me administren todos los tratamientos médicos posibles de acuerdo con los estándares aceptables.

6. Si estoy embarazada, mi decisión sobre los tratamientos para mantener la vida deberán modificarse de la siguiente manera:

---

---

---

7. Ordeno (*en el espacio que aparece a continuación, indicar cualquier otra instrucción relativa al recibir o no recibir cualquier tratamiento*):

---

---

---

Mi firma indica que tengo plenas facultades emocionales y mentales para realizar estas Instrucciones Anticipadas y que comprendo cuál es su objetivo y sus consecuencias.

\_\_\_\_\_  
(Fecha) (Firma del declarante)

El declarante ha firmado o admitido al firmar este nombramiento de un representante sanitario en mi presencia y, en mi opinión, parece una persona con plenas facultades.

\_\_\_\_\_  
(Testigo) (Testigo)

---

---

\_\_\_\_\_  
(Firmas y Direcciones de los dos Testigos)

**TESTAMENTO VITAL**

*(Formulario Opcional)*

Si no estoy capacitado para tomar una decisión fundamentada sobre mis tratamientos, ordeno a las personas encargadas de mi tratamiento médico que cumplan las instrucciones que aparecen a continuación. (*Marque* los que quiera que se incluyan en el documento y *tache* los que no sean aplicables).

A Si como consecuencia de un estado terminal, mi fallecimiento es inminente, y si a pesar de la aplicación de tratamientos para mantener la vida no hay esperanza de que me recupere:

\_\_\_\_\_ Ordeno que no se alargue mi vida mediante tratamientos para mantener la vida, incluida la administración de alimentos e hidratación artificiales.

\_\_\_\_\_ Ordeno que no se alargue mi vida mediante tratamientos para mantener la vida, excepto si no pueden alimentarme por la boca, en tal caso, quiero que me administren alimentos e hidratación artificiales.

\_\_\_\_\_ Ordeno que, incluso en un estado terminal, se me administren todos los tratamientos médicos posibles de acuerdo con los estándares aceptables.

B. Si me encuentro en un estado vegetativo continuo, es decir, si no estoy consciente y no reconozco mi entorno, ni soy capaz de interactuar con los demás, y no hay esperanza de que me recupere:

\_\_\_\_\_ Ordeno que no se alargue mi vida mediante tratamientos para mantener la vida, incluida la administración de alimentos e hidratación artificiales.

\_\_\_\_\_ Ordeno que no se alargue mi vida mediante tratamientos para mantener la vida, excepto si no pueden alimentarme por la boca, en tal caso, quiero que me administren alimentos e hidratación artificiales.

\_\_\_\_\_ Ordeno que, incluso en un estado terminal, se me administren todos los tratamientos médicos posibles de acuerdo con los estándares aceptables.

C. Si estoy embarazada, mi decisión sobre los tratamientos para mantener la vida deberán modificarse de la siguiente manera:

---

---

---

Página 2 de 2

Mi firma indica que tengo plenas facultades emocionales y mentales para realizar este Testamento Vital y que comprendo cuál es su objetivo y sus consecuencias.

\_\_\_\_\_  
(Fecha) (Firma del declarante)

El declarante ha firmado o admitido al firmar este nombramiento de un representante sanitario en mi presencia y, en mi opinión, parece una persona con plenas facultades.

\_\_\_\_\_  
(Testigo) (Testigo)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Firmas y Direcciones de los dos Testigos)*

## APÉNDICE SOBRE DONACIÓN DE ÓRGANOS

[Nota: Si quiere donar sus órganos, adjunte esta página al testamento vital o a las instrucciones anticipadas. Fírmelo y tenga delante testigos.]

A mi muerte, quiero donar:

\_\_\_\_\_ Los órganos, tejidos, u ojos que necesiten.

\_\_\_\_\_ Sólo los órganos, tejidos, u ojos que indico:

---

---

---

Autorizo el uso de mis órganos, tejidos, u ojos:

\_\_\_\_\_ para trasplante;

\_\_\_\_\_ para terapia;

\_\_\_\_\_ para investigación;

\_\_\_\_\_ para formación médica;

\_\_\_\_\_ para cualquier fin autorizado por la ley.

Entiendo que antes de que se extraiga un órgano vital, un tejido o un ojo para transplantarlo, se ha certificado mi muerte. Ordeno que, a mi muerte, se mantengan todas las medidas de soporte necesarias para transplantar mis órganos, tejidos, u ojos hasta que los órganos, tejidos, u ojos se hayan recuperado totalmente.

Entiendo que no se cargarán a mi cuenta gastos por donar órganos, tejidos, u ojos o por dejar a disposición mis órganos, tejidos u ojos.

Mi firma a continuación, indica que tengo plenas facultades emocionales y mentales para realizar este apéndice sobre donación de órganos y que comprendo cuál es su objetivo y sus consecuencias.

---

(Fecha) (Firma del declarante)

El declarante ha firmado o admitido al firmar este nombramiento de un representante sanitario en mi presencia y, en mi opinión, parece una persona con plenas facultades.

---

(Testigo) (Testigo)

---

---

---

*(Firmas y Direcciones de los dos Testigos)*