

# Estado de Ohio

## Declaración de Testamento en vida

### Aviso para el Declarante

El propósito de esta Declaración de Testamento en vida es documentar su deseo de que el tratamiento de soporte vital, incluida la alimentación e hidratación suministradas artificial o tecnológicamente, se rechace o retire si no puede tomar decisiones médicas informadas y tiene una enfermedad terminal o está en un estado de inconsciencia permanente. Esta Declaración no afecta la responsabilidad del personal de atención de la salud de brindarle cuidados paliativos. Cuidado paliativo significa cualquier medida tomada para disminuir el dolor o las molestias, pero no para posponer la muerte.

Si decide no limitar ninguna de las formas de tratamiento de soporte vital, incluida la RCP, tiene el derecho legal de elegirlo y es posible que desee indicar sus preferencias de tratamiento médico por escrito en un documento diferente.

En virtud de la ley de Ohio, una Declaración de Testamento en vida se aplica **solo a personas que padecen una enfermedad terminal o se encuentran en un estado de inconsciencia permanente**. Si desea dirigir el tratamiento médico en otras circunstancias, debe preparar un poder notarial para atención de la salud. Si tiene una afección terminal o está en un estado de inconsciencia permanente, esta Declaración de Testamento en vida prevalece sobre un Poder notarial para atención de la salud.

*[Debe considerar completar una nueva Declaración de Testamento en vida si su afección médica cambia o si más adelante decide completar un Poder notarial para atención de la salud. Si tiene una Declaración de Testamento en vida y un Poder notarial para atención de la salud, debe conservar copias de ambos documentos juntos. Lleve su documento cada vez que sea paciente en un centro de atención de la salud o cuando actualice sus registros médicos con su médico].*



# Ohio

## Declaración de Testamento en vida

[Sección 2133 del Código Revisado de Ohio]

---

(Nombre completo en letra de imprenta)

---

(Fecha de nacimiento)

Esta es mi Declaración de Testamento en vida. Revoco todas las Declaraciones de Testamento en vida anteriores que haya firmado. Comprendo la naturaleza y el propósito de este documento. Si se determina que alguna disposición es inválida o inaplicable, no afectará el resto de este documento.

Estoy en pleno uso de mis facultades mentales y no estoy sujeto a coacción, fraude ni influencia indebida. Soy un adulto competente que comprende y acepta las consecuencias de esta acción. Declaro voluntariamente mi instrucción de que mi muerte no se posponga artificialmente. [Sección 2133.02 (A)(1) del Código Revisado de Ohio]

Es mi intención que mi familia y mis médicos respeten esta Declaración de Testamento en vida como la expresión final de mi derecho legal a rechazar determinada atención de la salud. [Sección 2133.03(B)(2) del Código Revisado de Ohio]

### Definiciones

**Adulto** se refiere a una persona que tiene 18 años o más.

**Representante legal o Apoderado** significa un adulto competente que una persona (el "Poderdante") puede nombrar en un Poder notarial para atención de la salud para tomar decisiones de atención de la salud en nombre del Poderdante.

**Alimentación o hidratación suministrada artificial o tecnológicamente** significa alimentos y líquidos proporcionados a través de una sonda de alimentación o por vía intravenosa. *[Puede rechazar o suspender una sonda de alimentación o autorizar a su Representante legal del Poder notarial para atención de la salud a rechazar o suspender la alimentación o hidratación artificial].*

**Cuidado paliativo** significa cualquier medida, procedimiento, tratamiento o intervención médica o de enfermería, incluida alimentación o hidratación, que se hace para disminuir el dolor o las molestias de un paciente, pero no para posponer la muerte.

**RCP** significa reanimación cardiopulmonar, una de las varias maneras de restablecer la respiración o los latidos cardíacos de una persona una vez que se ha detenido. No incluye abrir las vías respiratorias de una persona por un motivo que no sea la reanimación.

El **Declarante** es la persona que firma la Declaración de Testamento en vida.

**Orden de no reanimación o DNR** es una orden médica escrita en el registro de un paciente para indicar que el paciente no debe recibir reanimación cardiopulmonar.

**Atención de la salud** significa cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar la salud física o mental de una persona.

**Decisión de atención de la salud** significa otorgar el consentimiento informado, negarse a otorgar el consentimiento informado o retirar el consentimiento informado para la atención de la salud.

El **Poder notarial para atención de la salud** es un documento legal que permite al Poderdante autorizar a un Representante legal para que tome decisiones de atención de la salud por el Poderdante en la mayoría de las situaciones de atención de la salud cuando el Poderdante ya no puede tomar esas decisiones. Además, el Poderdante puede autorizar al Representante legal a recopilar información médica protegida para y en nombre del Poderdante de inmediato o en cualquier otro momento. Un poder notarial para atención de la salud NO es un poder notarial financiero.

El documento del Poder notarial para atención de la salud también puede utilizarse para designar a una persona para que actúe como Tutor de persona o del patrimonio del Poderdante. Incluso si un tribunal designa a un Tutor para el Poderdante, el Poder notarial para atención de la salud permanece vigente a menos que el tribunal establezca lo contrario.

**Tratamiento de soporte vital** significa cualquier procedimiento, tratamiento, intervención u otra medida médica que, cuando se administra a un paciente, prolonga principalmente el proceso de muerte.

La **Declaración de Testamento en vida** es un documento legal que permite que un adulto competente (“Declarante”) especifique qué atención de la salud desea o no desea recibir si tiene una enfermedad terminal o queda inconsciente de forma permanente y ya no puede comunicar sus deseos. NO constituye ni reemplaza un testamento, el cual se utiliza para designar a un albacea que administre el patrimonio de una persona después de su fallecimiento.

**Estado de inconsciencia permanente** se refiere a una afección irreversible en la que el paciente está permanentemente inconsciente de sí mismo y su entorno. Al menos dos médicos deben examinar al paciente y estar de acuerdo en que ha perdido totalmente la función cerebral superior y no puede sufrir ni sentir dolor.

**Poderdante** se refiere a un adulto competente que firma un Poder notarial para atención de la salud.

**Afección terminal** significa una afección irreversible, incurable e intratable causada por una enfermedad, afección o lesión a la cual, conforme a un grado razonable de certeza médica y según lo determinado de acuerdo con estándares médicos razonables por el médico tratante de un Declarante y otro médico que haya examinado al Declarante, se aplican las dos condiciones siguientes: (1) no puede haber recuperación y (2) es probable que la muerte ocurra en un plazo relativamente corto si no se administra un tratamiento de soporte vital.

**Sin fecha de vencimiento.** Esta Declaración de Testamento en vida no tendrá fecha de vencimiento. Sin embargo, puedo revocarla en cualquier momento. [Sección 2133.04(A) del Código Revisado de Ohio]

**Las copias son las mismas que las originales.** Cualquier persona puede confiar en una copia de este documento. [Sección 2133.02(C) del Código Revisado de Ohio]

**Solicitud fuera del estado.** Es mi intención que este documento se respete en cualquier jurisdicción en la medida permitida por la ley. [Sección 2133.14 del Código Revisado de Ohio]

He completado un Poder notarial para atención de la salud                      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Notificaciones.** *[Nota: No es necesario que nombre a ninguna persona. Si no nombra a nadie, la ley exige que su médico tratante haga un esfuerzo razonable para notificar a una de las siguientes personas en el orden mencionado: su Tutor, su cónyuge, sus hijos adultos que estén disponibles, sus padres o la mayoría de sus hermanos adultos que estén disponibles].*

En caso de que mi médico tratante determine que el tratamiento de soporte vital se debe rechazar o retirar, mi médico hará un esfuerzo razonable para notificar a una de las personas mencionadas a continuación, en el siguiente orden de prioridad *[tache cualquier línea no utilizada]*: [Sección 2133.05(2)(a) del Código Revisado de Ohio]

Tachar la sección si no se usa	Nombre del primer contacto y su relación con este: _____
	Dirección: _____
	Números de teléfono: _____
	Nombre del segundo contacto y su relación con este: _____
	Dirección: _____
	Números de teléfono: _____
	Nombre del tercer contacto y su relación con este: _____
	Dirección: _____
	Números de teléfono: _____

Si tengo una **AFECCIÓN TERMINAL** y no puedo tomar mis propias decisiones de atención de la salud, O, si me encuentro en un **ESTADO DE inconsciencia PERMANENTE** y no existe una posibilidad razonable de que recupere la capacidad de tomar decisiones informadas, indico que mi médico me deje morir de manera natural y solo me brinde **cuidados paliativos**.

Para los fines de que me brinde cuidados paliativos, autorizo a mi médico a lo siguiente:

1. No administrar ningún tratamiento de soporte vital, incluida RCP.
2. Rechazar o retirar la alimentación o hidratación suministrada artificial o tecnológicamente, siempre que, si estoy en un estado de inconsciencia permanente, haya autorizado dicho rechazo o retiro en las **Instrucciones especiales** a continuación y se hayan cumplido las otras condiciones.
3. Emitir una Orden DNR.
4. No tomar ninguna medida para posponer mi muerte y brindarme solo la atención necesaria para que me sienta cómodo y aliviar mi dolor.

***Instrucciones especiales.***

Al escribir mis iniciales, mi firma u otra marca en esta casilla, autorizo específicamente a mi médico a rechazar o, si el tratamiento ha comenzado, a retirar el consentimiento para el suministro de alimentación o hidratación por vía artificial o tecnológica si estoy en un estado de inconsciencia permanente Y mi médico y al menos otro médico que me ha examinado han determinado, conforme a un grado razonable de certeza médica, que la alimentación y la hidratación suministradas artificial o tecnológicamente no me brindarán comodidad ni aliviarán mi dolor. [Sección 2133.02(A)(3) y Sección 2133.08 del Código Revisado de Ohio]

***Instrucciones o limitaciones adicionales.***

*[Si el espacio debajo no es suficiente, puede adjuntar páginas adicionales.  
Si no tiene instrucciones o limitaciones adicionales, escriba "Ninguna" debajo].*

### **FIRMA del DECLARANTE**

Comprendo que soy responsable de informar a los miembros de mi familia, al Representante legal nombrado en mi Poder notarial para atención de la salud (si tengo uno), mi médico, abogado, consejero religioso y otras personas sobre esta Declaración de Testamento en vida. Comprendo que puedo entregar copias de esta Declaración de Testamento en vida a cualquier persona.

Comprendo que debo firmar (o indicar a una persona que firme en mi nombre) esta Declaración de Testamento en vida e indicar la fecha de la firma, y que la firma debe ser presenciada por dos adultos que sean elegibles para ser testigos de la firma O debe reconocerse ante un notario público. [Sección 2133.02 del Código Revisado de Ohio]

Firmo con mi nombre esta Declaración de Testamento en vida

el \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_, Ohio.

\_\_\_\_\_  
Declarante

### **[Elija testigos O un Reconocimiento Notarial].**

#### **TESTIGOS** [Sección 2133.02(B)(1) del Código Revisado de Ohio]

*[Las siguientes personas NO PUEDEN actuar como testigos de esta Declaración de Testamento en vida:*

- *Su Representante legal en su Poder notarial para atención de la salud, si tiene uno;*
- *El Tutor de su persona o patrimonio, si tiene uno;*
- *Su Representante legal o Tutor alternativo, si tiene uno;*
- *Cualquier persona que tenga un vínculo con usted por sangre, matrimonio o adopción (por ejemplo, su cónyuge e hijos);*
- *Su médico tratante;*
- *El administrador del hogar para ancianos donde recibe atención].*

