

Declaración hecha este día _____ de _____ del 20 _____, yo, _____ (nombre), consciente y voluntariamente, doy a conocer mi deseo de que mi muerte no se prolongue artificialmente en las circunstancias que se exponen a continuación, y por la presente declaro que, si en algún momento estoy incapacitado y

_____ (inicial) tengo una condición terminal,

o _____ (inicial) tengo una condición en su etapa final,

o _____ (inicial) estoy en un estado vegetativo permanente,

y si mi médico de cabecera y otro médico consultor han determinado que ya no existe una probabilidad médica razonable de mi recuperación de dicha afección, ordeno que los procedimientos que prolongan la vida se retengan o retiren cuando la aplicación de dichos procedimientos sirven solo para prolongar, artificialmente, el proceso de morir, y que se me permita morir naturalmente con solo la administración de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento médico que se considera necesario para proporcionarme cuidado paliativo o para aliviar el dolor.

Es mi intención de que esta declaración sea honrada por mi familia y mi médico como la expresión final de mi derecho legal a negarme a un tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias de dicha oposición y que este formulario se respete en cualquier centro de atención médica (o en cualquier residencia donde pueda estar recibiendo atención médica) en cualquier estado o territorio dentro de los Estados Unidos de América.

En el caso de que se haya determinado que no puedo proporcionar un consentimiento expreso e informado con respecto a la retención, retiro o continuación de los procedimientos que prolongan la vida, entiendo que puedo solicitar un Formulario de Designación de Sustituto de Atención Médica para nombrar a una persona para que actúe como mi sustituto para que tome las medidas que sean razonablemente necesarias para garantizar que se sigan las disposiciones de esta declaración.

Entiendo toda la importancia de esta declaración, y estoy emocionalmente y mentalmente competente para hacer esta declaración.

Instrucciones adicionales (opcional): _____

(Firmado): _____ Fecha: _____ Hora: _____

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

*Al menos una persona que firme como testigo no puede ser ni cónyuge ni pariente consanguíneo del solicitante.



Baptist Medical Center Jacksonville, Jacksonville, FL
Baptist Medical Center Beaches, Jacksonville Beach, FL
Baptist Medical Center Nassau, Fernandina Beach, FL
Baptist Medical Center South, Jacksonville, FL
Baptist Emergency Center Clay, Fleming Island, FL
Baptist Emergency Town Center, Jacksonville, FL
Baptist Emergency Center North, Jacksonville, FL
Baptist Emergency Center Oakleaf, Jacksonville, FL
Wolfson Children's Hospital, Jacksonville, FL

BMC-055-SP Rev. 07/22

LIVING WILL – SPANISH



1942

PATIENT LABEL