



Estado de Wisconsin

Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud)

El formulario de declaración a los profesionales de la salud (testamento vital) permite a los adultos de Wisconsin manifestar sus preferencias en cuanto a los procedimientos de mantenimiento de la vida y las sondas de alimentación en caso de que la persona se encuentre en estado terminal o en estado vegetativo permanente.

Asegúrese de leer con atención ambos lados del formulario y de comprenderlo antes de completarlo y firmarlo.

La retención o interrupción de cualquier medicamento, procedimiento de mantenimiento de la vida o sonda de alimentación no puede llevarse a cabo si el médico de cabecera, el asistente médico o el enfermero registrado de práctica avanzada aconsejan que hacerlo causará dolor o reducirá la comodidad, y el dolor o la incomodidad no pueden aliviarse con medidas de alivio del dolor.

Se necesitan dos testigos. Los testigos deben tener al menos 18 años de edad, no estar emparentados con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción, y no ser directamente responsables de su atención médica. Los testigos no pueden ser personas que sepan que tienen derecho a una parte de su patrimonio o que lo reclamen. Un testigo no puede ser un proveedor de atención médica que le esté atendiendo en el momento de la firma del documento, un empleado del proveedor de atención médica, que no sea un capellán o un trabajador social, o un empleado que no sea un capellán o un trabajador social de un centro de atención médica para pacientes internados en el que usted sea paciente. Los testigos válidos que actúan de buena fe están exentos de responsabilidad civil o penal.

Cuando haya completado y firmado el formulario:

- El original del formulario firmado debe guardarse en un lugar seguro y de fácil acceso hasta que se necesite.
- Debe hacer saber a sus familiares y amigos que ha firmado el documento y el lugar donde se guarda.
- Puede archivar una copia del formulario firmado con su médico, asistente médico o enfermero registrado de práctica avanzada. Usted es responsable de notificar a su médico de cabecera, asistente médico o enfermero registrado de práctica avanzada la existencia de la Declaración. El médico de cabecera, el asistente médico o el enfermero registrado de práctica avanzada a quienes se les notifique harán que la Declaración forme parte de sus registros médicos.
- Aunque no es obligatorio, si se paga una tasa, el documento puede archivarse para su custodia en la Oficina de Validación de Testamentos de su condado de residencia. El estado ha fijado una tasa de \$8 para el archivo en la Oficina de Validación de Testamentos.

Se presume que una Declaración que está en su forma original o es una fotocopia legible o una copia electrónica de facsímil es válida.

Si usted tiene tanto una Declaración a los profesionales de la salud como un Power of Attorney for Health Care (Poder notarial para la atención de la salud), las disposiciones de un Power of Attorney for Health Care (Poder notarial para la atención de la salud) válido reemplazan cualquier disposición directamente conflictiva de una Declaración a los profesionales de la salud válida.

Hasta cuatro copias de la Declaración a los profesionales de la salud están disponibles de forma gratuita para cualquier persona que envíe un sobre de tamaño comercial con su propia dirección a Living Will, Division of Public Health, PO Box 2659, Madison, Wisconsin 53701-2659. Puede hacer copias adicionales del formulario en blanco adjunto. El formulario también está disponible en la página web del Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud)

<https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives/index.htm>.

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE DECLARACIÓN A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Definiciones

"Declaración" significa un documento escrito y atestiguado ejecutado voluntariamente por el declarante en virtud del Estatuto Estatal (1), pero no se limita en forma ni sustancia a lo dispuesto en el Estatuto Estatal 154.03(2).

"Departamento" significa el Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud).

"Sonda de alimentación" significa una sonda médica a través de la cual se administra nutrición o hidratación en la vena, el estómago, la nariz, la boca u otra abertura del cuerpo de un paciente calificado.

"Estado terminal" significa una condición incurable causada por una lesión o enfermedad que, según un criterio médico razonable, causaría la muerte de forma inminente, de modo que la aplicación de procedimientos para mantener la vida solo sirve para posponer el momento de la muerte.

Por "estado vegetativo permanente" se entiende una condición que, según un criterio médico razonable, constituye una pérdida completa e irreversible de todas las funciones de la corteza cerebral y da lugar a un cese completo, crónico e irreversible de todo funcionamiento cognitivo y del conocimiento, así como a una falta total de respuestas conductuales que indiquen un funcionamiento cognitivo, aunque continúen las funciones autonómicas.

"Paciente calificado" se refiere a un declarante que ha recibido un diagnóstico y un certificado por escrito sobre la condición de un estado terminal o un estado vegetativo permanente de parte de dos profesionales de la salud (de los cuales uno sea un médico) que lo hayan examinado personalmente.

"Profesional de la salud de cabecera" se refiere a un profesional de la salud que tiene la responsabilidad principal del tratamiento y atención del paciente.

"Enfermero registrado de práctica avanzada" se refiere a un enfermero con licencia en virtud del capítulo 154 que está actualmente certificado por un organismo nacional de certificación aprobado por la junta de enfermería como enfermero practicante, partero certificado, enfermero anestesista registrado certificado o especialista en enfermería clínica.

Por "profesional de la salud" se entiende cualquiera de los siguientes: un médico con licencia en virtud del capítulo 154, un asistente médico con licencia en virtud del capítulo 154, o un enfermero registrado de práctica avanzada.

"Centro de atención médica para pacientes internados" tiene el significado previsto en el Estatuto Estatal 50.135(1) e incluye los centros residenciales comunitarios definidos en el Estatuto Estatal 50.01(1g).

"Procedimiento para mantener la vida" significa cualquier procedimiento o intervención médica que, a criterio del profesional de la salud que lo atiende, solo serviría para prolongar el proceso de la muerte, pero no para evitarla, cuando se aplica a un paciente calificado.

"Procedimiento de mantenimiento de la vida" incluye la asistencia en la respiración, el mantenimiento artificial de la presión arterial y el ritmo cardíaco, la transfusión de sangre, la diálisis renal y otros procedimientos similares, pero no incluye (a) el alivio del dolor mediante la administración de medicamentos o la realización de un procedimiento médico; ni (b) el suministro de nutrición o hidratación.

Procedimientos para la firma de las declaraciones

El declarante debe firmar la Declaración en presencia de dos testigos. Si el declarante está físicamente incapacitado para firmar una Declaración, uno de los testigos o alguna otra persona debe firmar en su nombre por indicación expresa del declarante y en su presencia; dicha firma por representación deberá realizarse o ser reconocida por el declarante en presencia de dos testigos.

Efecto de la Declaración

Los deseos de un paciente calificado que sea competente sustituyen en todo momento el efecto de la Declaración. Si un paciente calificado es incompetente en el momento de tomar la decisión de retener o interrumpir los procedimientos de mantenimiento de la vida o las sondas de alimentación, se presume que la Declaración realizada en virtud de este capítulo es válida.

Revocación de la Declaración

El declarante puede revocar la Declaración en cualquier momento por cualquiera de los siguientes métodos:

- 1) Mediante la cancelación, destrucción, anulación, quema, rotura o cualquier otro tipo de destrucción por parte del declarante o de alguna persona dirigida por el declarante y que actúe en presencia de este.
- 2) Mediante una revocación escrita, firmada y fechada por el declarante, en la que exprese su intención de revocarla.
- 3) Mediante una expresión verbal del declarante de su intención de revocar la Declaración, pero solo si el declarante o una persona que actúe en su nombre notifica la revocación al médico de cabecera, al asistente médico o al enfermero registrado de práctica avanzada.
- 4) Mediante la ejecución de una Declaración posterior.

El médico de cabecera, el asistente médico o el enfermero registrado de práctica avanzada asentarán en los registros médicos del declarante la hora, la fecha y el lugar de la revocación y la hora, la fecha y el lugar, si son diferentes, en que se le notificó la revocación.

Responsabilidades

Ningún médico, asistente médico ni enfermero registrado de práctica avanzada, centro de atención médica para pacientes internados ni profesional de la salud que actúe bajo la dirección de un médico, asistente médico o enfermero registrado de práctica avanzada puede considerarse responsable penal ni civilmente, ni ser acusado de conducta no profesional por cualquiera de los siguientes motivos:

- 1) Participar en la retención o interrupción de procedimientos de mantenimiento de la vida o de sondas de alimentación según el capítulo 154, subcapítulo II.
- 2) No actuar ante una revocación, a menos que la persona o el centro tengan conocimiento real de ella.
- 3) No cumplir con una Declaración, salvo que el hecho de que un médico, asistente médico o enfermero registrado de práctica avanzada no cumpla con la Declaración de un paciente calificado constituya una conducta no profesional si el médico, asistente médico o enfermero registrado de práctica avanzada se niega o no hace un intento de buena fe de transferir al paciente a otro médico, asistente médico o enfermero registrado de práctica avanzada que cumpla con la Declaración.

**ASEGÚRESE DE LEER EL FORMULARIO CON ATENCIÓN Y COMPRENDERLO
ANTES DE COMPLETARLO Y FIRMARLO****DECLARACIÓN A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD (TESTAMENTO VITAL DE WISCONSIN)**

Yo, _____

estando en pleno uso de mis facultades mentales, declaro voluntariamente mi deseo de que no se prolongue mi muerte en las circunstancias especificadas en este documento. En esas circunstancias, ordeno que se me permita morir de forma natural. Si no puedo dar instrucciones sobre el uso de procedimientos de mantenimiento de la vida o de sondas de alimentación, tengo la intención de que mi familia y mi médico, asistente médico o enfermero registrado de práctica avanzada, respeten este documento como la expresión final de mi derecho legal a rechazar el tratamiento médico o quirúrgico.

1. Si estoy en **ESTADO TERMINAL**, según lo determinado por un médico, un asistente médico o un enfermero registrado de práctica avanzada que me hayan examinado personalmente, y si un médico que también me haya examinado personalmente está de acuerdo con esa determinación, no quiero que mi muerte se prolongue artificialmente y no quiero que se utilicen procedimientos de mantenimiento de la vida. Además, las siguientes son mis instrucciones con respecto al uso de sondas de alimentación:

Sí, quiero que se utilicen sondas de alimentación si estoy en estado terminal.

NO, no quiero que se utilicen sondas de alimentación si estoy en estado terminal.

Si no ha marcado ninguna de las dos casillas, se utilizarán sondas de alimentación.

2. Si me encuentro en un **ESTADO VEGETATIVO PERMANENTE**, según lo determinado por un médico, un asistente médico o un enfermero registrado de práctica avanzada que me haya examinado personalmente, y si un médico que también me haya examinado personalmente está de acuerdo con esa determinación, las siguientes son mis indicaciones con respecto al uso de procedimientos para mantener la vida:

Sí, quiero que se utilicen procedimientos de mantenimiento de la vida si me encuentro en estado vegetativo permanente.

NO, no quiero que se utilicen procedimientos de mantenimiento de la vida si me encuentro en estado vegetativo permanente.

Si no ha marcado ninguna de las dos casillas, se utilizarán procedimientos de mantenimiento de la vida.

3. Si me encuentro en un **ESTADO VEGETATIVO PERMANENTE**, según lo determine un médico, un asistente médico o un enfermero registrado de práctica avanzada que me haya examinado personalmente, y si un médico que también me haya examinado personalmente está de acuerdo con esa determinación, las siguientes son mis indicaciones con respecto al uso de las sondas de alimentación:

Sí, quiero que se utilicen sondas de alimentación si me encuentro en estado vegetativo permanente.

NO, no quiero que se utilicen sondas de alimentación si me encuentro en estado vegetativo permanente.

Si no ha marcado ninguna de las dos casillas, se utilizarán sondas de alimentación.

ATENCIÓN: Usted y los dos testigos deben firmar el documento al mismo tiempo.

Firma _____ Fecha _____

Dirección _____ Fecha de nacimiento _____

Considero que la persona que firma este documento está en su sano juicio. Soy mayor de edad y no estoy relacionado con la persona que firma este documento por sangre, matrimonio ni adopción. No tengo derecho ni reclamo sobre ninguna parte del patrimonio de la persona y no tengo ninguna otra restricción legal para ser testigo.

Testigo Firma _____ Fecha de la firma _____

Nombre en letra de imprenta _____

Testigo Firma _____ Fecha de la firma _____

Nombre en letra de imprenta _____

**DIRECTIVAS AL MÉDICO DE CABECERA, AL ASISTENTE MÉDICO
O AL ENFERMERO DE PRÁCTICA AVANZADA**

1. Este documento autoriza la retención o interrupción de los procedimientos de mantenimiento de la vida o de las sondas de alimentación cuando un médico y otro médico, asistente médico o enfermero registrado de práctica avanzada (uno de los cuales es el profesional de la salud de cabecera) han examinado personalmente y certificado por escrito que el paciente está en estado terminal o estado vegetativo permanente.
2. Un adulto competente tomó las decisiones que figuran en este documento. De acuerdo con la ley, deben seguirse los deseos declarados del paciente, a menos que usted considere que retener o interrumpir los procedimientos de mantenimiento de la vida o las sondas de alimentación causaría al paciente dolor o reduciría su comodidad y que el dolor o la incomodidad no puedan aliviarse con medidas de alivio del dolor. Si los deseos declarados del paciente son que se utilicen procedimientos de mantenimiento de la vida o sondas de alimentación, debe seguirse esta directiva.
3. Si considera que no puede cumplir con este documento, debe hacer un intento de buena fe de transferir al paciente a otro médico, asistente médico o enfermero registrado de práctica avanzada que cumpla con el documento. Negarse a hacerlo o no hacerlo de buena fe constituye una conducta no profesional.
4. Si sabe que la paciente está embarazada, este documento no tiene efecto durante su embarazo.

* * * * *

La persona que hace este testamento vital puede utilizar el siguiente espacio para anotar los nombres de aquellas personas y proveedores de atención médica a los que ha entregado copias de este documento:
