

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN PARA LA DISPOSICIÓN FINAL DE UN CADÁVER

Propósito de la Autorización para la Disposición Final de un Cadáver:

Cuando se completa adecuadamente y se firma en presencia de dos testigos adultos competentes o un notario público, este documento voluntario le permite a un adulto competente (el declarante) designar a otro adulto competente (el representante o un representante alternativo) para realizar los arreglos funerarios en nombre del declarante.

Este documento le permite al declarante dar a su representante elegido información sobre las preferencias del declarante para la disposición final del cadáver y el servicio funerario.

Lea y entienda la siguiente información y el formulario antes de completarlo.

Definiciones de los Estatutos del Estado de Wisconsin Capítulo 154, Sección 154.30 (8) (f):

- “Autorización para la disposición final de un cadáver” significa un documento que satisface las condiciones bajo la sub. (8) (d) o (dm), y que es ejecutado voluntariamente por un declarante bajo la sub. (8), pero no se limita en su forma o esencia a lo previsto en la sub. (8).
- “Director del cementerio” tiene el significado otorgado en la s. 157.061 (2).
- “Credencial” tiene el significado otorgado en la s. 440.01 (2) (a).
- “Director del crematorio” tiene el significado otorgado en la s. 440.70 (9).
- “Declarante” significa una persona que ejecuta una autorización para la disposición final del cadáver.
- “Enajenado” significa estar física y emocionalmente distanciado por un tiempo, al momento de la muerte del difunto, y con demostraciones claras de carencia afectiva, falta de confianza y debido respeto.
- “Disposición final del cadáver” significa la disposición de los restos mortales del difunto, que incluye cualquiera de lo siguiente:
 1. Arreglos para un velatorio.
 2. Una ceremonia fúnebre, servicio conmemorativo, servicio de sepultura u otro rito funerario.
 3. Una sepultura, cremación y sepultura u otra disposición, o donación del cuerpo del difunto.
- “Director funerario” tiene el significado otorgado en la s. 445.01 (5).
- “Proveedor de cuidados de salud” significa cualquier persona que tenga una credencial para proveer cuidados de salud.
- “Representante” significa una persona designada específicamente en una autorización para la disposición final de un cadáver o, si dicha persona no puede o no quiere llevar a cabo las decisiones y preferencias del declarante, un representante sucesor designado en la autorización para la disposición final del cadáver para hacerlo.

154.30 (8) (e) Si alguna de las siguientes personas tiene una relación profesional directa con el declarante o le presta servicios profesionales directamente y no está relacionada con el declarante por sangre, matrimonio o adopción, esa persona no podrá actuar como representante bajo los requisitos de esta subsección:

 1. Un director funerario.
 2. Un director del crematorio.
 3. Un director del cementerio.
 4. Un empleado del director funerario, director del crematorio o director del cementerio.
 5. Un proveedor de cuidados de salud.
 6. Un trabajador social.

Información importante

Declarante:

1. La completación correcta de este documento (con todas las firmas requeridas) revoca automáticamente cualquier autorización previa de disposición final del cadáver que el declarante haya firmado.
2. El declarante puede revocar esta autorización de disposición final del cadáver en cualquier momento si ejecuta un nuevo formulario de autorización; si firma y fecha una declaración donde se indique que se cancela, revoca o anula este documento; si destruye o desfigura este formulario; o si escribe en este formulario, "Por la presente revoco esta declaración de disposición final del cadáver", y firma y fecha dicha declaración.
3. Si el declarante está físicamente incapacitado para firmar una autorización para la disposición final del cadáver, la autorización deberá ser firmada en nombre del declarante por una persona bajo la dirección expresa del declarante y en su presencia; dicha firma de representación deberá ocurrir o ser reconocida por el declarante en presencia de 2 testigos o de un notario público.

Representante:

1. Una persona que está autorizada por este documento para controlar la disposición final del cadáver del declarante puede aceptar el control, puede rechazar ejercerlo o puede, después de aceptarlo, renunciar a él.
2. Si hay una disputa sobre la disposición del declarante, la corte testamentaria del condado donde residió el difunto por última vez tiene jurisdicción exclusiva sobre el caso.
3. Se espera que el representante que firma este documento lleve a cabo las indicaciones, instrucciones y sugerencias de disposición especificadas en este documento, a menos que las indicaciones, instrucciones y sugerencias excedan los recursos disponibles del patrimonio del difunto o sean ilegales, o a menos que no haya una posibilidad realista de cumplimiento.

AUTORIZACIÓN PARA LA DISPOSICIÓN FINAL DE UN CADÁVER

Yo, _____
(Escriba su nombre en letra de imprenta)

Con domicilio en _____,
(Escriba su dirección postal en letra de imprenta)

en pleno uso de mis facultades mentales, intencional y voluntariamente doy a conocer por medio de este documento mi deseo de que, tras mi muerte, la disposición final de mis restos mortales quede bajo el control de mi representante según los requisitos de la sección 154.30 de los estatutos de Wisconsin y, con respecto a esa disposición final del cadáver solamente, por este medio nombro a mi representante y a todos los representantes sucesores singularizados en este documento. Todas las decisiones realizadas por mi representante o cualquier representante sucesor con respecto a la disposición final de mis restos mortales son vinculantes.

Nombre del Representante _____

Dirección _____

Número de teléfono (incluya el código de área) _____

Si mi representante muere, queda incapacitado, renuncia, se niega a actuar, deja de estar calificado o no puede ser localizado dentro del tiempo necesario para controlar la disposición final de mis restos mortales, por la presente nombro a las siguientes personas, cada una de las cuales actuará sola y sucesivamente, en el orden especificado, para que actúen como mi representante sucesor:

1. Nombre del primer representante sucesor _____

Dirección _____

Número de teléfono (incluya el código de área) _____

2. Nombre del segundo representante sucesor _____

Dirección _____

Número de teléfono (incluya el código de área) _____

INDICACIONES ESPECIALES SUGERIDAS

1. Arreglos para un velatorio.
 2. Ceremonia fúnebre, servicio conmemorativo, servicio de sepultura u otro rito funerario.
 3. Sepultura, cremación y sepultura u otra disposición, o donación del cuerpo del declarante después de su muerte.
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

INSTRUCCIONES SUGERIDAS RELACIONADAS CON CEREMONIAS RELIGIOSAS

**FUENTE SUGERIDA DE FONDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS INDICACIONES
E INSTRUCCIONES PARA LA DISPOSICIÓN FINAL DE UN CADÁVER**

Esta autorización entrará en vigor al momento de mi muerte. Por la presente, revoco cualquier autorización previa para la disposición final del cadáver que haya firmado antes de la fecha de firma de este documento.

Por la presente, admito que cualquier director funerario, director del crematorio o director del cementerio que reciba una copia de este documento pueda actuar en virtud de lo establecido en el documento. Cualquier modificación o revocación de este documento no será efectiva para un director funerario, director del crematorio o director del cementerio hasta que ese director funerario, director del crematorio o director del cementerio reciba la notificación oficial de la modificación o revocación. Ningún director funerario, director del crematorio o director del cementerio será responsable por haber confiado en una copia de este documento.

El representante y cualquier representante sucesor, al aceptar su nombramiento establecido en este documento, asumen las potestades y los deberes especificados para un representante bajo la sección 154.30 de los estatutos de Wisconsin.

Firmado este día _____ de _____
(Día) (Mes y año)

Firma del declarante _____

Por la presente acepto el nombramiento como representante para el control de la disposición final de los restos mortales del declarante.

Firmado este día _____ de _____
(Día) (Mes y año)

Firma del representante _____

Por la presente acepto el nombramiento como representante sucesor para el control de la disposición final de los restos mortales del declarante.

Firmado este día _____ de _____
(Día) (Mes y año)

Firma del primer representante sucesor _____

Firmado este día _____ de _____
(Día) (Mes y año)

Firma del segundo representante sucesor _____

Doy fe de que el declarante ha firmado o reconocido esta autorización para la disposición final del cadáver en mi presencia y que el declarante parece estar en su sano juicio y no sujeto a coacción, fraude o influencia indebida. Además, doy fe de que no soy el representante ni el representante sucesor singularizado en este documento, que tengo al menos 18 años y que no estoy relacionado con el declarante por consanguinidad, matrimonio o adopción.

1.º Testigo (Escriba su nombre en letra de imprenta) _____

Firma _____

Dirección _____

Fecha (mes, día, año) _____

2.º Testigo (Escriba su nombre en letra de imprenta) _____

Firma _____

Dirección _____

Fecha (mes, día, año) _____

En lugar de que dos testigos firmen este formulario, el declarante puede firmarlo en presencia de un notario público.

Estado de Wisconsin, condado de _____

el (fecha) _____, ante mí se presentó personalmente

(nombre del declarante) _____ a quien conozco o he verificado satisfactoriamente que es la persona cuyo nombre se especifica en este documento como declarante y quien ha reconocido que otorgó el documento para los fines expresados en él. Doy fe de que el declarante parece estar en su sano juicio y no sujeto a coacción, fraude o influencia indebida.

Nombre del notario público: _____ Firma _____

Mi comisión caduca el (fecha) _____

(Sello)

Borrar / Restablecer formulario