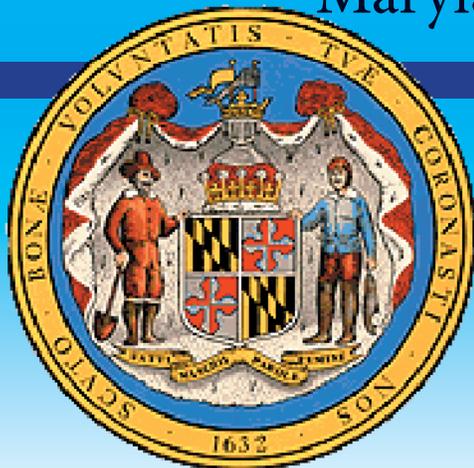


Directorios Anticipados



Guía para la Ley de Decisiones de Atención Médica de
Maryland (Incluye formularios)



Oficina del Fiscal General del
Estado de Maryland

J. Joseph Curran, Jr.
Fiscal General

Estimado Ciudadano de Maryland:

Me complace enviarle el material que solicitó sobre las directivas anticipadas. Los formularios adjuntos son *opcionales*; si lo desea puede usar éstos u otros, que sean igual de válidos legalmente. Si tiene alguna pregunta legal sobre su situación personal, debería consultar con su propio abogado. Si decide hacer una directiva anticipada, asegúrese de hablar al respecto con su familia y su médico. La conversación es tan importante como el documento. En su historial clínico debería incluirse una copia de cualquier directiva anticipada. También asegúrese de que, si asiste a un hospital, lleve una copia. *No* envíe formularios completos a esta oficina.

Las enfermedades de alto riesgo son una cuestión difícil de tratar. Sin embargo, si hace planes ahora, sus opciones pueden ser respetadas y al menos puede aliviar la carga que esto podría implicar para sus seres queridos en el futuro. También puede usar una directiva anticipada para hacer una donación de órganos.

Si desea información sobre las Órdenes de Cuidados Paliativos de Servicios Médicos de Emergencia (EMS)/de No Reanimación (DNR), comuníquese con el Instituto de Sistemas de Servicios de Emergencia Médica de Maryland (MIEMSS) directamente al (410) 706-4367. Una Orden EMS/DNR es una instrucción del médico al personal médico de emergencia (atención del 911) de prestar atención de alivio en lugar de reanimación. La Orden EMS/DNR puede encontrarse en Internet en: <http://www.miemss.org>. En esa página, haga clic en “Formularios EMS” (EMS Forms).

El Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland dispone de una directiva anticipada orientada a las preferencias con respecto al tratamiento de salud mental. Puede encontrarla en Internet en: <http://www.dhmh.state.md.us/mha>. En esa página, haga clic en “Formularios MHA” (MHA Forms).

Espero que esta información le sea útil. **Lamento que, debido a la demanda abrumadora, nos veamos limitados a suministrar un juego de formularios a cada solicitante.** Puede hacer tantas copias como desee con toda confianza. Puede encontrar información adicional sobre las directivas anticipadas en Internet en: <http://www.oag.state.md.us/healthpol/advancedirectives.htm>.

J. Joseph Curran, Jr.
Fiscal General

**PLANIFICACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
MEDIANTE EL USO DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS**

Se incluyen formularios opcionales

Su derecho a decidir

Los adultos pueden decidir por sí mismos si desean tratamiento médico. Este derecho a decidir - decir sí o no al tratamiento propuesto - se aplica a los tratamientos que prolongan la vida, como un respirador artificial o una sonda de alimentación. Trágicamente, un accidente o una enfermedad pueden quitar la capacidad de una persona para tomar decisiones de atención médica. No obstante, las decisiones aún tienen que tomarse. Si usted no puede hacerlo, otra persona lo hará. Estas decisiones deberían reflejar sus propios valores y prioridades.

Una ley de Maryland denominada Ley de Decisiones de Atención Médica (Health Care Decisions Act) establece que usted puede hacer planes de atención médica, mediante las “directivas anticipadas”. Una directiva anticipada puede utilizarse para designar a un representante de atención médica. Se trata de alguien en quien usted confía para que tome decisiones de atención médica por usted. Una directiva anticipada también puede emplearse para expresar sus preferencias sobre el tratamiento, en especial sobre los tratamientos que pudieran servir para preservar su vida.

La Ley de Decisiones de Atención Médica establece dos formularios opcionales que se incluyen con este folleto. El más corto se titula “**Testamento en vida**”. El más largo se titula “**Directiva anticipada**” y consta de dos partes: Parte A y Parte B. Este folleto explicará cómo utilizarlos. Estos formularios están destinados a servir de guías. Puede completar todo el formulario o sólo las partes que desea utilizar. *No* se le exige por ley que utilice estos formularios. También pueden utilizarse diferentes formularios, redactados de la manera que usted desee. Por ejemplo, un formulario ampliamente difundido, denominado *Cinco deseos*, puede conseguirse (por una tarifa reducida) en la organización sin fines de lucro Envejecer con Dignidad (Aging With Dignity). Puede obtener información sobre ese documento en Internet en www.agingwithdignity.org o escribir a: Aging with Dignity, P.O. Box 1661, Tallahassee, FL 32302.

Estos formularios opcionales pueden completarse sin necesidad de un abogado. Sin embargo, si hay algo que no entiende, puede que necesite hablar con un abogado. También puede pedirle a su médico que le explique los asuntos médicos. Debería informarle a su médico que usted hizo una directiva anticipada y darle una copia.

Necesita dos testigos de su firma en estos formularios. Prácticamente cualquier adulto puede ser testigo. Sin embargo, si designa a un representante de atención médica, esa persona no puede ser testigo. Además, uno de los testigos debe ser una persona que no se beneficie económicamente con su fallecimiento ni administre su patrimonio. No necesita hacer certificar el formulario.

Una vez que haga una directiva anticipada, ésta permanece vigente a menos que la revoque. No se vence, tampoco su familia ni nadie excepto usted puede modificarla. De vez en cuando, debería revisar lo que ha dispuesto. Algunas cosas podrían cambiar en su vida, incluso sus actitudes. Usted es libre de enmendar y revocar una directiva anticipada en cualquier momento, mientras tenga capacidad para tomar decisiones. Infórmele a su médico y a cualquier

otra persona que tenga una copia de su directiva anticipada, en caso de hacer una enmienda o revocación.

Si hizo una directiva anticipada en otro estado, es *válida legalmente* en Maryland. Además, si tiene un testamento en vida o un poder notarial duradero en Maryland preparado antes del 1 de octubre de 1993, ese documento *aún es válido*. Es posible que necesite revisar estos documentos para ver si prefiere hacer en su lugar una nueva directiva anticipada.

Representantes de atención médica

Puede designar a cualquiera que desee (excepto, en general, alguien que trabaje para una institución de atención médica en la que reciba atención) para ser su representante de atención médica. **Para designar a un representante de atención médica, utilice la Parte A del formulario de la directiva anticipada.** Su representante hablará por usted y tomará decisiones de acuerdo con lo que usted desee que se haga o lo que sea mejor para usted. Usted decide cuánto poder tendrá su representante para tomar decisiones de atención médica. También puede decidir cuándo desea que su representante tenga este poder: de inmediato o sólo después de que sus médicos estén de acuerdo en que usted no puede decidir por cuenta propia.

Puede escoger a un miembro de su familia como representante de atención médica, pero no es obligatorio. Recuerde que su representante tendrá el poder de tomar decisiones importantes sobre el tratamiento, aún cuando otras personas cercanas a usted pudieran instar una decisión distinta. Elija a la persona más apta para ser su representante de atención médica. También contemple escoger un representante secundario, en caso de que el principal no esté disponible cuando lo necesite. No escoja a alguien sin informarle a la persona. Asegúrese de que la persona que escoja sepa lo que es más importante para usted. Cuando llegue el momento de tomar decisiones, su representante de atención médica debería hacer lo que usted desee.

Los formularios incluidos con este folleto *no* conceden poder a nadie para administrar su dinero. No existe un formulario estándar que podamos enviar. Hable con su abogado sobre la planificación de asuntos financieros en caso de incapacidad.

Instrucciones de atención médica

Usted también tiene derecho a utilizar una directiva anticipada para expresar sus deseos con respecto a asuntos de tratamiento futuro. Si designa a un representante de atención médica y toma decisiones sobre el tratamiento en una directiva anticipada, su representante se verá limitado por cualquier decisión que usted tome, a menos que usted diga lo contrario.

Si lo desea, **puede hacer un tipo limitado de directiva anticipada llamado testamento en vida.** Un testamento en vida le permite decidir sobre los procedimientos de preservación de la vida en dos situaciones: la muerte a causa de una enfermedad terminal es inminente a pesar de la aplicación de procedimientos de preservación de la vida, y un estado de pérdida del conocimiento permanente denominado estado vegetativo permanente.

También tiene derecho a dar instrucciones de atención médica más amplias utilizando la Parte B del formulario más largo. La Parte B de la directiva anticipada le permite decidir con respecto a los procedimientos de preservación de la vida en tres situaciones: enfermedad terminal, estado vegetativo permanente y enfermedad en etapa final. Una enfermedad en etapa final es una enfermedad avanzada, progresiva e incurable que ocasiona la dependencia física absoluta. Por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer avanzada. Puede utilizar

la Parte B de la directiva anticipada para tomar decisiones de atención médica además de las que atañen a los procedimientos de preservación de la vida. Si completa la Parte B, entonces *no* debería completar el formulario del testamento en vida.

Tanto el formulario del testamento en vida como la Parte B le permiten decidir de forma separada, si lo desea, sobre la nutrición e hidratación suministrada artificialmente, a menudo denominada “alimentación por sonda”. Además, las mujeres que completan cualquier formulario pueden determinar si el embarazo va a tener alguna consecuencia en sus decisiones sobre el tratamiento.

Recuerde:

- ¿Completó, firmó y atestiguó la **Parte A de la directiva anticipada** si desea designar a un representante de atención médica?
- ¿Designó a un representante de atención médica secundario en caso de que el principal no esté disponible cuando lo necesite?
- ¿Habló con su representante principal y el secundario sobre sus valores y prioridades, y decidió si el asesoramiento es suficiente o si también desea tomar decisiones específicas de atención médica que su representante deba seguir?
- ¿Completó (eligiendo detenidamente entre varias opciones), firmó y atestiguó **un testamento en vida o la Parte B más extensa de la directiva anticipada**, pero sólo si desea tomar decisiones específicas?
- ¿Se aseguró de que su representante de atención médica (si designó a uno), su familia y su médico sepan con respecto a su planificación anticipada de atención?
- ¿Les dio una copia de su directiva anticipada a su representante de atención médica, a los miembros de su familia, al médico y al hospital o la clínica si es paciente allí?

PREGUNTAS REALIZADAS FRECUENTEMENTE SOBRE DIRECTIVAS ANTICIPADAS EN MARYLAND

- 1. ¿Debo utilizar un formulario específico?**
No. Se suministran formularios opcionales, pero usted puede modificarlos o bien utilizar otros formularios. Claro está que ningún proveedor de atención médica puede negarle atención sólo porque usted decidió no completar un formulario.
- 2. ¿Quién puede ser elegido como representante de atención médica?**
Cualquier persona que tenga 18 años de edad o mayor excepto, en general, el dueño, operario o empleado de una institución de atención médica donde un paciente recibe atención.
- 3. ¿Quién puede atestiguar una directiva anticipada?**
Se necesitan dos testigos. En general, cualquier adulto competente puede ser testigo, incluso su médico u otro proveedor de atención médica (pero sepa que algunas instituciones tienen una política que impide que sus empleados sirvan de testigos). Si designa a un representante de atención médica, esa persona no puede ser testigo de **ninguna** de sus directivas anticipadas. Además, **uno** de los dos testigos debe ser alguien que (i) no recibirá dinero o bienes de su patrimonio y (ii) que no sea el mismo que usted designó para administrar su patrimonio después de su muerte.
- 4. ¿Deben certificarse los formularios?**
No, pero si viaja con frecuencia a otro estado, verifique con un abogado especializado si ese estado requiere certificación notarial.
- 5. ¿Alguno de estos documentos se refiere a asuntos financieros?**
No. Si desea planificar asuntos financieros, hable con su abogado.
- 6. Cuando utilizo estos formularios para tomar una decisión, ¿cómo muestro las opciones que elegí?**
Escriba sus **iniciales** junto a la declaración que expresa lo que usted desea. **No** use marcas ni cruces. Luego tache por completo las otras declaraciones que no expresen lo que desea. No elija opciones contradictorias. Por ejemplo, si coloca sus iniciales en algunos o todos los ítems 1, 2 y 3 de la Parte B de la directiva anticipada, **no** coloque sus iniciales en el ítem 5. Táchelo, en su lugar. Además, esté muy atento con respecto al ítem 4. Táchelo si desea asegurarse de recibir suficiente medicación para calmar el dolor.
- 7. ¿Debería completar tanto el formulario del testamento en vida como el formulario de la directiva anticipada?**
Depende de lo que desee hacer. Si lo único que quiere es designar a un representante de atención médica, sólo complete la Parte A de la directiva anticipada y hable con la persona sobre cómo debería tomar las decisiones por usted. Si desea dar instrucciones sobre el tratamiento, complete el formulario del testamento en vida *o* la Parte B de la directiva anticipada (no ambas). El formulario del testamento en vida le permite decidir sobre los procedimientos de preservación de la vida en caso de una enfermedad terminal o estado vegetativo permanente. La Parte B le permite decidir sobre los procedimientos de preservación de la vida no sólo en caso de enfermedad terminal o estado vegetativo permanente sino también de “enfermedad en etapa final”. La Parte B también le permite tomar decisiones de atención médica que traten de situaciones distintas a los procedimientos de preservación de la vida. Tenga en cuenta que, si designa a un representante de atención médica y da instrucciones sobre

el tratamiento, el representante estará limitado a las decisiones que usted tome, a menos que usted diga lo contrario.

8. ¿Estos formularios son válidos en otro estado?

Depende de las leyes del estado en cuestión. La mayoría de los estados respetarían una directiva anticipada hecha en otro lugar.

9. ¿Cómo puedo obtener formularios para otro estado?

Comuníquese con Caring Connections (Organización Nacional de Hospicio y Cuidados Paliativos, NHPCO) al 1-800-658-8898 o en Internet en: <http://www.caringinfo.org>.

10. ¿A quién debería dar copias de mi directiva anticipada?

Entregue copias a su médico, a su representante de atención médica si designa uno, al hospital o clínica si se atenderá allí y a los miembros de su familia o amigos que deberían conocer sus deseos.

11. ¿La ley federal sobre la privacidad del historial clínico (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud, HIPAA) requiere un lenguaje especial para mi representante de atención médica?

No se requiere lenguaje especial, pero es prudente. En los formularios se ha incorporado lenguaje sobre la HIPAA. Ver Directiva anticipada Parte A, Nros. 2, 3A y 6.

12. Si tengo una directiva anticipada, ¿también necesito una Orden de Cuidados Paliativos de Servicios Médicos de Emergencia/de No Reanimación?

Sí. Si **no** desea que el personal de ambulancia intente reanimarlo en caso de paro cardíaco o respiratorio, debe tener una Orden de Cuidados Paliativos EMS/DNR firmada por su médico privado.

13. ¿La Orden de Cuidados Paliativos EMS/DNR debe estar en un formato especial? Sí. El personal de ambulancia tiene muy poco tiempo para evaluar la situación y actuar adecuadamente. Por lo tanto, no es práctico pedirles que interpreten documentos que pudieran variar en forma y contenido. Por consiguiente, se ha desarrollado un formato de orden estándar. Pídale a su médico o institución de atención médica que se comunique con el Instituto de Sistemas de Servicios de Emergencia Médica de Maryland (MIEMSS) al (410) 706-4367 para obtener información sobre Órdenes de Cuidados Paliativos EMS/DNR.

14. ¿Puedo usar una directiva anticipada para hacer una donación de órganos?

Sí. Se incluye un formulario especial para tal fin.

SI TIENE OTRAS PREGUNTAS, HABLE CON SU MÉDICO O ABOGADO. O BIEN, SI TIENE UNA PREGUNTA SOBRE LOS FORMULARIOS QUE NO SE RESPONDA AQUÍ NI EN OTRA PARTE DEL FOLLETO, PUEDE LLAMAR A LA DIVISIÓN DE POLÍTICA DE SALUD DE LA OFICINA DEL FISCAL GENERAL AL (410) 576-6327 O ENVIARNOS UN CORREO ELECTRÓNICO A ADFORMS@OAG.STATE.MD.US.

REVISADO EN JUNIO DE 2005

DIRECTIVA ANTICIPADA

PARTE A

DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

(Formulario opcional)

(Tache por completo esta parte del formulario si no desea designar a un representante de atención médica para que tome decisiones por usted. En caso de que sí desee designar a un representante, tache cualquier ítem del formulario que no corresponda).

1. Yo, _____, domiciliado/a
en _____

designo a la siguiente persona como mi representante para tomar decisiones de atención
médica por mí:

(Nombre completo, domicilio y número telefónico del representante)

Opcional: Si este representante no está disponible o no puede o se niega a actuar como mi
representante, entonces designo a la siguiente persona para desempeñar esta función:

(Nombre completo, domicilio y número telefónico del representante secundario)

2. Conforme a la Ley de Portabilidad y Obligación para el Seguro de Salud (“HIPAA”), un representante de atención médica es un representante personal y tiene derecho a solicitar y recibir información protegida de salud.
3. Mi representante tiene plenos poderes y autoridad para tomar decisiones de atención médica por mí, incluso el poder para:
- A. Conforme a la HIPAA y como mi representante personal, solicitar, recibir y revisar cualquier información, oral o escrita, sobre mi salud física o mental, incluyendo, entre otros, el historial clínico y hospitalario, y otra información protegida de salud, y consentir la divulgación de esta información;
 - B. Emplear y destituir a mis proveedores de atención médica;
 - C. Autorizar mi internación o alta de (incluso el traslado a otra institución) cualquier hospital, hospicio, clínica, hogar de ancianos u otra institución de atención médica;
y
 - D. Consentimiento para la prestación, negación o suspensión de la atención médica, incluyendo, en circunstancias adecuadas, procedimientos de preservación de la vida.

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

5. Si estoy embarazada, mi representante seguirá estas instrucciones específicas:

6. La autoridad de mi representante entra en vigor (*coloque sus iniciales sólo en la opción que corresponda*):

_____ Cuando el médico que me trata y un segundo médico determinan que soy incapaz de tomar decisiones fundamentadas sobre mi atención médica; siempre que, cuando se firme este documento, cada persona identificada en el párrafo (1) sea, conforme a la HIPAA, mi representante personal para todos los propósitos relacionados con cualquier evaluación de mi capacidad para tomar una decisión fundamentada sobre mi atención médica; o bien

_____ Cuando se firme este documento.

7. Mi representante debe tomar decisiones de atención médica por mí de acuerdo con las instrucciones de atención médica que doy en este documento y con mis deseos de otro modo conocidos por mi representante. Si mis deseos son desconocidos o imprecisos, mi representante debe tomar decisiones de atención médica en mi lugar según mi conveniencia, las que determinará después de contemplar los beneficios, las cargas y los riesgos que podrían ser consecuencia de un determinado tratamiento o de la negación o suspensión de un tratamiento.

8. Mi representante no será responsable del costo de la atención únicamente en función de esta autorización.

Al firmar más abajo, indico que estoy capacitado emocional y mentalmente para designar a un representante de atención médica y que entiendo su propósito como así también sus consecuencias.

(Fecha)

(Firma del declarante)

El declarante firmó o reconoció haber firmado esta designación de un representante de atención médica en mi presencia y, según mi observación personal, parece ser una persona capacitada.

(Testigo)

(Testigo)

(Firmas y domicilios de los dos testigos)

DIRECTIVA ANTICIPADA

PARTE B INSTRUCCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA (Formulario opcional)

(Tache por completo esta parte del formulario si no desea utilizarlo para dar instrucciones de atención médica. Si desea completar esta parte del formulario, **coloque sus iniciales** en las declaraciones que desea que se incluyan en el documento y **tache** las declaraciones que no correspondan).

Si soy incapaz de tomar una decisión fundamentada sobre mi atención médica, les ordeno a mis proveedores de atención médica que sigan mis instrucciones como se disponen más abajo. (**Coloque sus iniciales** en todas las que correspondan).

1. Si mi muerte a causa de una enfermedad terminal es inminente y aún si se emplean procedimientos de preservación de la vida no hay esperanza razonable de recuperación:

_____ Ordeno que mi vida no sea prolongada mediante procedimientos de preservación de la vida, entre ellos la administración de nutrición e hidratación artificialmente.

_____ Ordeno que mi vida no sea prolongada mediante procedimientos de preservación de la vida, excepto que si no puedo alimentarme por boca, deseo recibir nutrición e hidratación artificialmente.

2. Si me encuentro en estado vegetativo permanente, es decir, si no estoy consciente ni soy consciente de mi entorno ni puedo comunicarme con los demás, y no hay esperanza razonable de recuperación:

_____ Ordeno que mi vida no sea prolongada mediante procedimientos de preservación de la vida, entre ellos la administración de nutrición e hidratación artificialmente.

_____ Ordeno que mi vida no sea prolongada mediante procedimientos de preservación de la vida, excepto que si no puedo alimentarme por boca, deseo recibir nutrición e hidratación artificialmente.

3. Si sufro una enfermedad en etapa final, es decir, una afección causada por lesión o enfermedad, por motivo de la cual he padecido deterioro grave y permanente evidenciado en la incapacidad y dependencia física absoluta en que, en la medida razonable de la certeza médica, el tratamiento de la afección irreversible sería ineficaz médicamente:

_____ Ordeno que mi vida no sea prolongada mediante procedimientos de preservación de la vida, entre ellos la administración de nutrición e hidratación artificialmente.

_____ Ordeno que mi vida no sea prolongada mediante procedimientos de preservación de la vida, excepto que si no puedo alimentarme por boca, deseo recibir nutrición e hidratación artificialmente.

TESTAMENTO EN VIDA
(Formulario opcional)

Si no puedo tomar una decisión fundamentada sobre mi atención médica, les ordeno a mis proveedores de atención médica que sigan mis instrucciones como se disponen más abajo. *(Coloque sus iniciales en las declaraciones que desea que se incluyan en el documento y tache las que no correspondan).*

A Si mi muerte a causa de una enfermedad terminal es inminente y aún si se emplean procedimientos de preservación de la vida no hay esperanza razonable de recuperación:

_____ Ordeno que mi vida no sea prolongada mediante procedimientos de preservación de la vida, entre ellos la administración de nutrición e hidratación artificialmente.

_____ Ordeno que mi vida no sea prolongada mediante procedimientos de preservación de la vida, excepto que si no puedo alimentarme por boca, deseo recibir nutrición e hidratación artificialmente.

_____ Ordeno que, incluso en una enfermedad terminal, se me administre todo el tratamiento médico disponible de acuerdo con las normas de atención médica aceptadas.

B. Si me encuentro en estado vegetativo permanente, es decir, si no estoy consciente ni soy consciente de mi entorno ni puedo comunicarme con los demás, y no hay esperanza razonable de recuperación:

_____ Ordeno que mi vida no sea prolongada mediante procedimientos de preservación de la vida, entre ellos la administración de nutrición e hidratación artificialmente.

_____ Ordeno que mi vida no sea prolongada mediante procedimientos de preservación de la vida, excepto que si no puedo alimentarme por boca, deseo recibir nutrición e hidratación artificialmente.

_____ Ordeno que, incluso en una enfermedad terminal, se me administre todo el tratamiento médico disponible de acuerdo con las normas de atención médica aceptadas.

C. Si estoy embarazada, mi decisión sobre los procedimientos de preservación de la vida será modificada de la siguiente manera:

Al firmar más abajo, indico que estoy capacitado emocional y mentalmente para hacer este Testamento en vida y que entiendo su propósito y sus consecuencias.

(Fecha)

(Firma del declarante)

El declarante firmó o reconoció haber firmado este Testamento en vida en mi presencia y, según mi observación personal, parece ser una persona capacitada.

(Testigo)

(Testigo)

(Firmas y domicilios de los dos testigos)

APÉNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS

[Nota: Si desea ser donante de órganos, puede adjuntar esta página a su testamento en vida o a su directiva anticipada. Fírmela y atestigüe la firma.]

Cuando fallezca, deseo donar:

_____ Cualquier órgano, tejido u ojo.

_____ Sólo los siguientes órganos, tejidos u ojos:

Autorizo el uso de mis órganos, tejidos u ojos:

_____ para transplante;

_____ para tratamiento;

_____ para investigación;

_____ para educación médica;

_____ para cualquier propósito autorizado por la ley.

Entiendo que antes de que cualquier órgano vital, tejido u ojo puedan extraerse para transplante, deben declararme muerto. Después del fallecimiento, ordeno que se continúe con todas las medidas de apoyo para mantener la viabilidad para el transplante de mis órganos, tejidos y ojos hasta que se haya efectuado la recuperación del órgano, tejido u ojo.

Entiendo que en mi herencia no se cobrará ningún importe relacionado con mi decisión de donar mis órganos, tejidos u ojos, o la disposición verdadera de mis órganos, tejidos u ojos.

Al firmar más abajo, indico que estoy capacitado emocional y mentalmente para hacer este apéndice de donación de órganos y que entiendo el propósito y las consecuencias de este documento.

(Fecha)

(Firma del declarante)

El declarante firmó o reconoció haber firmado este apéndice de donación de órganos en mi presencia y, según mi observación personal, parece ser una persona capacitada.

(Testigo)

(Testigo)

(Firma de los dos testigos)