

NUEVO HAMPSHIRE

Instrucciones anticipadas

Planificación de las decisiones importantes de atención médica

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

800-658-8898

CaringInfo, un programa de la National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO), es una iniciativa nacional de participación del consumidor para mejorar la atención y la experiencia de cuidado durante enfermedades graves y al final de la vida. Como parte de ese esfuerzo, CaringInfo proporciona una guía detallada para completar formularios de instrucciones anticipadas en los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Indicaciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones.
- Sus formularios de instrucciones anticipadas específicos del territorio, que son las páginas con la barra de instrucciones gris en el lado izquierdo.

ANTES DE EMPEZAR

Asegúrese de tener los materiales para cada estado en el que pueda recibir atención médica. Puesto que los documentos son específicos de los estados, es útil contar con el documento correspondiente de cada estado en el que pueda permanecer un tiempo considerable. Para viajes ordinarios a otros estados no es necesario que haga nuevas instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas en este paquete serán legalmente vinculantes solo si la persona que las completa es un adulto competente que tiene 18 años de edad o más, o un menor emancipado.

MEDIDAS DE ACCIÓN

1. Puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de comenzar para que tenga una copia en limpio si necesita empezar de nuevo.
2. Cuando empiece a llenar los formularios, consulte las barras de instrucciones grises, que le guiarán a través del proceso.
3. Hable con su familia, amigos y médicos acerca de sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que usted designe para tomar decisiones en su nombre comprenda sus deseos.
4. Una vez que haya llenado y firmado el formulario, saque una fotocopia, un escaneo o una fotografía y entréguesela a la persona que designó para tomar decisiones en su nombre, a su familia, amigos, proveedores de atención médica o líderes religiosos a fin de que esté disponible en caso de emergencia.
5. También puede guardar una copia de su formulario en su expediente médico electrónico o en una solicitud, programa o servicio de registros médicos personales en línea que le permita compartir sus

documentos médicos con sus médicos, familiares u otras personas que usted desea que desempeñen un papel activo en su planificación anticipada de la atención.

INTRODUCCIÓN A LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA NUEVO HAMPSHIRE

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas de atención médica para Nuevo Hampshire**, el cual protege su derecho a rechazar tratamiento médico que no desea, o a solicitar tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

La **Parte I** es el **Poder notarial duradero para la atención médica para Nuevo Hampshire**. Esta parte le permite nombrar a un adulto, denominado agente, para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas decisiones sobre tratamientos de mantenimiento de la vida, si usted ya no puede hablar por sí mismo. El poder notarial para la atención médica es especialmente útil, ya que le permite nombrar a una persona para que hable por usted si en algún momento no es capaz de tomar sus propias decisiones sobre la atención médica, no solo al final de la vida.

La Parte I también le permite expresar sus deseos con respecto a su atención médica y a otras decisiones de planificación anticipada, incluidos sus deseos relativos a tratamientos de mantenimiento de la vida con el propósito de que su agente obtenga orientación.

La **Parte II** es el **Testamento en vida para Nuevo Hampshire**, que es el testamento en vida de su estado. La declaración de la Parte II se limita a una declaración que indica su deseo de que se retenga o retire tratamiento de mantenimiento de la vida si está muriendo o si pierde el conocimiento de forma permanente. Si esta no es su elección, no debe llenar la Parte II. Además, dado que la Parte II se limita de este modo y que la Parte I le permite expresar un conjunto más amplio de opciones, si tiene previsto llenar la Parte I, es posible que desee dejar la Parte II en blanco e indicar sus deseos de planificación anticipada solo en la Parte I.

La **Parte III** contiene las disposiciones de firma y testigos para que su documento sea válido.

Después de las instrucciones anticipadas, se encuentra el **Formulario de donación de órganos**.

Puede completar la Parte I, la Parte II, o ambas, según sus necesidades de planificación anticipada. **Debe llenar la Parte III.**

¿Qué debo hacer para que mi documento Instrucciones anticipadas de atención médica para Nuevo Hampshire sea legal?

Tiene dos opciones para que su documento Instrucciones anticipadas sea legalmente vinculante.

Opción 1: Firmar su documento en presencia de dos testigos. Ninguno de sus testigos puede ser:

- su agente;
- su cónyuge;
- su heredero o una persona que tenga derecho a una parte de su patrimonio, o
- su médico tratante o un enfermero titulado de práctica avanzada (Advanced Registered Nurse Practitioner, ARNP), o una persona que actúe bajo la dirección y autoridad de su médico tratante o del ARNP.

Además, para la Opción Uno, uno de sus testigos **no puede** ser:

- su proveedor de atención médica o de atención residencial, o
- un empleado de su proveedor de atención médica o de atención residencial.

U

Opción 2: Firmar su documento ante un notario público o juez de paz.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente es la persona que usted nombra para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que ya no esté en condiciones de tomar estas decisiones por sí mismo. Su agente puede ser un familiar o amigo cercano en quien confíe para que tome decisiones importantes. La persona que nombre como su agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones sobre la atención médica por usted.

Puede nombrar a una segunda persona como su agente suplente. El suplente intervendrá si la primera persona que nombra como agente no es capaz, no está dispuesta o no está a su alcance actuar por usted.

Su agente y agente suplente **no pueden** ser:

- su proveedor de atención médica o de atención residencial,
- un empleado de su proveedor de atención médica o de atención residencial, salvo que dicha persona sea pariente suyo.

¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para elaborar un documento de instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando nombra a un agente y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, el agente se encuentra en la mejor posición para abogar por usted. Dado que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no limitar involuntariamente la facultad de su agente para que actúe en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras "siempre" y "nunca". En cualquier caso, asegúrese de hablar con su agente y con otras personas sobre su atención médica futura y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?

La **Parte I** entra en vigor cuando su médico certifica por escrito que usted ya no es capaz de entender ni apreciar de forma general la naturaleza y las consecuencias de sus decisiones sobre la atención médica. La **Parte II** entra en vigor cuando su médico y un médico más certifican que usted perdió el conocimiento de forma permanente o está muriendo. Usted conserva la potestad principal sobre sus decisiones de atención médica mientras sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del agente

Su agente no tiene la facultad de autorizar ninguna de las siguientes disposiciones:

- ingreso voluntario en una institución estatal;
- esterilización voluntaria;
- suspensión de tratamiento de mantenimiento de la vida si está embarazada, a menos que, con un grado razonable de certeza médica, según lo certifique su médico y un obstetra que la haya examinado, dicho tratamiento no ayude al desarrollo continuo ni al nacimiento con vida de su feto, sea físicamente perjudicial para usted o prolongue un dolor intenso que no pueda aliviarse con medicamentos.

Su agente estará sujeto a las leyes vigentes en Nuevo Hampshire en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

Puede revocar su documento de instrucciones anticipadas mediante:

1. Una revocación por escrito que entregue a su agente o a su proveedor de atención médica o proveedor de atención residencial que exprese su intención de revocar su documento de instrucciones anticipadas, que esté firmada y fechada por usted.
2. Una revocación verbal de su documento de instrucciones anticipadas que se realice en presencia de dos o más testigos, ninguno de los cuales será su cónyuge o heredero.
3. Cualquier otro acto que demuestre su intención de revocar su documento de instrucciones anticipadas, por ejemplo, quemarlo, romperlo o borrarlo, o dar instrucciones a otra persona para que destruya el documento en su presencia.
4. La firma de un nuevo documento de instrucciones anticipadas.

Si nombró a su cónyuge como su agente, la presentación de una demanda de divorcio, separación legal, anulación u orden de protección contra su cónyuge revocará automáticamente la potestad de su cónyuge como agente, a menos que usted especifique lo contrario en la sección "declaración de instrucciones" de la página 3 de su formulario.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales; sin embargo, usted puede indicar sus deseos y otorgar potestad a su agente con respecto a los problemas de salud mental. El Centro Nacional de Recursos sobre Instrucciones Anticipadas Psiquiátricas mantiene un sitio web (<https://nrc-pad.org/>) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes de atención anticipada más detallados en relación con las enfermedades mentales, podría hablar con su médico y un abogado acerca de un poder notarial duradero que se adapte a sus necesidades.

¿Qué otra información importante debo saber?

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no serán válidas en caso de emergencia médica, excepto para identificar a su agente. El personal de ambulancias y del departamento de emergencias de los hospitales están obligados a practicar la reanimación cardiopulmonar (RCP), salvo que tenga una orden independiente del médico, que suele denominarse "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el departamento de salud o el departamento para adultos

mayores de su estado (<https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html>). Otro tipo de órdenes relacionadas con la RCP y otros tratamientos son las órdenes portátiles para el tratamiento de mantenimiento de la vida (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) específicas de los estados (<https://polst.org/form-patients/>). Tanto el formulario POLST como el DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN presentarse al personal de emergencias cuando se presente. Estas instrucciones indican al personal de la ambulancia y de emergencias del hospital que no intenten practicar la RCP (o la detengan si ya comenzó) si su corazón o su respiración se detiene.

**INFORMACIÓN SOBRE EL PODER NOTARIAL DURADERO
PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (PARTE I)**

LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS SON UN DOCUMENTO LEGAL. DEBE CONOCER ESTA INFORMACIÓN ANTES DE FIRMARLO.

- Este formulario le permite elegir a la persona que desee para que tome decisiones sobre su atención médica cuando usted no pueda tomar decisiones por sí mismo. Esta persona se denomina "agente". Debe considerar la posibilidad de elegir a un suplente en caso de que su agente no sea capaz de desempeñar sus funciones.
- Los agentes deben tener 18 años de edad o más. Deben ser personas que conozca y en quien confíe. No pueden ser personas que le atiendan en un entorno de atención médica o de atención residencial.
- Este formulario son "instrucciones anticipadas" que definen una forma de tomar decisiones médicas en el futuro, cuando usted no sea capaz de tomarlas por sí mismo. No es una orden médica (es decir, no es una orden DNR [no resucitar] en sí, ni una orden POLST).
- Usted siempre tomará sus propias decisiones hasta que su profesional médico le examine y certifique que ya no puede entender ni tomar una decisión por sí mismo. En ese momento, su "agente" se convierte en la persona que puede tomar decisiones por usted. Si tiene una mejoría, volverá a tomar sus propias decisiones sobre la atención médica.
- Salvo algunas excepciones (*), cuando usted no sea capaz de tomar sus propias decisiones médicas, su agente las tomará por usted, a menos que limite la potestad de su agente en la Parte I.B del formulario de poder notarial duradero. Su agente puede aceptar el comienzo o la finalización de un tratamiento médico, incluso cerca del final de su vida. Algunas personas no desean permitir que su agente tome ciertas decisiones. Algunos ejemplos de lo que puede redactar al respecto incluyen: "NO deseo que mi agente...
 - solicite o acepte la finalización de tratamiento de mantenimiento de la vida (como respiradores, alimentación o hidratación suministradas médicamente [alimentación por sonda]), diálisis renal, otros dispositivos mecánicos, transfusiones de sangre y determinados medicamentos)".
 - solicite o acepte una Orden de no resucitar (orden DNR)".
 - acepte tratamiento, incluso si yo me oponga al tratamiento actualmente, después de que haya perdido la capacidad para tomar decisiones sobre la atención médica por mí mismo".

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA NUEVO HAMPSHIRE: PÁGINA 2 DE 7

DECLARACIÓN DE
INFORMACIÓN
(CONTINUACIÓN)

- La ley permite que su agente pueda incorporarlo en un ensayo clínico (estudio médico) o que acepte tratamiento nuevo o experimental destinado a beneficiarle si padece una enfermedad o afección que, de forma inmediata, ponga en peligro su vida o que, de no ser tratada, pueda causarle una discapacidad o un impedimento grave (por ejemplo, tratamiento nuevo para una infección pandémica que aún no se haya probado). Puede modificar lo anterior o no, al redactar en el formulario de poder notarial duradero para la atención médica lo siguiente:
 - "Deseo que mi agente pueda aceptar estudios médicos o tratamientos experimentales en cualquier situación", o
 - "No deseo participar en estudios médicos ni en tratamientos experimentales, aunque el tratamiento pueda ayudarme o, sea probable que fallezca sin la administración de dicho tratamiento".
- Su agente debe intentar tomar las mejores decisiones para usted, en función de lo que usted haya dicho o escrito en el pasado. Comuníquese a su agente que lo nombró como responsable de la toma de decisiones sobre su atención médica. Hable con su agente de sus deseos.
- En la sección "testamento en vida" del formulario, puede redactar sus deseos, valores o propósitos como orientación para su agente, sustituto o profesionales médicos para la toma de decisiones sobre su tratamiento médico.
- No necesita un abogado para llenar este formulario; sin embargo, no dude en hablar con uno si tiene preguntas al respecto.
- Debe firmar este formulario en presencia física de 2 testigos o ante un notario o juez de paz para que sea válido. Los testigos no pueden ser su agente, cónyuge, heredero, ni una persona que figure en su testamento, fideicomiso, o que pueda recibir de cualquier otro modo sus bienes tras su fallecimiento, ni su profesional médico tratante ni una persona que trabaje directamente bajo su dirección. Solo uno de sus testigos puede ser empleado de su proveedor de atención médica o de atención residencial.
- Entregue copias del formulario completado a su agente, a sus proveedores médicos y a su abogado.
- * Excepciones: Su agente no puede impedirle que coma o beba lo que usted desee. Tampoco puede aceptar el ingreso voluntario en una institución estatal, la esterilización voluntaria, la suspensión de tratamiento de mantenimiento de la vida si está embarazada, a menos que le cause daños graves; ni tampoco la psicocirugía.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA NUEVO HAMPSHIRE: PÁGINA 3 DE 7

PARTE I: PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA PARA NUEVO HAMPSHIRE

Nombre (Nombre del mandante): _____
Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____

Elijo a la(s) siguiente(s) persona(s) como agente(s) en caso de que pierda la capacidad para tomar decisiones sobre la atención médica (no pueda tomar decisiones sobre la atención médica por mí mismo).
(Si elige a más de una persona, se convertirán en sus agentes en el orden escrito, a menos que indique lo contrario).

A. Elección de su agente:

Agente: Nombre a _____, con domicilio en _____, cuyo número de teléfono es _____ como mi agente para que tome decisiones sobre la atención médica por mí.

Agente suplente: Si la persona mencionada anteriormente no es capaz, no está dispuesta o no está a su alcance desempeñar sus funciones, nombro a _____, con domicilio en _____, cuyo número de teléfono es _____ como mi agente suplente.

Si ninguna de las personas arriba mencionadas puede tomar decisiones por usted, se asignará un sustituto en el orden establecido por la ley (cónyuge, hijo(a) adulto(a), padre, madre, hermano(a), etc.), y tendrá las mismas facultades que un agente. Si no hay un sustituto, puede asignarse un tutor nombrado por la corte.

B. Limitación de la potestad de su agente o disposición de instrucciones adicionales

Cuando usted ya no pueda tomar sus propias decisiones sobre la atención médica, su agente podrá tomar decisiones por usted. Revise la Declaración de información que se adjunta a estas instrucciones anticipadas para consultar ejemplos de cómo podría hacer recomendaciones a su agente. Puede incluir límites o instrucciones adicionales a continuación, o adjuntar más páginas.

Adjunté _____ páginas adicionales, denominadas "Deseos complementarios a mi Poder notarial duradero para la atención médica" para expresar mis deseos.

ESCRIBA SU NOMBRE,
FECHA DE
NACIMIENTO Y
DOMICILIO EN LETRA
DE IMPRENTA

ESCRIBA EL
NOMBRE,
DOMICILIO Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
AGENTE EN LETRA
DE IMPRENTA

ESCRIBA EL
NOMBRE,
DOMICILIO Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
AGENTE
SUPLENTE EN
LETRA DE
IMPRENTA

DECLARACIÓN DE
INSTRUCCIONES

PARTE II. TESTAMENTO EN VIDA PARA NUEVO HAMPSHIRE

Si desea proporcionar orientación por escrito a su agente, sustituto o profesionales médicos para la toma de decisiones sobre tratamiento médico de mantenimiento de la vida en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones, puede llenar las opciones que se muestran a continuación:

ELIJA EL PUNTO A O B. Rubrique su opción:

Si padezco una afección avanzada, incurable y progresiva, que limita mi vida:

_____ A. Deseo que se realicen todos los intentos para administrar tratamiento de mantenimiento de la vida (dentro de los límites de las normas de atención médica generalmente aceptadas) para tratar de prolongar mi vida el mayor tiempo posible, independientemente de las cargas, los costos o las complicaciones que puedan producirse.

O

_____ B. NO deseo que se intente administrar ningún tratamiento de mantenimiento de la vida que yo considere excesivamente gravoso o que no me brinde una esperanza razonable de beneficio. Deseo recibir únicamente las formas de tratamiento de mantenimiento de la vida que no considere excesivamente gravosas Y que me brinden una esperanza razonable de beneficio. Las siguientes situaciones son las que consideraría excesivamente gravosas: (Tache y rubrique cualquiera de las declaraciones de la n.º 1 a la 4 a continuación con las que no esté de acuerdo).

_ 1. No deseo que se intente administrar tratamiento de mantenimiento de la vida si estoy muriendo (el tratamiento médico solo prolongará mi fallecimiento).

_ 2. No deseo que se intente administrar tratamiento de mantenimiento de la vida si pierdo el conocimiento de forma permanente sin esperanza razonable de recuperación.

_ 3. No deseo que se intente administrar tratamiento de mantenimiento de la vida si padezco una afección avanzada, incurable y progresiva, que limita mi vida, y si los posibles riesgos y cargas del tratamiento superan los beneficios esperados.

_ 4. Otras situaciones que consideraría excesivamente gravosas si padezco una afección avanzada, incurable y progresiva, que limita mi vida: (Adjunté _____ páginas adicionales, denominadas "Cargas consideradas para el testamento en vida"):

En estas situaciones, solo deseo que se administren cuidados para la comodidad. Entiendo que finalizar o iniciar tratamientos para lograr mi comodidad, incluida la finalización de la alimentación e hidratación suministradas médicamente, puede ser una forma de permitirme fallecer cuando los tratamientos me resulten excesivamente gravosos.

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO
EN UNA OPCIÓN

SI NO ESTÁ DE
ACUERDO CON
ALGUNA DE LAS
DECLARACIONES DE
LA N.º 1 A LA
4, TACHE Y
ESCRIBA SUS
INICIALES AL
LADO DE CADA
DECLARACIÓN
QUE NO SEA
VÁLIDA PARA
USTED

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA NUEVO HAMPSHIRE: PÁGINA 5 DE 7

PARTE III: FIRMA

Este documento de instrucciones anticipadas no será válido a menos que SEA:

Alternativa n.º 1: Firmado por dos (2) testigos adultos, que estén presentes cuando usted firme o reconozca su firma.

Ninguno de sus testigos **puede** ser:

- su agente;
- su cónyuge;
- su heredero o una persona que tenga derecho a una parte de su patrimonio, ya sea en virtud de su testamento y última voluntad o por aplicación de la ley;
- su médico tratante o ARNP, o una persona que actúe bajo la dirección y autoridad de su médico tratante o del ARNP.

Además, uno de sus testigos **no puede** ser:

- su proveedor de atención médica o atención residencial, o un empleado de su proveedor de atención médica o atención residencial.

O

Alternativa n.º 2: Firmado ante un notario público o un juez de paz.

SI DECIDE FIRMAR
SUS
INSTRUCCIONES
ANTICIPADAS EN
PRESENCIA DE
TESTIGOS, UTILICE
LA ALTERNATIVA
N.º 1 A
CONTINUACIÓN (P.
6)

SI DECIDE FIRMAR
SUS
INSTRUCCIONES
ANTICIPADAS ANTE
UN NOTARIO,
UTILICE LA
ALTERNATIVA N.º 2
A CONTINUACIÓN
(P. 7)

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA NUEVO HAMPSHIRE: PÁGINA 6 DE 7

Alternativa n.º 1: Firmar en presencia de testigos.

Recibí, revisé y entendí la declaración de información, y llené el poder notarial duradero para la atención médica o el testamento en vida conforme a mis deseos. Adjunté _____ páginas para expresar mejor mis deseos.

Firmado este día __ de _____ de 20____

Firma del mandante: _____

(Si está físicamente incapacitado para firmar, estas instrucciones anticipadas pueden ser firmadas por otra persona al escribir su nombre en su presencia física bajo su dirección).

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Declaramos que el mandante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y libre de coacción en el momento de la firma de este documento de instrucciones anticipadas, y que el mandante afirma que es consciente de la naturaleza del documento de instrucciones anticipadas y que lo firma libre y voluntariamente.

Testigo 1:

Firma: _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Domicilio de residencia: _____

Testigo 2:

Firma: _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Domicilio de residencia: _____

FIRME Y
ESCRIBA AQUÍ
SU NOMBRE, LA
FECHA Y EL
LUGAR EN LETRA
DE IMPRENTA

SUS TESTIGOS
DEBEN FIRMAR,
FECHAR Y ESCRIBIR
AQUÍ SUS NOMBRES
Y DOMICILIOS EN
LETRA DE IMPRENTA

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA NUEVO HAMPSHIRE: PÁGINA 7 DE 7

Alternativa n.º 2: Firmar ante un notario público o juez de paz.

Recibí, revisé y entendí la declaración de información, y llené el poder notarial duradero para la atención médica o el testamento en vida conforme a mis deseos.

Adjunté _____ páginas para expresar mejor mis deseos.

Firmado este día __ de _____ de 20____

Firma del mandante: _____

(Si está físicamente incapacitado para firmar, estas instrucciones anticipadas pueden ser firmadas por otra persona al escribir su nombre en su presencia física bajo su dirección).

ACTA DE RECONOCIMIENTO DEL NOTARIO PÚBLICO O JUEZ DE PAZ

ESTADO DE NUEVO HAMPSHIRE

CONDADO DE _____

El anterior documento de instrucciones anticipadas fue reconocido ante mí este día _____ de _____ de 20____, por _____ (el "Mandante").

Notario público o juez de paz

Mi comisión expira el: _____

Cortesía de CaringInfo
www.caringinfo.org

FIRME Y
ESCRIBA AQUÍ
SU NOMBRE, LA
FECHA Y EL
LUGAR EN LETRA
DE IMPRENTA

UN NOTARIO
PÚBLICO O JUEZ DE
PAZ DEBE LLENAR
ESTA SECCIÓN

DONACIÓN DE
ÓRGANOS
(OPCIONAL)

ESCRIBA SUS
INICIALES EN LA
OPCIÓN QUE
REFLEJE SUS
DESEOS

AÑADA EL
NOMBRE O LA
INSTITUCIÓN (SI
CORRESPONDE)

ESCRIBA SU
NOMBRE EN LETRA
DE IMPRENTA,
FIRME Y FECHÉ EL
DOCUMENTO

SUS TESTIGOS
DEBEN FIRMAR Y
ESCRIBIR SUS
DOMICILIOS EN
LETRA DE
IMPRESA

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization.
Revisado en 2023.

FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS PARA NUEVO HAMPSHIRE: PÁGINA 1 DE 1

Rubrique la línea de la declaración a continuación que mejor refleje sus deseos. No tiene que rubricar ninguna de las declaraciones. Si no rubrica ninguna de las declaraciones, su abogado para la atención médica, apoderado u otro agente, o su familia, pueden tener potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo en virtud de la ley de Nuevo Hampshire.

_____ No deseo hacer ninguna donación de órganos ni tejidos y no deseo que mi abogado para la atención médica, apoderado u otro agente, o mi familia lo hagan.

_____ Ya firmé un acuerdo escrito o una tarjeta de donante en relación con la donación de órganos y tejidos con la siguiente persona o institución:

Nombre de la persona o institución: _____

_____ De conformidad con la ley de Nuevo Hampshire, por el presente dono, con efecto a mi fallecimiento:

_____ Cualquier órgano o partes que sean necesarios.

_____ La parte u órganos enumerados a continuación:

Para (rubrique una opción):

_____ Cualquier fin legalmente autorizado.

_____ Fines de trasplante o terapéuticos únicamente.

Nombre del declarante: _____

Firma del declarante: _____ Fecha: _____

El declarante firmó voluntariamente o dio instrucciones a otra persona para que firmara este escrito en nuestra presencia. Firmamos este documento como testigos en presencia del declarante y en presencia el uno del otro.

Testigo _____ Fecha _____

Domicilio _____

Testigo _____ Fecha _____

Domicilio _____

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org