

# **PUERTO RICO**

## **Instrucciones anticipadas**

### **Planificación de las decisiones importantes de atención médica**

Cortesía de CaringInfo

[www.caringinfo.org](http://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:

- Instrucciones 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 21 años de edad o más.

#### **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 SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PUERTO RICO**

Este paquete contiene una Declaración de voluntad anticipada con respecto al tratamiento de Puerto Rico, que protege su derecho a rechazar el tratamiento médico que no desea o a solicitar el tratamiento que sí desea en caso de que pierda la capacidad de tomar decisiones usted mismo.

La **Parte I: Designación y poderes de mi albacea** le permite nombrar a alguien como su "albacea" para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas las decisiones sobre procedimientos que prolongan la vida, si ya no puede hablar por sí mismo.

La **Parte II: Mis instrucciones para la atención médica** le permite expresar sus deseos sobre la atención médica en caso de que no pueda hablar por sí mismo.

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

Puede completar la Parte I o la Parte II, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada, pero **debe completar la Parte III** si llena la Parte I o la Parte II. También puede completar la Parte IV.

Nota: Las Partes I, II y III serán legalmente vinculantes solo si la persona que las completa es un adulto competente (al menos 21 años de edad).

La **Parte IV** le permite registrar sus deseos de donación de órganos y tejidos.

Nota: La Parte IV será legalmente vinculantes solo si la persona que la completa tiene al menos 18 años de edad.

### **¿Cómo puedo hacer legales mis instrucciones anticipadas para la atención médica de Puerto Rico?**

Debe firmar y fechar sus instrucciones anticipadas en presencia de un médico y dos testigos que tengan al menos 21 años de edad. El médico y sus dos testigos no pueden ser sus herederos ni participar en su cuidado directo.

En su defecto, puede firmar y fechar sus instrucciones anticipadas en presencia de un notario. El notario no puede estar relacionado con usted o con un beneficiario de su testamento.

### **¿A quién debo nombrar como mi agente?**

Su agente es la persona que usted designa para tomar decisiones sobre su atención médica, en caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo. Su agente puede ser un miembro de la familia o un amigo cercano en quien usted confía para tomar decisiones importantes. La persona que usted nombre como su agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones de atención médica por usted.

Puede designar a una segunda persona como su albacea suplente. El albacea suplente interviene si la primera persona a la que nombró como albacea no puede, no quiere o no está disponible para actuar en su nombre.

### **¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?**

¡Sí! Una de las razones más importantes para ejecutar las instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando usted nombra a un agente y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, esta persona está en la posición más fuerte para abogar por usted. Debido a que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no restringir por error el poder de su agente para actuar en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras "siempre" y "nunca". En cualquier caso, asegúrese de hablar con su agente y otras personas sobre su futura atención médica y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

### **¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?**

La **Parte I: Designación y poderes de mi albacea** entra en vigor cuando su médico le diagnostica un estado de salud terminal o determina que usted está en un estado vegetativo persistente.

La **Parte II: Mis instrucciones para la atención médica** entra en vigor cuando su médico le diagnostica un estado de salud terminal o determina que usted está en un estado vegetativo persistente.

Usted conserva la potestad principal para sus decisiones de atención médica, siempre y cuando sea capaz de dar a conocer sus deseos.

### **Limitaciones del agente**

Es posible que usted no limite los tratamientos necesarios para aliviar el dolor, hidratarse y alimentarse, a menos que su muerte sea inminente o su cuerpo ya no pueda absorber los nutrientes y la hidratación administradas.

Si usted está embarazada, sus instrucciones anticipadas no entrarán en vigor, y su agente estará obligado por las leyes vigentes de Puerto Rico en lo que respecta al embarazo y la interrupción de los embarazos.

## **¿Qué pasa si cambio de opinión?**

Si desea hacer algún cambio o modificación a su Declaración de voluntad anticipada con respecto al tratamiento de Puerto Rico, debe crear nuevas instrucciones anticipadas y cumplir todos los mismos requisitos.

Usted puede revocar su Declaración de voluntad anticipada con respecto al tratamiento de Puerto Rico, en su totalidad y en cualquier momento, por escrito o verbalmente, indicando su intención de revocarla. Si su revocación es por escrito, debe contener su voluntad expresa de revocar las disposiciones de sus instrucciones anticipadas, su firma y la fecha de la revocación. Debe informar a su médico que revocó sus instrucciones anticipadas.

## **Problemas de salud mental**

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque puede expresar 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 tiene un sitio web (<https://nrc-pad.org/>) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes anticipados de atención más detallados con respecto a las enfermedades mentales, puede hablar con su médico y un abogado sobre un poder notarial duradero adaptado a sus necesidades.

## **¿Qué otros hechos importantes debo saber?**

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no entrarán en vigor en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su agente. Se requiere que el personal de la ambulancia y del Departamento de Emergencias del hospital proporcione reanimación cardiopulmonar (RCP), a menos que tenga una orden médica separada, que generalmente se llama "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de las órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el Departamento de Salud de su estado o el Departamento para el Envejecimiento (<https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html>). Otros formularios de órdenes con respecto a 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 cada estado (<https://polst.org/form-patients/>). Tanto un formulario de POLST como una orden de DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN presentarse a los servicios de emergencia al momento de llegar. Estas instrucciones indican al personal del hospital y de emergencias del hospital que no intente realizar la RCP (o que la detenga si ha comenzado) si su corazón o respiración se detienen.

**Declaración de voluntad anticipada con respecto al tratamiento**

Yo, \_\_\_\_\_,  
intencional y voluntariamente, hago saber mis deseos en caso de que no pueda  
tomar una decisión informada sobre mi atención médica y me hayan diagnosticado  
un estado de salud terminal, o que esté inconsciente de manera permanente, como  
se indica en este documento.

Esta Declaración de voluntad anticipada con respecto al tratamiento no rescindirá  
en caso de discapacidad.

**PARTE I: DESIGNACIÓN DEL ALBACEA**

(SI NO DESEA NOMBRAR A UN ALBACEA PARA QUE TOME DECISIONES DE ATENCIÓN  
MÉDICA POR USTED, TACHE Y ESCRIBA SUS INICIALES).

Por la presente, nombro a \_\_\_\_\_,  
(albacea principal)

de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(dirección y número de teléfono)

como mi albacea para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, según lo  
autorizo en este documento. Si la persona antes designada no está razonablemente  
disponible, o no puede o no está dispuesta a actuar como mi albacea, entonces,  
nombro a

\_\_\_\_\_  
(albacea suplente)

de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(dirección y número de teléfono)

para que desempeñe ese cargo.

Otorgo a mi albacea, antes nombrado, pleno poder y potestad para tomar  
decisiones de atención médica en mi nombre, como se describe a continuación,  
siempre que se haya determinado que no puedo tomar una decisión informada, y se  
me haya diagnosticado un estado de salud terminal o que esté permanentemente  
inconsciente. La potestad de mi albacea en virtud del presente documento entra en  
vigor siempre y cuando yo sea incapaz de tomar una decisión informada.

Al tomar decisiones de atención médica en mi nombre, quiero que mi albacea cumpla  
mis deseos y preferencias como se indica en este documento o según yo se los haya  
informado. Si mi albacea no puede determinar qué opción de atención médica habría  
elegido yo, por mí mismo, entonces, quiero que mi albacea elija por mí con base en  
lo que él o ella considere que es en mi mejor interés.

ESCRIBA SU NOMBRE  
EN LETRA DE  
IMPRESA.

ESCRIBA EN  
LETRA DE  
IMPRESA EL  
NOMBRE,  
DIRECCIÓN Y  
NÚMERO DE  
TELÉFONO DE SU  
ALBACEA  
PRINCIPAL.

ESCRIBA EN  
LETRA DE  
IMPRESA EL  
NOMBRE,  
DIRECCIÓN Y  
NÚMERO DE  
TELÉFONO DE SU  
ALBACEA  
SUPLENTE.

PODERES DE SU ALBACEA

ENUMERE CUALQUIER PODER ESPECÍFICO QUE DESEE QUE TENGA SU ALBACEA O CUALQUIER LIMITACIÓN EN EL PODER DE SU ALBACEA CON RESPECTO A SU TRATAMIENTO MÉDICO.

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

AGREGUE OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HAY, CON RESPECTO A SUS PLANES ANTICIPADOS DE ATENCIÓN.

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN ABORDAR MÁS A FONDO SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, COMO SUS DESEOS RESPECTO AL TRATAMIENTO DE HOSPICIO, PERO TAMBIÉN PUEDE ABORDAR OTROS PROBLEMAS DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS PARA SU ENTIERRO.

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

© 2005 Revisado por la National Hospice and Palliative Care Organization 2023.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE PUERTO RICO — PÁGINA 2 DE 7**

**PODERES DE MI ALBACEA**

Los poderes de mi albacea incluirán lo siguiente:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

Doy las siguientes instrucciones para guiar mejor a mi albacea en la toma de decisiones con respecto a mi atención médica:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

INSTRUCCIONES  
PARA LA ATENCIÓN  
MÉDICA

ESCRIBA SUS  
INICIALES SOLO EN  
UNA.

PUEDE ESCRIBIR  
AQUÍ SUS PROPIAS  
INSTRUCCIONES  
SOBRE SU  
CUIDADO CUANDO  
ESTÉ AGONIZANTE,  
INCLUIDAS  
INSTRUCCIONES  
ESPECÍFICAS  
SOBRE LOS  
TRATAMIENTOS  
QUE DESEA, SI ES  
APROPIADO DESDE  
EL PUNTO DE  
VISTA MÉDICO, O  
SI NO LOS DESEA.

ES IMPORTANTE  
QUE SUS  
INSTRUCCIONES  
AQUÍ NO ENTREN  
EN CONFLICTO CON  
OTRAS  
INSTRUCCIONES  
QUE USTED HAYA  
DADO EN ESTAS  
INSTRUCCIONES  
ANTICIPADAS.

ADJUNTE PÁGINAS  
ADICIONALES SI ES  
NECESARIO.

© 2005 Revisado  
por la National  
Hospice and  
Palliative Care  
Organization 2023.

### PARTE II: INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Puede usar cualquiera o todas las Partes, A, B o C, de esta sección para manejar su atención médica, incluso si no tiene un albacea. Si decide no proporcionar instrucciones por escrito, las decisiones se basarán en sus valores y deseos, si se conocen, y en su mejor interés.

#### A. Instrucciones si tengo un estado de salud terminal

Proporcione las siguientes instrucciones en caso de que mi médico tratante determine que tengo un estado de salud terminal y que el tratamiento médico no me ayudará a recuperarme:

\_\_\_\_\_ No quiero ningún tratamiento para prolongar mi vida. Esto incluye, entre otros, alimentación por sonda, líquidos por vía intravenosa (IV), reanimación cardiopulmonar (RCP), ventilador/respirador (máquina de respiración), diálisis o antibióticos. Entiendo que seguiré recibiendo los tratamientos médicos necesarios para aliviar el dolor, hidratarme y alimentarme, a menos que mi muerte sea inminente (cercana) o que mi cuerpo ya no pueda absorber los nutrientes y la hidratación administrados.

O

\_\_\_\_\_ Quiero recibir todos los tratamientos que prolonguen mi vida el mayor tiempo posible dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados. Entiendo que recibiré tratamiento para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo(a).

O

\_\_\_\_\_ Instruyo lo siguiente con respecto a la atención médica cuando esté agonizando:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA.

PUEDA ESCRIBIR AQUÍ SUS INSTRUCCIONES SOBRE SU CUIDADO CUANDO NO PUEDA INTERACTUAR CON OTROS Y NO SE ESPERA QUE RECUPERE ESTA CAPACIDAD.

ESTO INCLUYE INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS SOBRE LOS TRATAMIENTOS QUE USTED DESEA, SI ES APROPIADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO, O SI NO LOS DESEA. ES IMPORTANTE QUE SUS INSTRUCCIONES AQUÍ NO ENTREN EN CONFLICTO CON OTRAS INSTRUCCIONES QUE USTED HAYA DADO EN ESTAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS.

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

© 2005 Revisado por la National Hospice and Palliative Care Organization 2023.

**B. Instrucciones si estoy en un estado vegetativo persistente**

Proporcione las siguientes instrucciones si, debido a mi estado, soy incapaz de reconocerme a mí o a mi entorno, o no puedo interactuar con otros, y es razonablemente seguro que nunca recuperaré esta conciencia o capacidad, incluso con tratamiento médico:

\_\_\_\_\_ No quiero ningún tratamiento para prolongar mi vida. Esto incluye alimentación por sonda, líquidos por vía intravenosa (IV), reanimación cardiopulmonar (RCP), ventilador/respirador (máquina de respiración), diálisis o antibióticos. Entiendo que seguiré recibiendo los tratamientos médicos necesarios para aliviar el dolor, hidratarme y alimentarme, a menos que mi muerte sea inminente (cercana) o que mi cuerpo ya no pueda absorber los nutrientes y la hidratación administrados.

O

\_\_\_\_\_ Quiero recibir todos los tratamientos que prolonguen mi vida el mayor tiempo posible dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados. Entiendo que recibiré tratamiento para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo(a).

O

\_\_\_\_\_ Quiero probar tratamientos durante un tiempo con la esperanza de que haya alguna mejora en mi estado. Sugiero \_\_\_\_\_ (ingrese la cantidad de tiempo) como el periodo después del cual se debe detener dicho tratamiento si mi estado no ha mejorado. El tiempo exacto es a discreción de mi albacea o sustituto, en consulta con mi médico. Entiendo que seguiré recibiendo tratamiento para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo(a).

O

\_\_\_\_\_ Proporciono las siguientes instrucciones si, debido a mi estado, soy incapaz de reconocerme a mí o a mi entorno, o no puedo interactuar con otros, y es razonablemente seguro que nunca recuperaré esta conciencia o capacidad, incluso con tratamiento médico:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).



PUEDA ESCRIBIR AQUÍ DECLARACIONES E INSTRUCCIONES SOBRE LOS TRATAMIENTOS QUE DESEA, SI ES APROPIADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO, O SOBRE LOS TRATAMIENTOS QUE NO DESEA BAJO CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS O CUALQUIER CIRCUNSTANCIA.

ES IMPORTANTE QUE SUS INSTRUCCIONES AQUÍ NO ENTREN EN CONFLICTO CON OTRAS INSTRUCCIONES QUE USTED HAYA DADO EN ESTAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS.

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN ABORDAR SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, COMO SUS DESEOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE HOSPICIO, PERO TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR OTROS ASUNTOS DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS PARA SU ENTIERRO.

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

© 2005 Revisado por la National Hospice and Palliative Care Organization 2023.

**C. Otras instrucciones con respecto a mi atención médica**

Además, dicto lo siguiente con respecto a mi atención médica cuando sea incapaz de tomar mis propias decisiones de atención médica:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

Entiendo que los estatutos de Puerto Rico especifican que, si descubren que estoy embarazada en el momento en que me diagnostiquen un estado de salud terminal o que esté en un estado vegetativo persistente, cualquier rechazo a un tratamiento médico que mantenga la vida deberá posponerse hasta que el embarazo haya terminado.

**PARTE III: CUMPLIMIENTO**

**Suplente n.º 1: Firme ante un médico y dos testigos**

**Confirmación:** Al firmar a continuación, indico que tengo 21 años de edad o más, que estoy mentalmente lúcido, y que es mi derecho hacer esta Declaración de voluntad anticipada con respecto al tratamiento, además de que entiendo el propósito y el efecto de este documento. Es mi voluntad expresa que el médico o la institución de servicios de salud que está a cargo de mi cuidado mientras padezco un estado de salud terminal o estoy en estado vegetativo persistente siga mis instrucciones o las de mi albacea nombrado. Entiendo que puedo revocar este documento en cualquier momento.

---

(firma del declarante)

(fecha)

---

(nombre en letra de imprenta)

El declarante firmó voluntariamente dicha Declaración de voluntad anticipada con respecto al tratamiento en mi presencia. Atestiguo que no participo en el cuidado directo del declarante, ni soy heredero del declarante.

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

FIRME, FECHÉ Y  
ESCRIBA SU NOMBRE  
EN LETRA DE  
IMPRESA AQUÍ.

UN MÉDICO Y SUS  
DOS TESTIGOS  
DEBEN FIRMAR,  
FECHAR Y  
ESCRIBIR EN  
LETRA DE  
IMPRESA SUS  
NOMBRES Y EL  
LUGAR AQUÍ.

**Suplente n.º 2: Firmar ante un notario público**

**Confirmación:** Al firmar a continuación, indico que tengo 21 años de edad o más, que estoy mentalmente lúcido, y que es mi derecho hacer esta Declaración de voluntad anticipada con respecto al tratamiento, además de que entiendo el propósito y el efecto de este documento. Es mi voluntad expresa que el médico o la institución de servicios de salud que está a cargo de mi cuidado mientras padezco un estado de salud terminal o estoy en estado vegetativo persistente siga mis instrucciones o las de mi albacea nombrado. Entiendo que puedo revocar este documento en cualquier momento.

\_\_\_\_\_ (firma del declarante)

\_\_\_\_\_ (fecha)

\_\_\_\_\_ (nombre en letra de imprenta)

Estado Libre Asociado de Puerto Rico,

}

Provincia/municipio: \_ \_\_\_\_\_

En este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, del año \_\_\_\_\_, ante mí (ingrese el nombre/cargo del oficial):

\_\_\_\_\_, se presenta en persona (ingrese el nombre del mandante en línea aquí): \_\_\_\_\_, personalmente conocido por mí (o probado ante mí con base en evidencia satisfactoria (describir: \_\_\_\_\_)) que es la persona cuyo nombre está suscrito al instrumento presente y ha reconocido ante mí que él/ella ejecutó el mismo en su capacidad autorizada, y que, mediante su firma en el instrumento, ejecutó el mismo. Declaro que él/ella se presenta mentalmente lúcido(a) y no bajo o sujeto(a) a coacción, fraude o influencia indebida; que él/ella reconoce la ejecución del mismo como su acto y escritura voluntaria. No soy el agente, albacea, apoderado, sustituto o un sucesor de cualquiera de estos, como se designa en este documento, ni tengo ningún interés en su patrimonio a través de un testamento o por otro efecto de la ley.

DOY FE con mi firma y sello oficial.

**Sello notarial:**

\_\_\_\_\_  
Firma del notario público/autenticador Fecha de

\_\_\_\_\_  
vencimiento del cargo

FIRME, FECHÉ Y  
ESCRIBA SU NOMBRE  
EN LETRA DE  
IMPRESA AQUÍ.

UN NOTARIO DEBE  
COMPLETAR ESTA  
SECCIÓN DEL  
DOCUMENTO.

**FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS DE PUERTO RICO —  
PÁGINA 1 DE 3**

---

**PARTE IV: DONACIÓN DE ÓRGANOS**

Usted puede registrar su decisión de donar sus órganos, ojos, tejidos o todo su cuerpo después de su muerte. Si usted no toma esta decisión aquí o en cualquier otro documento, su albacea o sustituto puede tomar la decisión por usted, a menos que usted le prohíba específicamente hacerlo, lo cual puede hacer en este o en algún otro documento.

\_\_\_\_\_ Dono mis órganos, ojos y tejidos para su uso en trasplantes, terapia, investigación y educación. Instruyo que se tomen todas las medidas necesarias para garantizar la idoneidad médica de mis órganos, ojos o tejidos para la donación.

O

\_\_\_\_\_ Dono todo mi cuerpo para investigación y educación.

Instruyo lo siguiente con respecto a la donación de mis órganos, ojos y tejidos:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

SI DESEA DONAR SUS ÓRGANOS, OJOS O TEJIDOS, ESCRIBA SUS INICIALES EN LA OPCIÓN QUE REFLEJE SUS DESEOS.

INGRESE LAS INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS QUE DESEE DAR SOBRE LAS DONACIONES ANATÓMICAS, SI LAS HAY.

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

**FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS DE PUERTO RICO —  
PÁGINA 2 DE 3**

---

**Suplente n.º 1: Firma ante dos testigos**

**Confirmación:** Al firmar a continuación, indico que tengo 18 años de edad o más, que estoy mentalmente lúcido, y que es mi derecho hacer esta declaración con respecto a la donación de órganos. Es mi voluntad expresa que el médico o la institución de servicios de salud que está a cargo de mi cuidado, mi albacea o cualquier otro sustituto de toma de decisiones siga mis instrucciones. Entiendo que puedo revocar este documento en cualquier momento.

---

(firma del declarante)

(fecha)

---

(nombre en letra de imprenta)

El declarante firmó voluntariamente la presente declaración con respecto a la donación de órganos en mi presencia.

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Cortesía de CaringInfo  
[www.caringinfo.org](http://www.caringinfo.org)

FIRME, FECHÉ Y  
ESCRIBA SU NOMBRE  
EN LETRA DE  
IMPRESA AQUÍ.

SUS DOS  
TESTIGOS DEBEN  
FIRMAR, FECHAR  
Y ESCRIBIR SUS  
NOMBRES EN  
LETRA DE  
IMPRESA AQUÍ.

**FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS DE PUERTO RICO —  
PÁGINA 3 DE 3**

---

**Suplente n.º 2: Firmar ante un notario público**

**Confirmación:** Al firmar a continuación, indico que tengo 18 años de edad o más, que estoy mentalmente lúcido, y que es mi derecho hacer esta declaración con respecto a la donación de órganos. Es mi voluntad expresa que el médico o la institución de servicios de salud que está a cargo de mi cuidado, mi albacea o cualquier otro sustituto de toma de decisiones siga mis instrucciones. Entiendo que puedo revocar este documento en cualquier momento.

---

(firma del declarante)

(fecha)

---

(nombre en letra de imprenta)

Estado Libre Asociado de Puerto Rico,

Provincia/municipio: \_ \_\_\_\_\_ }  
\_\_\_\_\_

En este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, del  
año \_\_\_\_\_, ante mí (ingrese el nombre/cargo del oficial):

\_\_\_\_\_, se presenta en persona (ingrese el  
nombre del mandante en línea aquí): \_\_\_\_\_, personalmente

conocido por mí (o probado ante mí con base en evidencia satisfactoria  
(describir: \_\_\_\_\_)) que es la persona cuyo nombre está suscrito  
al instrumento presente y ha reconocido ante mí que él/ella ejecutó el mismo en su  
capacidad autorizada, y que, mediante su firma en el instrumento, ejecutó el  
mismo. Declaro que él/ella se presenta mentalmente lúcido(a) y no bajo o sujeto(a)  
a coacción, fraude o influencia indebida; que él/ella reconoce la ejecución del  
mismo como su acto y escritura voluntaria. No soy el agente, albacea, apoderado,  
sustituto o un sucesor de cualquiera de estos, como se designa en este documento,  
ni tengo ningún interés en su patrimonio a través de un testamento o por otro  
efecto de la ley.

DOY FE con mi firma y sello oficial.

\_\_\_\_\_  
Firma del notario público/autenticador

**Sello notarial:**

\_\_\_\_\_  
Fecha de vencimiento del cargo

Cortesía de CaringInfo  
[www.caringinfo.org](http://www.caringinfo.org)

FIRME, FECHÉ Y  
ESCRIBA SU NOMBRE  
EN LETRA DE  
IMPRESA AQUÍ.

UN NOTARIO DEBE  
COMPLETAR ESTA  
SECCIÓN DEL  
DOCUMENTO.