



# Directiva de Atención Médica (o "Testamento en Vida")

## ¿Qué es una Directiva de Atención Médica?

Es un formulario que le permite decir qué tipo de tratamientos médicos desea o *no* desea si tiene una enfermedad terminal o está permanentemente inconsciente y usted no puede tomar decisiones sobre el cuidado de su salud. También le permite escribir sus valores de atención médica.

## ¿Qué son los valores de atención médica?

Son sus deseos y preferencias en cuanto a su atención médica, incluyendo sus preferencias religiosas, éticas y personales en cuanto a la atención. Deberían guiar las decisiones de la atención de su salud cuando usted no pueda tomar decisiones propias en **todas** las situaciones, no solo si tiene una enfermedad terminal o está permanentemente inconsciente. Ejemplos:

- "Me preocupa tener una sensación de ahogo. Por favor, hagan todo lo que puedan para aliviarme de ese estrés".
- "Puedo tolerar un grado bajo de dolor - equilibren el dolor con mantener mi mente despejada".
- "La calidad de vida es más importante para mí que recibir mucha atención médica".
- "Lo que más me importa es estar en un hospital con una atención médica excelente".
- "La capacidad de estar al aire libre es lo que hace que la vida valga la pena para mí. Si mi estado de salud me impide estar fuera del todo, entonces ya no querría vivir".
- "Para mí es importante poder reconocer a mi familia y despedirme".

- "Quiero pasar mis últimos días en casa".
- "En mi religión, nosotros . . . (describa sus tradiciones religiosas con respecto a la atención médica).
- "Me encanta la música de jazz y me gustaría escucharla cada vez que sea posible".

## ¿Mi formulario de la Directiva de Atención Médica dice quién tomará decisiones por mí?

No. Para hacer eso, necesita **un formulario de Poder Notarial Duradero**. Un formulario de poder notarial permite que usted elija a un amigo o pariente de confianza para que le ayude con sus decisiones de atención médica. [Puede encontrar formularios para un Poder Notarial Duradero](#) en WashingtonLawHelp.org. Puede completar un formulario de Poder Notarial Duradero al mismo tiempo que su Directiva de Atención Médica en [Formularios de Washington en línea](#). Obtenga más información y encuentre formularios que se pueden imprimir en nuestra página de [Poder Notarial Duradero](#).

## ¿Todavía puedo tomar mis propias decisiones?

¡Sí! Todavía puede tomar sus propias decisiones sobre su atención médica si es capaz de hacerlo. También puede cambiar o cancelar su directiva en cualquier momento.

## ¿Es necesario que mi formulario de la Directiva de Atención Médica sea notariado?

Es mejor firmar el formulario de la Directiva de Atención Médica ante un notario. Si no puede encontrar un notario, puede firmar ante dos testigos "desinteresados".

## ¿Qué debo hacer después de firmarlo?

Dé copias a su(s) proveedor(es) médico(s), a su representante y a un amigo o pariente de confianza. También pregunte a su hospital local si lo pueden poner en su expediente.

## ¿Hay otros tipos de directivas?

Sí. Hay directivas de atención médica que le permiten decir qué tipo de atención desea si tiene una discapacidad de salud mental o demencia. Estas otras directivas las puede encontrar en [WashingtonLawHelp.org](http://WashingtonLawHelp.org).

## ¿Y si necesito asistencia legal?

- **Aplique por internet:** [nwjustice.org/apply-online](http://nwjustice.org/apply-online)
- **¿Está enfrentando un problema legal en el Condado de King** (aparte de desalojo o ejecución hipotecaria)? Llame al 211 (o gratis al 1-877-211-9274), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Ellos le referirán a un proveedor de asistencia legal.
- **¿Está enfrentando un problema legal fuera del Condado de King** (aparte de desalojo o ejecución hipotecaria)? Llame a la Línea Directa de CLEAR al 1-888-201-1014, de lunes a viernes, de 9:15 a. m. a 12:15 p. m. o aplique por internet en [nwjustice.org/apply-online](http://nwjustice.org/apply-online).
- **Las personas de 60 años de edad o más** con un problema legal fuera del Condado de King también pueden llamar a CLEAR\*Sr al 1-888-387-7111.
- **¿Está enfrentando un Desalojo?** Llame al 1-855-657-8387
- **¿Está enfrentando una Ejecución Hipotecaria?** Llame al 1-800-606-4819

**Las personas sordas, con problemas para oír, o con dificultades del habla** pueden llamar a cualquiera de estos números por el servicio de repetición de su opción.

Hay intérpretes disponibles.

---

Esta publicación ofrece información general acerca de sus derechos y responsabilidades. No es su intención reemplazar asesoramiento legal específico.

© 2024 Northwest Justice Project — 1-888-201-1014  
and Seattle University School of Law Clinical Program

(Se otorga permiso para su copia y distribución a Alliance for Equal Justice y a individuos solo para fines no comerciales).

# Directiva de Atención Médica (Health Care Directive)

De (for) \_\_\_\_\_

Mi nombre (my name)

Mi fecha de nacimiento (my birth date)

Estoy en pleno uso de mis facultades mentales y corporales y formalizo voluntariamente esta directiva de atención médica. Si no puedo tomar decisiones por mí mismo, mis parientes, amigos, representantes y proveedores médicos deberían respetar plenamente cada parte de esta directiva. Si alguna parte de esta directiva no es válida, el resto debe respetarse. Revoco cualquier directiva de atención médica que haya firmado en el pasado.

I am of sound mind and body, and voluntarily execute this health care directive. If I cannot make decisions for myself, my relatives, friends, agents, and medical providers should fully honor every part of this directive. If any part of this directive is invalid, the rest should be honored. I revoke any health care directives I have signed in the past.

1. **Valores de Atención Médica:** Los siguientes deseos y preferencias deberían guiar todas las decisiones que se tomen sobre mi cuidado:

**Health Care Values:** The following wishes and preferences should guide all decisions made about my care:

a. **Lo que hace que mi vida valga la pena vivirla.**

**What makes my life worth living.**

- Algunos estados de salud terminales o graves pueden impedir que **alguna vez** vuelva a hacer las cosas que hacen para mí que la vida valga la pena vivirla. En esa situación, quiero que ustedes paren todos los tratamientos, excepto la atención destinada al confort, a aliviar el dolor y la atención paliativa, si **jamás puedo volver a:**

Some terminal or serious conditions may stop me from **ever** doing the things that make life worth living for me. In that situation, I want you to stop all treatment except comfort care, pain relief and palliative care if I **cannot ever again:**

- Reconocer a mi familia y amigos cercanos de manera significativa alguna
- Hacer ejercicio
- Estar al aire libre
- Leer
- Ver programas de televisión/películas
- Hacer lo siguiente: \_\_\_\_\_

Recognize my close friends and family in any meaningful way

Exercise

Be outdoors

Read

Watch tv shows/movies

Do the following: \_\_\_\_\_

- Otro: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

- La vida siempre vale la pena vivirla. Hagan todo lo que puedan por mantenerme vivo.

Life is always worth living. Do everything you can to keep me alive.

Mi Nombre: (My name:) \_\_\_\_\_

Mi fecha de nacimiento: (My date of birth:) \_\_\_\_\_

- b. Mis deseos.** En mis últimos días, espero poder pasar mi tiempo:
- Con mi familia y amigos cercanos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - Con las siguientes cosas de confort y/o mascotas:  
\_\_\_\_\_
  - Comiendo/bebiendo las siguientes cosas, si es posible: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - Escuchando la siguiente música: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- c. Control del dolor.** En mis últimos días, espero balancear el control del dolor y la claridad mental de la siguiente manera:
- Espero pasar mi tiempo con el menor dolor posible, aunque no tenga claridad mental.
  - Balanceen mi capacidad de comunicación y de permanecer presente con mi familia contra la cantidad de dolor al proporcionar alivio. Puedo tolerar cierta cantidad de dolor (marque en la siguiente escala) a cambio de una mayor claridad mental.
    - 1 = Apenas noto el dolor
    - 2 = Noto que el dolor no interfiere con las actividades
    - 3 = A veces me distrae
    - 4 = Me distrae, puedo hacer las actividades habituales
    - 5 = Interrumpe algunas actividades
    - 6 = Difícil de ignorar, evitar las actividades habituales
    - 7 = Centra la atención, impide hacer las actividades cotidianas

- My hopes.** In my last days, I hope to spend my time:
- With my close friends and family: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- With the following comfort items and/or pets: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Eating/drinking the following items, if possible: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Listening to the following music: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Other: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Pain Management.** In my last days, I hope to balance pain management and mental clarity in this way:
- I hope to spend my time in as little pain as possible, even if I'm not mentally clear.
- Please balance my ability to communicate and remain present with my family against the amount of pain in providing relief. I can tolerate some amount of pain (check on the scale below) in exchange for more mental clarity.
- Hardly notice pain
- Notice pain does not interfere with activities
- Sometimes distracts me
- Distracts me, can do usual activities
- Interrupts some activities
- Hard to ignore, avoid usual activities
- Focus of attention, prevents doing daily activities

Mi Nombre: (My name:) \_\_\_\_\_

Mi fecha de nacimiento: (My date of birth:) \_\_\_\_\_

- 8 = Horrible, difícil hacer cualquier cosa
- 9 = No soporto el dolor, no puedo hacer nada
- 10 = Lo peor posible, nada más importa

Awful, hard to do anything

Can't bear the pain, unable to do anything

As bad as it could be, nothing else matters

**d. Mis temores.** Hay situaciones o tratamientos que me preocupan y que quiero prevenir o evitar si es posible.

**My fears.** There are situations or treatments I am concerned about and want to prevent or avoid if possible.

- Tengo miedo de (ejemplos: dificultad para respirar, sed, sensación de ahogo, náuseas, dolores de cabeza): \_\_\_\_\_

I have a fear of (examples: shortness of breath, thirst, choking sensation, nausea, headaches): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hagan todo lo posible por aliviarme de esa sensación mediante la atención de confort.

\_\_\_\_\_

Please do everything possible to relieve me of that feeling through comfort care.

- No quiero gastar nuestros ahorros de toda la vida en mi enfermedad final. Por favor, brinden la atención de confort menos costosa para el cuidado que reciba al final de mi vida.

I don't want to spend our life savings on my final illness. Please provide the least costly comfort care for my end-of-life care.

- Otro: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

**e. Donde quiero estar.** Me gustaría recibir atención en el(los) siguiente(s) lugar(es) si es posible:

**Where I want to be.** I would like to receive care in the following place/s if possible:

- Mi hogar
- Atención de hospicio
- Un centro de vida asistida
- Una casa familiar para adultos
- Un hogar de ancianos o un hogar con atención de enfermería
- Un hospital

My home

Hospice care

An assisted living facility

An adult family home

A nursing home

A hospital

- Sé que podría no ser posible recibir la atención en el lugar que deseo, dadas mis necesidades y circunstancias en ese momento. Confío en mi(s) persona(s) encargada(s) de tomar las decisiones sobre mi atención médica y sé que tomarán las mejores decisiones para mí después teniendo en cuenta mis valores y previa consulta con mis seres queridos y proveedores de atención.

I know that it may not be possible for me to receive care where I want, given my needs and circumstances at the time. I trust my healthcare decision-maker/s and know that they will make the best decisions for me after considering my values, and consulting with my loved ones and care providers.

Mi Nombre: (My name:) \_\_\_\_\_

Mi fecha de nacimiento: (My date of birth:) \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**f. Otras cosas que deben saber sobre mí:**

Me gustaría que mis amigos y familia sean notificados de mi estado de salud y que se les dé la oportunidad de visitarme para despedirse.

Me gustaría que me mantengan vivo durante un corto período de tiempo si fuera necesario para dar a los amigos y la familia tiempo para viajar y despedirse.

Si es posible, me gustaría poder mirar por una ventana al exterior o tener una vista de la naturaleza durante mis últimos días.

Mis tradiciones religiosas o culturales requieren las siguientes prácticas relacionadas con la atención médica y la atención al final de la vida:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Other things to know about me:**

I would like my friends and family to be notified of my condition and given an opportunity to visit me to say goodbye.

I would like to be kept alive for a short period of time if needed to allow friends and family time to travel and say goodbye.

If possible, I would like to be able to look out a window or see nature during my last days.

My religious or cultural traditions require the following practices around health care and end of life care:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mi Nombre: (My name:) \_\_\_\_\_

Mi fecha de nacimiento: (My date of birth:) \_\_\_\_\_

**2. Enfermedad terminal o estado inconsciente permanente.** Si el médico que me atiende me diagnostica un estado de salud terminal, o si dos médicos determinan que estoy en un estado inconsciente permanente, y si mi(s) médico(s) determina(n) que el tratamiento para mantener la vida solo prolongaría artificialmente el proceso de morir, quiero:

**a. Atención de confort y medicamentos para el dolor.** Si parezco estar experimentando dolor o malestar, quiero tratamiento y medicamentos que me hagan sentir cómodo, incluso si mis proveedores médicos creen que podría acelerar involuntariamente mi muerte.

**b. Retiro del soporte de vida artificial.** Se me debe **negar** o **retirar** el siguiente tratamiento:

- Nutrición artificial
- Hidratación artificial
- Respiración artificial (ventilador)
- Resucitación Cardiopulmonar (RCP), incluyendo ventilación artificial, medicamentos para regular el corazón, diuréticos, estimulantes o cualquier otro tratamiento para la insuficiencia cardíaca
- Cirugía para prolongar mi vida o mantenerme vivo
- Diálisis de sangre o filtración para la pérdida de la función renal
- Transfusión de sangre para reemplazar la sangre perdida o contaminada
- Medicamentos usados para prolongar la vida, no para controlar el dolor
- Cualquier otro tratamiento médico usado para prolongar mi vida o mantenerme vivo artificialmente

**Terminal Illness or Permanent Unconscious Condition.** If my attending physician diagnoses me with a terminal condition or two physicians determine that I am in a permanent unconscious condition, and if my physician/s determine that life-sustaining treatment would only artificially prolong the process of dying, I want:

**Comfort Care and Pain Medication.** If I appear to be experiencing pain or discomfort, I want treatment and medications to make me comfortable, even if my medical providers believe it might unintentionally hasten my death.

**Withdraw Artificial Life Support.** The following treatment should be **withheld** or **withdrawn** from me:

Artificial nutrition

Artificial hydration

Artificial respiration (ventilator)

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), including artificial ventilation, heart regulating drugs, diuretics, stimulants, or any other treatment for heart failure

Surgery to prolong my life or keep me alive

Blood dialysis or filtration for lost kidney function

Blood transfusion to replace lost or contaminated blood

Medication used to prolong life, not for controlling pain

Any other medical treatment used to prolong my life or keep me alive artificially



Mi Nombre: (My name:) \_\_\_\_\_

Mi fecha de nacimiento: (My date of birth:) \_\_\_\_\_

**3. Instituciones de Atención Médica.** Si soy ingresado a un hospital u otra institución médica que no respetará esta directiva debido a creencias religiosas o de otro tipo: (1) mi consentimiento de admisión no es un consentimiento implícito para tratamiento, y (2) quiero ser transferido tan pronto como sea posible a un hospital u otra institución médica que respete mi directiva.

**Health Care Institutions.** If I am admitted to a hospital or other medical institution that will not honor this directive due to religious or other beliefs: (1) my consent to admission is not implied consent to treatment, and (2) I want to be transferred as soon as possible to a hospital or other medical institution that will honor my directive.

**4. Cambios y Cancelación.** Entiendo que puedo cambiar las palabras de esta directiva antes de firmarla. También entiendo que puedo cancelar esta directiva en cualquier momento.

**Changes and Cancellation.** I understand that I can change the wording of this directive before I sign it. I also understand that I can cancel this directive at any time.

Fecha: \_\_\_\_\_

Date

▶ \_\_\_\_\_

Mi firma (ante notario o testigos)

My signature (in front of a notary or witnesses)

**Notarización (preferible) (Notarization (preferred))**

State of Washington (Estado de Washington)

County of (Condado de) \_\_\_\_\_

Signed or attested before me on (date) \_\_\_\_\_

Firmado o atestiguado ante mí el (fecha)

by (name) / por (nombre) \_\_\_\_\_

▶ \_\_\_\_\_

Signature of Notary (Firma de Notario)

Notary Public for the State of Washington.

(Notario Público para el Estado de Washington.)

My commission expires (Mi comisión vence)

\_\_\_\_\_

**Declaración de los testigos  
(solo si no puede encontrar un notario)**

Al (fecha de) \_\_\_\_\_,  
(nombre) \_\_\_\_\_ firmó  
esta Directiva de Atención Médica en mi presencia. Lo(la)  
conozco personalmente o me proporcionó comprobante  
de su identidad. Creo que es capaz de tomar decisiones  
sobre su atención médica.

**Statement of Witnesses  
(only if you cannot find a notary)**

On (date) ---, (name) --- signed this Health  
Care Directive in my presence. They are  
personally known to me or provided proof of  
identity. I believe they are capable of making  
health care decisions.

Mi Nombre: (My name:) \_\_\_\_\_

Mi fecha de nacimiento: (My date of birth:) \_\_\_\_\_

- No estoy emparentado con esta persona ni por sangre ni por matrimonio.
- No tengo derecho a heredar dinero o bienes de esta persona.
- No tengo una reclamación legal en contra de esta persona.
- No soy el médico de cabecera de esta persona. No soy empleado de su médico, ni de ningún centro de salud donde sea paciente.

I am not related to this person by blood or marriage.

I am not eligible to inherit money or property from this person.

I do not have a legal claim against this person.

I am not this person's attending physician. I am not an employee of their physician, or of any health facility where they are a patient.

**Testigo 1**

▶ \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de molde

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Testigo 2**

▶ \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de molde

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Witness 1**

Signature

Print name

Address

Phone

**Witness 2**

Signature

Print name

Address

Phone

# Directiva de Atención Médica Anexo: Información de contacto

# Health Care Directive Attachment: Contact Info

## Mi nombre

\_\_\_\_\_  
primero                                  segundo                                  apellido/s

Mi fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Mi número de teléfono \_\_\_\_\_

Mi dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Mi dirección de correo postal \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mi proveedor médico de atención primaria  
\_\_\_\_\_

## My name

First, middle, last

My date of birth

My phone number

My email address

My mailing address

My primary care medical provider

## Poder notarial

- Tengo un formulario de **Poder Notarial Duradero** que permite a otra persona (mi "representante") tomar decisiones de atención médica por mí si yo no puedo.

## Power of attorney

I have a **Durable Power of Attorney** form that lets someone else (my "agent") make health care decisions for me if I am not able.

## El nombre de mi representante para la atención médica (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
primero                                  segundo                                  apellido/s

La relación o parentesco de mi representante conmigo (por ejemplo, amigo, pareja, cónyuge, hermana, etc.)  
\_\_\_\_\_

El número de teléfono de mi representante \_\_\_\_\_

La dirección de correo electrónico de mi representante  
\_\_\_\_\_

## My health care agent's name (if any)

First, middle, last

My agent's relationship to me  
(Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

My agent's phone number

My agent's email address

## El nombre de mi representante alterno para la atención médica (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
primero                                  segundo                                  apellido/s

La relación o parentesco de mi representante alterno conmigo (por ejemplo, amigo, pareja, cónyuge, hermana, etc.)  
\_\_\_\_\_

El número de teléfono de mi representante alterno \_\_\_\_\_

La dirección de correo electrónico de mi representante alterno  
\_\_\_\_\_

## My alternate health care agent's name (if any)

First, middle, last

My alternate agent's relationship to me  
(Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

My alternate agent's phone

My alternate agent's email address

## Glosario (*Glossary*)

A continuación hay algunos términos que pueden ser útiles cuando lea una directiva de atención médica:

- **Nutrición artificial:** Una manera de alimentarle si no puede alimentarse por sí mismo o tragar. Se inserta una sonda de alimentación a través de la nariz hasta el estómago. Si necesita alimentación por sonda por un período prolongado, se puede insertar quirúrgicamente una sonda de alimentación directamente en su estómago. La nutrición artificial puede ser perjudicial si se está muriendo y su cuerpo no puede aprovechar la nutrición adecuadamente.
- **Hidratación artificial:** Una manera de hidratarle si no puede beber. Se inserta una sonda intravenosa de plástico en la vena para suministrar hidratación. La hidratación artificial puede ser perjudicial si se está muriendo y su cuerpo no puede aprovechar la hidratación adecuadamente.
- **Resucitación cardiopulmonar (RCP):** Tratamiento que se inicia cuando alguien sufre un paro cardíaco completo, no tiene latidos y no respira. La RCP consiste en oprimir repetidamente el pecho con fuerza, mientras se introduce aire en los pulmones. La fuerza tiene que ser bastante fuerte, y a veces se rompen costillas o se colapsa un pulmón. También pueden aplicarse descargas eléctricas, conocidas como desfibrilación, y medicamentos. La persona también puede ser entubada en este proceso, que consiste en insertar un tubo por la garganta hasta la tráquea para ayudar a dar aire rápidamente a la persona.
- **Tratamiento para mantener la vida:** Cualquier intervención médica artificial o mecánica que, cuando se aplica a una persona diagnosticada con un estado de salud terminal o a una persona en estado de inconsciencia permanente, solo prolongaría el proceso de morir. El tratamiento para mantener la vida no incluye medicamentos o

Here are some terms you may find helpful when reading a health care directive:

**Artificial nutrition:** a way to feed you if you can't feed yourself or swallow. A feeding tube is inserted through your nose and down to your stomach. If you need tube feeding for an extended period, a feeding tube may be surgically inserted directly into your stomach. Artificial nutrition can be harmful if you are dying and your body cannot use the nutrition properly.

**Artificial hydration:** a way to hydrate you if you can't drink. A plastic IV tube is inserted into the vein to deliver hydration. Artificial hydration can be harmful if you are dying and your body cannot use the hydration properly.

**Cardiopulmonary Resuscitation (CPR):** a treatment that is initiated when someone has a complete cardiac arrest, no heartbeat and not breathing. CPR involves repeatedly pushing on the chest with force, while putting air into the lungs. The force has to be quite strong, and sometimes ribs are broken or a lung collapses. Electric shocks, known as defibrillation, and medicines might also be used. A person may also be intubated in this process, which is a tube put down the throat and into the windpipe to help get air into the person quickly.

**Life-sustaining treatment:** any mechanical or artificial medical intervention that, when applied to a person diagnosed with a terminal condition or a person in a permanent unconscious condition, would only prolong the process of dying. Life-sustaining treatment does not include

intervenciones médicas necesarias para aliviar el dolor solamente.

- **Atención paliativa:** Atención médica especializada para personas que viven con una enfermedad grave. Se enfoca en aliviar los síntomas y el estrés de la enfermedad. El objetivo es mejorar la calidad de vida tanto para el paciente como para sus familiares y amigos cercanos.
- **Estado de inconsciencia permanente:** Un estado incurable e irreversible; un estado en el que la persona no tiene ninguna probabilidad razonable de recuperarse de un coma irreversible o de un estado vegetativo persistente según un criterio médico razonable.
- **Estado de salud terminal:** Un estado de salud incurable e irreversible causado por lesión, enfermedad o trastorno, que causará la muerte dentro de un período razonable de tiempo según los estándares médicos aceptados, y donde la aplicación de tratamiento para mantener la vida sirve solamente para prolongar el proceso de morir.
- **Ventilador:** Una máquina que le ayuda a respirar. Se coloca un tubo conectado al ventilador hasta la tráquea por la garganta para que la máquina pueda forzar aire a los pulmones. Debido a que el tubo es incómodo, a menudo se usan medicamentos para mantenerle sedado mientras está conectado al ventilador. Si usted necesita permanecer conectado a un ventilador por un largo tiempo, un médico podría hacer una traqueotomía, lo que consiste en insertar un tubo directamente en su tráquea por un agujero en su cuello.

medication or medical intervention necessary to alleviate pain only.

**Palliative care:** Specialized medical care for people living with a serious illness. It is focused on providing relief from the symptoms and stress of the illness. The goal is to improve quality of life for both the patient and their close friends and family.

**Permanent unconscious condition:** an incurable and irreversible condition; a condition where a person has no reasonable probability of recovery from an irreversible coma or a persistent vegetative state according to reasonable medical judgment.

**Terminal condition:** an incurable and irreversible condition caused by injury, disease, or illness, that will cause death within a reasonable period of time according to accepted medical standards, and where the application of life-sustaining treatment serves only to prolong the process of dying.

**Ventilator:** a machine that helps you breathe. A tube connected to the ventilator is put down your throat into your trachea (windpipe) so the machine can force air into your lungs. Because the tube is uncomfortable, medicines are often used to keep you sedated while on a ventilator. If you need to remain on a ventilator for a long time, a doctor may perform a tracheotomy where a tube is inserted directly into your trachea through a hole in your neck.