



Para ver aviso legal de clic en el siguiente Hipervínculo
(NECESITA CONEXIÓN A INTERNET)

<http://cijulenlinea.ucr.ac.cr/condicion.htm>

INFORME DE INVESTIGACIÓN CIJUL

**TEMA: DOCUMENTO UTILIZADO POR LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ PARA NO SUFRIR
TRANSFUSIONES DE SANGRE**

RESUMEN: Se explican las características y generalidades del documento portado por los Testigos de Jehová con el cual no admiten les sean realizadas transfusiones de sangre. Se explican los motivos para finalmente mostrar un ejemplo concreto de este tipo de documento llamado Directriz Anticipada.

SUMARIO:

1. Concepto
2. Asuntos éticos y legales en cuanto a la tarjeta de la sangre y al rechazo informado
3. Ejemplo de Directriz Anticipada
4. Cuestionamientos sobre las transfusiones
5. Anexos
 - a. Directriz Anticipada y Carta Poder para Atención Médica en Colombia
 - b. Instrucciones para llenar la Tarjeta DCP



DESARROLLO

1. Concepto

"Generalmente los Testigos de Jehová presentan un documento en el que se oponen a la transfusión, el cual se denomina "Directriz Anticipada", que palabras más, palabras menos, expresa lo siguiente: "Soy Testigo de Jehová, rechazo absoluta, inequívoca y resueltamente sangre alogénica y sangre autóloga almacenada, bajo cualquier circunstancia, sin importar cual sea mi estado de salud."¹

"Una directriz anticipada le dice a su médico qué clase de cuidado a usted le gustaría tener si llegara a no poder tomar sus propias decisiones médicas; por ejemplo, si usted se encontrara en un estado de coma. Si se le admite al hospital, el personal del hospital probablemente le hablará acerca de las directrices anticipadas.

Una buena directriz anticipada describe la clase de tratamiento que usted desea dependiendo de qué tan enfermo usted se encuentre. Por ejemplo, las directrices describirían qué tipo de cuidado usted desea si tiene una enfermedad de la cual es muy probable que no se recupere, o si usted está inconsciente permanentemente. Las directrices anticipadas usualmente le dicen a su médico que usted no quiere ciertos tipos de tratamiento. Sin embargo, también pueden decir que usted quiere cierto tipo de tratamiento sin importar qué tan enfermo o enferma se encuentre.

Las directrices anticipadas pueden tomar muchas formas. Las leyes acerca de las directrices anticipadas son diferentes en cada estado. Usted debe estar al tanto de las leyes en su estado."²

2. Asuntos éticos y legales en cuanto a la tarjeta de la sangre y al rechazo informado

"El uso de la "tarjeta de la sangre", una directriz anticipada tamaño billetera, creada por la WTS y que es portada por los TJ, ha generado controversia. La tarjeta intenta documentar el rechazo informado de los TJ a la sangre, en un evento de emergencia, sin embargo, la validez de la tarjeta ha sido cuestionada, particularmente cuando un paciente TJ la presenta en la Sala de emergencia en estado de inconciencia y desangrándose, siendo la tarjeta de la sangre la única expresión de su voluntad.¹⁷ Existen dos razones principales para desafiar la validez de tales tarjetas.



Primero, no resulta claro el que ésta directiva hubiese sido firmada como una decisión personal y espontánea, o como una obligación para cumplir con las reglas organizacionales en calidad de miembro. Todos los años en Enero, se les reparten nuevas tarjetas a todos los TJ para que las firmen. Los líderes del grupo reciben instrucciones para asegurarse que cada miembro firme la tarjeta durante reuniones en grupos privados. Tal procedimiento de firma puede tener carácter coercitivo debido a la fuerte presión ejercida.

En segundo lugar, existe una seria preocupación en cuanto a que los TJ estén informados de manera adecuada de los análisis de riesgo/beneficio de los tratamientos basados en la sangre, cuando firman la tarjeta. En sus revistas oficiales, se han presentado historias horripilantes sobre casos trágicos respecto de tratamientos basados en la sangre que aparecen en las publicaciones médicas y que han presentado los medios de comunicación; sin embargo nunca se ha presentado un artículo que pese de manera objetiva el beneficio de las transfusiones de sangre contra los riesgos. Esta información desviada hace surgir de manera seria preocupaciones sobre la validez del rechazo informado expresado en la tarjeta de la sangre.

Tal como afirman Midgen y Braen, parece que el verdadero propósito de la tarjeta de la sangre no es el de asegurarse que los TJ efectúen una decisión informada sobre los tratamientos basados en la sangre, sino el prevenir que los TJ reciban sangre. Bajo tales directivas organizacionales estrictas impuestas por la WTS, puede suceder que la autonomía de los pacientes TJ, que es un prerequisite del consentimiento informado, sea suprimida.

En vista de los problemas sobre la tarjeta de la sangre, la WTS ha enfatizado en años recientes el diligenciamiento de una directriz anticipada completa para el rechazo de la sangre, unido a un poder jurídico sobre temas de salud, que está plasmado en diferentes formatos para cada estado. Se estimula a los TJ a llenar estos formatos y someterlos a sus proveedores en temas de salud, para que los mantengan en sus registros. Los formatos incluyen referencias legales para jueces, abogados de los hospitales que podrían cuestionar la legalidad de la política de la sangre. Los formatos detallan las alternativas aprobadas por la WTS para tratamientos de sangre, e instruye en cuanto a qué tratamientos pueden aceptar los TJ dependiendo de las circunstancias, aún en aquellas en que su vida está en peligro. Los formatos relacionan cuáles procedimientos



y componentes sanguíneos pueden ser aceptados y en qué circunstancias, sujetándolo a la conciencia del individuo (ver Cuadros 1 y 2). La WTS anima a sus miembros a indicar en su tarjeta de la sangre que ya han diligenciado los formatos de directriz médica anticipada de su respectivo estado."³

3. Ejemplo de Directriz Anticipada⁴

DIRECTRIZ ANTICIPADA Y CARTA PODER PARA ATENCIÓN MÉDICA

NO ACEPTO SANGRE

1)Yo,

Escriba claramente su nombre completo mayor de edad y en pleno uso de mis facultades mentales, firmo por voluntad propia este documento. En la parte 1 constan mis instrucciones para los médicos y otros profesionales de la salud relacionadas con mi atención médica. La parte 2 designa a un representante que tomará por mí decisiones relativas a mi atención médica en cuestiones que no se contemplen en estas instrucciones, a partir del momento en que me halle incapacitado para tomarlas yo mismo.

PARTE 1: Instrucciones para la atención médica (para los médicos y otro personal sanitario)

2) Soy testigo de Jehová. Sobre la base de mis firmes convicciones religiosas (véase Hechos 15:28,29) y mi deseo de evitar los numerosos riesgos y complicaciones vinculados con el uso de la sangre, rechazo absoluta, inequívoca y resueltamente sangre alogénica (sangre de otra persona) y sangre autóloga almacenada (mi propia sangre almacenada) bajo cualquier circunstancia, sin importar cuál sea mi estado de salud. Esto significa que no acepto ni sangre completa ni glóbulos rojos ni glóbulos blancos ni plaquetas ni plasma sanguíneo, sin importar cuáles sean las consecuencias. No acepto sangre ni siquiera si el personal sanitario (médicos, enfermeras, etc.) cree que solo la transfusión sanguínea preservará mi vida o salud. También rehúso donar sangre



con anterioridad a fin de que se almacene y posteriormente se me transfunda o se le transfunda a otra persona.

3) No autorizo a nadie para que pase por alto o anule mi rechazo a la sangre. Pudiera ocurrir que mi familia, mis parientes o mis amigos discreparan de mi decisión. Sin embargo, ningún desacuerdo de ese tipo debería interpretarse en forma alguna que cree ambigüedad o duda con relación a la fuerza o solidez de mi rechazo a las transfusiones sanguíneas. Cualquier desacuerdo es irrelevante tanto legal como éticamente porque es mi elección personal lo que determina esta cuestión.

4) Acepto y solicito tratamiento médico alternativo sin sangre para fortalecer o conservar mi propia sangre, evitar o minimizar la pérdida de sangre, reemplazar el volumen circulatorio perdido o detener las hemorragias. Serían aceptables, por ejemplo, expansores de volumen como el dextrans, la solución salina o de Ringer, o el hetastarch.

5) Productos médicos [ponga sus iniciales en una de las tres opciones siguientes]

___ a) Rechazo todas las fracciones procedentes de los componentes principales de la sangre.

___ b) Acepto todas las fracciones procedentes de los componentes principales de la sangre.

___ c) Deseo puntualizar algunos detalles sobre lo estipulado en el punto 5a o el punto 5b. Mis instrucciones son las siguientes:

6) Procedimientos médicos que implican la utilización de mi propia sangre sin que esta llegue a almacenarse con el fin de introducirla posteriormente en mi cuerpo o en el de otra persona [ponga sus iniciales en una de las tres opciones siguientes]

___ a) Rechazo cualquier procedimiento que implique la utilización de mi sangre durante una operación o terapia en curso.

___ b) Acepto cualquier procedimiento que implique la utilización



de mi sangre durante una operación o terapia en curso.
____ c) Solo acepto los siguientes procedimientos que impliquen la utilización de mi sangre:

7) Con respecto a proporcionar, mantener o retirar los procedimientos o maquinaria que sostengan y prolonguen la vida, DECIDO [ponga sus iniciales en una de las tres opciones siguientes](: (En relación con el embarazo, véase la nota al pie del apartado 7c)

____ a) NO PROLONGAR MI VIDA. Esto es, si a un grado razonable de certeza médica, mi condición es sin esperanza o estoy desahuciado (por ejemplo, si a un grado razonable de certeza médica, tengo una condición incurable e irreversible que resultará en mi muerte dentro de un tiempo relativamente corto, o si estoy inconsciente y a un grado razonable de certeza médica no recobraré el sentido, o si tengo daño cerebral o una enfermedad cerebral que me impida reconocer a la gente o comunicarme y que a un grado razonable de certeza médica mi condición no mejorará), no deseo que prolonguen mi vida. Por tanto, en tales situaciones, no deseo respiración mecánica (ventilación), resucitación cardiopulmonar (RCP), alimentación por sonda (nutrición artificial o hidratación), etc. Sin embargo, sí deseo cuidados o tratamientos paliativos.

____ b) PROLONGAR MI VIDA. Deseo que prolonguen mi vida tanto como sea posible dentro de los límites de las normas de atención médica generalmente aceptadas, aunque reconozco que esto significa que por años se me pudiera mantener vivo con la ayuda de máquinas sin esperanza de recuperación.

____ c) OTRA: [Si usted no está completamente de acuerdo con los incisos 7a o 7b, puede poner sus iniciales aquí y escribir a continuación sus propias instrucciones sobre la prolongación de la vida.](



se requiera la transfusión, el médico deberá respetarla si consta en documento escrito autenticado notarialmente o suscrito ante dos testigos. En todo caso los riesgos existentes deberán ser advertidos". Los artículos constitucionales que respaldan mi decisión son los siguientes: **Artículo 12:** Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. **Artículo 13:** Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. **Artículo 16:** Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de la personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico. **Artículo 18:** Se garantiza la libertad de conciencia. Toda persona tiene derecho a profesar libremente su religión y a difundirla en forma individual o colectiva. **Artículo 49:** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

PARTE 2: Nombramiento del representante para la atención médica

10) Mediante el presente documento designo a la siguiente persona como mi representante para la atención médica. [Nota: Puede escoger a cualquier adulto para que sea su representante, pero se recomienda que no escoja a su médico ni a ninguno de los empleados de su médico ni a ninguno de los empleados del hospital o de la institución médica de la que usted pueda ser paciente, a menos que tal persona esté relacionada con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción:]

Nombre completo del representante:

Dirección del representante:

Teléfono del trabajo: (____) _____ Teléfono particular: (____) _____
Otro: (____) _____

11) Si el representante nombrado arriba no está disponible, no puede o no desea servir o continuar sirviendo como tal, entonces nombro al siguiente representante sustituto para que actúe con los mismos poderes [véase la nota del párrafo anterior:]



Centro de Información Jurídica en Línea



Nombre completo del representante: _____

Dirección del representante: _____

Teléfono del trabajo: (____) _____ Teléfono particular: (____) _____ Otro: (____) _____

12) En los puntos en que este documento manifiesta mis instrucciones para mi atención médica no hay necesidad o razón para acudir a mi representante para que tome una decisión. Sin embargo, otorgo a mi representante pleno poder y autoridad para asegurarse de que el personal médico obedezca las decisiones expresadas en el presente documento. Además, otorgo a mi representante pleno poder y autoridad para tomar en mi nombre decisiones en asuntos relativos a la atención médica que no consten en mis instrucciones aquí recogidas. La autoridad de mi representante estará en vigor mientras yo me halle incapacitado para tomar mis propias decisiones respecto a la atención médica.

13) En armonía con las limitaciones del párrafo anterior, la autoridad de mi representante incluirá los siguientes puntos, aunque no estará limitada a ellos:

a) Aceptar, rechazar o retirar el consentimiento de todo tipo de tratamiento médico, procedimientos quirúrgicos, procedimientos de diagnóstico, medicamentos y el uso de otros tipos de mecanismos o procedimientos relacionados con la atención médica. Esta autorización incluye el poder para aprobar el uso de medicamentos tranquilizantes para aliviar el dolor fuerte y persistente.

b) Solicitar, revisar y recibir cualquier información, oral o escrita, concerniente a mi salud física o mental, lo que incluye mi historial médico y hospitalario, aunque no se limita a este, así como a autorizar la divulgación de esta información.

c) Emplear o despedir al personal médico que me atienda; autorizar mi admisión o mi alta en cualquier hospital, sanatorio u otra institución de atención médica; y emprender cualesquier acciones legales que puedan ser necesarias para que se lleven a cabo mis deseos; incluido el conceder exoneraciones de responsabilidad al personal médico.

Dirección Web <http://cijulenlinea.ucr.ac.cr/> Teléfono 207-56-98
E-mail: cijulenlinea@abogados.or.cr



14) Una copia de este documento tendrá la misma validez que el original. Pido que una copia de este documento forme parte de mi expediente médico permanente. He proporcionado copias de este documento a mi representante para la atención médica y a mi representante sustituto. Es mi deseo que este documento se respete, y que se interprete de forma que conceda a mi representante la mayor libertad posible para tomar por mí decisiones concernientes a mi atención médica que estén en armonía con mis instrucciones.

15) Si el personal médico y hospitalario no puede respetar mis deseos tal y como se expresan en mis instrucciones para la atención médica o tal como los conoce mi representante, y es necesario un traslado a fin de que se cumplan mis deseos, dispongo que dicho personal coopere con mi representante y le ayude a trasladarme de inmediato a otro centro médico que respete mis instrucciones. En tales circunstancias, dispongo que los médicos que me atienden envíen inmediatamente mi historia clínica al otro médico, incluida una copia de este documento.

16) Este documento anula cualquier testamento vital o documento relacionado con la prolongación de la vida, cualquier directriz anticipada y nombramiento del representante para la atención médica, o cualquier nombramiento de un apoderado para la atención médica que yo haya hecho anteriormente.

17) Las disposiciones de todo el documento son separables, de modo que la nulidad de una o más disposiciones no afectará a las demás.

18) Comprendo la importancia plena de este documento y estoy emocional y mentalmente competente para hacerlo válido.

19) FIRMADO POR:

_____	_____
Firma	Fecha

Dirección	

20) DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:
Yo declaro que la persona que firmó este documento (el titular) o la persona que firmo en representación del titular y bajo la dirección del susodicho, lo firmó con conocimiento de causa y voluntariamente en mi presencia. Además, no soy la persona nombrada



como representante o representante sustituto en este documento.

Firma del testigo 1

Firma del testigo 2

Nombre en letras de molde

Nombre en letras de molde

Dirección

Dirección

4. Cuestionamientos sobre las transfusiones

"Este documento, preparado para nuestros hermanos en Colombia, muestra cómo la Sociedad Watchtower **no** está convencida de la doctrina de la sangre. Notemos que en el punto 5b dice:

5) Productos médicos [ponga sus iniciales en una de las tres opciones siguientes]

____ a) Rechazo cualquier procedimiento que implique la utilización de mi sangre durante una operación o terapia en curso.

____ b) **Acepto todas las fracciones procedentes de los componentes principales de la sangre.**

____ c) Deseo puntualizar algunos detalles sobre lo estipulado en el punto 5a o el punto 5b. Mis instrucciones son las siguientes:

El Testigo debe escoger una de las tres opciones. Es decir que ahora el TJ puede escoger usar **fracciones** de los glóbulos rojos, plaquetas, glóbulos blancos y plasma como **asunto de conciencia**. Parece que la Sociedad es especialista en la ambigüedad.

Es bueno repasar las "Preguntas de los lectores" de **La Atalaya** del 15 de junio y 15 de octubre de 2000, las cuales muestran los cambios **sutiles** que está haciendo el Cuerpo Gobernante para desmontar gradualmente la doctrina de la sangre. Lo que no tiene base bíblica es decir que unos componentes de la sangre son más importantes que otros. ¿Qué criterio usa la Sociedad Watchtower para decir qué componente es principal y cuál no lo es?

Como bien lo han dicho los hermanos de la página **AJWRB** (Testigos de Jehová Asociados para la Reforma en el Asunto de la Sangre), la



postura actual de la organización se puede comparar con comprar un carro robado: para un cristiano, comprar un carro robado es pecado, ¡además de delito! Pero la Sociedad Watchtower permite comprar ciertas partes del auto robado como asunto de conciencia (como cojinería, embragues, llantas, rines, pero comprar el motor o la transmisión no) , ¡así es la política actual del asunto de la sangre!"⁵

5. Anexos

a. Directriz Anticipada y Carta Poder para Atención Médica en Colombia

DIRECTRIZ ANTICIPADA Y CARTA PODER PARA ATENCIÓN MEDICA

- Mediante este documento, yo, _____ (escriba su nombre completo a máquina o con letra de imprenta), expongo mis instrucciones en materia de salud y designo a un representante para la atención médica que decida por mí en caso de hallarme incapacitado(a).
- Soy testigo de Jehová y **NO ACEPTO TRANSFUSIONES de sangre completa, glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas o plasma** bajo ningún concepto, aunque el personal médico las crea necesarias para salvarme la vida. También me niego a que me extraigan sangre para almacenarla y transfundirla posteriormente (Artículos 13, 16, 18, 19, 49 de la Constitución Política de Colombia; Artículo 50, Decreto 1571 de 1993, del Ministerio de Salud; Artículo 182 del Código Penal Colombiano).
- Fraciones menores de la sangre:** [ponga sus iniciales en las opciones que correspondan]
a) _____ LAS RECHAZO TODAS b) _____ LAS RECHAZO TODAS EXCEPTO: _____

c) _____ Es posible que acepte algunas fracciones menores de la sangre, pero debe hablarse conmigo o, si me hallo incapacitado(a), con mi representante, para conocer los detalles.
- Procedimientos médicos que impliquen el uso de mi sangre,** salvo las técnicas de diagnóstico (como los análisis de sangre): [ponga sus iniciales en las opciones que correspondan]
a) _____ LOS RECHAZO TODOS b) _____ LOS RECHAZO TODOS EXCEPTO: _____

c) _____ Es posible que acepte ciertos procedimientos médicos que impliquen el uso de mi sangre, pero debe hablarse conmigo o, si me hallo incapacitado(a), con mi representante, para conocer los detalles.
- Prolongación de la vida:** [ponga sus iniciales en una de las dos opciones]
a) _____ No deseo que prolonguen mi vida con medidas extraordinarias si a un grado razonable de certeza médica me encuentro en fase terminal.
b) _____ Deseo que prolonguen mi vida tanto como sea posible dentro de los límites de las normas médicas generalmente aceptadas, aunque esto signifique que tal vez se me mantenga vivo(a) con la ayuda de máquinas durante años.
- Información importante y otras instrucciones** (medicación actual, alergias, problemas de salud, etc.):

- No autorizo a nadie (ni a mi representante) a que pase por alto o anule las instrucciones aquí expuestas. Puede que mi familia inmediata o ciertos parientes o amigos discrepen de mi postura, pero ello no les resta fuerza o solidez a mi rechazo de la sangre ni a las demás instrucciones que he dado.
- Además de los asuntos tratados hasta aquí, designo a la persona mencionada al final para que sea mi representante y tome decisiones por mí en materia de salud. Le otorgo pleno poder y autoridad para aceptar o rechazar tratamientos en mi nombre (incluidas la alimentación y la hidratación artificial), consultar a mis médicos, recibir copias de mi historial médico y emprender acción judicial a fin de que se respeten mis deseos. Si mi representante no está localizable, no puede o no desea actuar como tal, designo a un representante sustituto para que actúe con el mismo poder y autoridad.

Página 1 de 2




9. Firma _____ Fecha _____
Dirección _____

(Espacio para sellos y firmas de autenticación ante un notario público)

REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA*
Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono(s): _____

REPRESENTANTE SUSTITUTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA*
Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono(s): _____

DIRECTRIZ ANTICIPADA Y CARTA PODER PARA ATENCIÓN MÉDICA
(Documento firmado. Desdóblese)
NO ACEPTO SANGRE



dep.Cr. 11/98 Página 2 de 2



b. Instrucciones para llenar la Tarjeta DCP

Instrucciones para llenar la tarjeta DCP*

- En el espacio en blanco del apartado 1 escriba *claramente* su nombre completo con letra de imprenta o a máquina.
- El apartado 3 tiene que ver con los tratamientos que implican el uso de fracciones menores de la sangre. Antes de tomar una decisión, sírvase leer y analizar bajo oración los principios bíblicos expuestos en *La Atalaya* del 15 de junio de 2004, páginas 22 a 24 y 29 a 31. A continuación, siguiendo los dictados de su conciencia educada por la Biblia, ponga sus iniciales en las opciones que correspondan:
 - a) *Las rechazo todas.*
 - b) *Las rechazo todas excepto: [...].* (Nota: Si elige esta opción, indique *claramente* con letra de imprenta o a máquina las fracciones menores de la sangre que acepta. Sería conveniente que consultara la revista *¡Despertad!* del 8 de enero de 2000 para informarse al respecto.)
 - c) *Es posible que acepte algunas fracciones menores de la sangre, pero debe hablarse conmigo o, si me hallo incapacitado(a), con mi representante, para conocer los detalles.* (Nota: Si no desea autorizar a su representante para que tome este tipo de decisiones, tache la frase "o, si me hallo incapacitado(a), con mi representante" y ponga sus iniciales.)
- El apartado 4 trata sobre procedimientos médicos que implican el uso de la sangre del paciente tras haber estado temporalmente fuera de su cuerpo. Antes de tomar una decisión, sírvase leer y analizar bajo oración los principios bíblicos expuestos en *La Atalaya* del 15 de octubre de 2000, páginas 30 y 31. A continuación, siguiendo los dictados de su conciencia educada por la Biblia, ponga sus iniciales en las opciones que correspondan:
 - a) *Los rechazo todos.*
 - b) *Los rechazo todos excepto: [...].* (Nota: Si elige esta opción, indique *claramente* con letra de imprenta o a máquina los procedimientos médicos que acepta. Sería conveniente que consultara la revista *¡Despertad!* del 8 de enero de 2000 para informarse sobre tales procedimientos.)
 - c) *Es posible que acepte ciertos procedimientos médicos que impliquen el uso de mi sangre, pero debe hablarse conmigo o, si me hallo incapacitado(a), con mi representante, para conocer los detalles.* (Nota: Si no desea autorizar a su representante para que tome este tipo de decisiones, tache la frase "o, si me hallo incapacitado(a), con mi representante" y ponga sus iniciales.)
- El apartado 5 trata sobre la prolongación de la vida. Antes de tomar una decisión, sírvase leer y analizar bajo oración la revista *¡Despertad!* del 22 de octubre de 1991, páginas 3 a 9. A continuación, siguiendo los dictados de su conciencia educada por la Biblia, ponga sus iniciales en una de las siguientes opciones. Si es necesario, puntualice su postura en el apartado 6.
 - a) *No deseo que prolonguen mi vida con medidas extraordinarias si a un grado razonable de certeza médica me encuentro en fase terminal.*
 - b) *Deseo que prolonguen mi vida tanto como sea posible dentro de los límites de las normas médicas generalmente aceptadas, aunque esto signifique que tal vez se me mantenga vivo(a) con la ayuda de máquinas durante años.*
- En el apartado 6 indique *claramente* con letra de imprenta o a máquina información importante y otras instrucciones para el personal médico que lo atienda, como su medicación actual, alergias y problemas de salud.
- En los apartados correspondientes indique *claramente* con letra de imprenta o a máquina el nombre, dirección y número(s) de teléfono de su representante para la atención médica y de su representante sustituto. Deben ser personas de su confianza y que conozcan bien sus creencias y valores.
- La tarjeta debe llenarse en casa cuidadosamente. Una vez usted haya firmado la tarjeta, *debe autenticarla ante un notario público* (no es necesario que el representante para la atención médica y el representante sustituto la firmen).
- Antes de doblar la tarjeta firmada y autenticada, haga fotocopias de buena calidad a una cara. (Utilice papel de tamaño carta [216 x 279 mm] y procure que la tarjeta quede centrada.) Necesitará copias para su representante, su representante sustituto, su médico y su archivo personal, y tal vez para el secretario de la congregación, así como para algunos familiares y amigos íntimos. Después de hacer las fotocopias, doble la tarjeta original y llévela siempre con usted, o colóquela junto a su licencia de conducir u otros documentos importantes en su billetera o cartera.

* DCP son las siglas de Directriz anticipada y carta poder para atención médica



FUENTES CITADAS

¹ DÍAZ DEL CASTILLO, Catalina Rosero. Responsabilidad jurídica transfusión sanguínea. Revista médico legal Colombia 2005 año XI N° 27. Consultado el 22 de setiembre de:

http://www.medicolegal.com.co/1_2005/resp_jur_2.htm

² American Academy of Family Physicians. Directrices anticipadas y órdenes de no resucitar. [en línea]. Consultado el 22 de setiembre de: <http://familydoctor.org/e003.xml>

³ MURAMOTO, Osamu. Desarrollos recientes en el cuidado médico de Testigos de Jehová. [en línea]. Consultado el 22 de setiembre de: <http://www.geocities.com/tjqaa/wjm.html>

⁴ Directriz Anticipada Y Carta Poder Para Atención Médica. [en línea]. Consultado el 22 de setiembre de: http://www.geocities.com/pc01973/cartas/carta_poder_2001.html

⁵ Sociedad Watchtower permite usar todos los componentes sanguíneos. [en línea]. Consultado el 22 de setiembre de: http://www.geocities.com/pc01973/cartas/carta_poder_2001.html