

PLANIFICACIÓN PARA EL FINAL DE LA VIDA

*Fieles
mayordomos
de sus
dones.*



“Es de la incumbencia del Ministro de la Congregación instruir al pueblo, de cuando en cuando, en relación al deber que tienen los padres cristianos de proveer con prudencia al bienestar de sus familias; y del deber que tienen todas las personas de hacer testamento, mientras gozan de buena salud, arreglando la disposición de sus bienes temporales, no descuidando, si les es posible, el dejar legados para obras religiosas y caritativas”.

—*El Libro de Oración Común, Página 367*



475 Riverside Drive, Suite 750, New York, NY 10115

Tel: 800-697-2858 o 212-697-2858 | Fax: 212-297-0142

Correo electrónico: giving@EpiscopalFoundation.org | Sitio web: www.EpiscopalFoundation.org

ÍNDICE

Información general: **3**

Borrador de voluntad médica;
Otros formularios y Representante de Atención Médica: **5**

Planificación de su Servicio Fúnebre;
Una manera de expresar sus valores: **15**

Preparación para hacer su testamento;
Un plan de disposición de su herencia que refleja sus valores: **23**

Preparación para hacer su testamento;
Inclusión de un preámbulo cristiano: **24**

Ejemplos de formularios de legados: **25**

Información necesaria para hacer un testamento: **27**

“No se olviden ustedes de hacer el bien y de compartir con otros lo que tienen; porque éstos son los sacrificios que agradan a Dios.”

—*Hebreos 13:16*

AVISO DE PRIVACIDAD

La Fundación de la Iglesia Episcopal está comprometida al pleno cumplimiento de la protección de la privacidad de la información que nos confía requerida por ley.

Obtenemos información personal, financiera y estadística no pública sobre usted de las siguientes fuentes:

- Solicitudes u otros formularios que usted completa y nos entrega
- Transacciones que realiza con nosotros, nuestros agentes y subagentes
- Agencias de información sobre consumidores

No revelamos ninguna información no pública, personal o financiera a nadie, excepto según lo requiera la ley.

Restringimos el acceso a información no pública, personal o financiera sobre usted a los empleados que necesiten tener esa información a fin de proveerle productos o servicios. Mantenemos protecciones físicas, electrónicas y de procedimientos que cumplen con las reglamentaciones federales y estatales para proteger su información personal no pública.

INFORMACIÓN GENERAL

INTRODUCCIÓN

¿Así que no ha hecho un testamento? ¡No es el único! En cualquier año que se tome de ejemplo, más del 50% de los estadounidenses todavía no han hecho uno. Sin embargo, en realidad usted sí tiene un testamento: el estado se lo hizo hace años, pero es probable que no le guste lo que dice ni cómo divide sus posesiones.

Hacer un testamento es esencial si desea controlar lo que les pasa a su familia y a sus posesiones después de su muerte. Nombrar fideicomisarios y albaceas, así como tutores para sus hijos y dependientes, y decidir cómo desea que se distribuyan sus bienes terrenales le dará tranquilidad y aliviará a sus seres queridos de la carga de tomar esas decisiones.

En la Iglesia Episcopal creemos que sus planes para su herencia y el final de su vida deben reflejar sus valores. Es por eso que le sugerimos que considere las tres secciones a continuación en el orden en que las presentamos.

- “La Voluntad Médica” nombra a un Representante de Atención médica y da instrucciones sobre cómo desea que lo traten si está discapacitado.
- “Planificación de su funeral.” Sugerimos que diseñe su funeral al mismo tiempo en que hace su testamento. Eso hace que su funeral sea un reflejo de su vida y un mensaje a sus seres queridos sobre sus valores y lo que era importante para usted.
- “Hacer su testamento.” Después de haber expresado sus valores al planificar su funeral, haga o enmienda su testamento de manera que refleje esos valores.

Las posesiones – y cómo las empleamos – de cierta manera definen quiénes somos. Esperamos que este material lo ayude a tomar decisiones importantes para guiar a sus amigos y a sus seres queridos para que sepan quién fue usted y qué fue importante para usted.

OBTENER Y LLENAR LA INFORMACIÓN

La información obtenida en este folleto fue llenada por:

Nombre y apellido (en letra de molde)

Dirección: calle y número, casilla postal y/o no. de apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

Firma

Fecha

Testigo:

Nombre y apellido (en letra de molde)

Dirección: calle y número, casilla postal y/o no. de apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

Firma

Fecha

Este folleto es sólo informativo. La Episcopal Church Foundation (Fundación de la Iglesia Episcopal) no brinda asesoramiento legal ni médico. Debido a que las leyes varían de un estado a otro, lo instamos a que consulte a su planificador financiero, abogado y/o a su proveedor de atención médica sobre los asuntos específicos de su situación.

UNA VOLUNTAD MÉDICA

El formulario a continuación es un formulario general de voluntad médica reimpresso con permiso de la American Medical Association. Note que muchos estados promulgaron leyes sobre las voluntades médicas anticipadas. Consulte a su abogado, a su proveedor de atención médica o al procurador general de su estado sobre los requisitos para las voluntades de atención médica en su estado. —Fundación de la Iglesia Episcopal*

INTRODUCCIÓN

Como parte del derecho a la autodeterminación de las personas, todos los adultos pueden aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico que les recomienden. Esto es relativamente fácil cuando la gente está bien y puede hablar. Desgraciadamente, cuando uno tiene una enfermedad seria a menudo está inconsciente o no puede comunicar bien sus deseos, justo en los momentos en que es necesario tomar muchas decisiones críticas.

Una Voluntad Médica le permite indicar sus deseos por escrito sobre diversos tipos de tratamientos médicos en varias situaciones representativas, para que se puedan respetar sus deseos. También le permite nombrar a un representante, alguien que pueda tomar decisiones médicas en su nombre si usted no puede tomarlas por sí mismo.

La voluntad médica entra en vigor solamente si usted pasa a ser incompetente (no puede tomar sus propias decisiones y está tan enfermo que no puede comunicar sus deseos). Puede cambiarla en cualquier momento, hasta cuando sea necesario usarla. Mientras que esté en sus plenas facultades, debe hablar sobre su atención directamente con su médico.

CÓMO LLENAR EL FORMULARIO

Si es posible, debe llenar el formulario dentro del contexto de una conversación con su médico. Idealmente, esto debe ocurrir en presencia de su representante. Esto permite que su médico y su representante sepan cómo piensa usted sobre estas decisiones y les da la oportunidad a usted y a su médico de dar o aclarar la información personal o médica. También conviene

que hable sobre el tema con sus familiares, amigos o guía religioso.

La Voluntad Médica contiene seis situaciones de enfermedades que incluyen incapacidad. Para cada una de ellas, usted considera posibles intervenciones y objetivos de atención médica. La situación A es estar en estado de coma permanente; la B es estar al borde de la muerte; la C es semanas restantes de vida estando intermitentemente consciente e inconsciente; la D es demencia extrema; la E es una situación que usted describe; y la F es inhabilidad temporal de tomar decisiones.

Para cada situación usted identifica sus objetivos generales de atención y opciones específicas de intervención. Las intervenciones se dividen en seis grupos: 1) reanimación cardiopulmonar o cirugía mayor; 2) respiración mecánica o diálisis; 3) transfusiones de sangre o de productos de la sangre; 4) nutrición e hidratación artificiales; 5) pruebas diagnósticas sencillas o antibióticos; y 6) calmantes del dolor, incluso si entorpecen la consciencia y acortan la vida indirectamente. La mayoría de estos tratamientos están descritos brevemente en el formulario. Si tiene más preguntas, consulte a su médico.

Sus deseos de opciones de tratamiento (deseo este tratamiento; deseo que se pruebe este tratamiento, pero que se suspenda si no hay una mejoría clara; estoy indeciso; no deseo este tratamiento) se deben indicar. Si opta por que se pruebe un tratamiento, debe entender que eso indica que desea que se suspenda el tratamiento si su médico y su representante creen que ha pasado a ser inútil.

**Copyright © 1995 de Linda L. Emmanuel and Ezekiel J. Emmanuel. Originariamente se publicó una versión anterior de este formulario como parte de un artículo de Linda L. Emmanuel y de Ezekiel J. Emmanuel titulado "The Medical Directive: A New Comprehensive Advance Care Document," JAMA (1989), 261:3288843248. No refleja la política oficial de la American Medical Association.*

La sección Declaración Personal le permite explicar sus opciones y expresar a los que puedan tomar decisiones en su nombre sus deseos relativos a los límites de su vida y los objetivos de intervención. Por ejemplo, en la situación B, si desea definir “oportunidad incierta” con una probabilidad numérica, lo puede hacer allí.

Después puede expresar sus preferencias sobre donación de órganos. ¿Desea donar su cuerpo o algunos de sus órganos, o todos, después de su muerte? Si lo desea, ¿para qué propósito(s) y a qué médico o institución? Si no lo desea, debe indicarlo en el casillero apropiado.

En la última sección puede designar un representante, o más, a quien(es) se le(s) pedirá(n) que tome(n) decisiones en circunstancias en que sus deseos no estén claros. Puede indicar si las decisiones de su(s) representante(s) deben invalidar sus deseos si hay diferencias. Y, si nombra más de un representante, puede indicar quién debe tener la palabra final si hay un desacuerdo. Su representante tiene que entender que su papel por lo general involucra tomar decisiones que usted hubiera tomado por sí mismo si hubiera podido hacerlo— y tomarlas según los criterios que usted ha expresado. Idealmente, las decisiones del representante se deben tomar en conversaciones con sus familiares, amigos y médico.

QUÉ HACER CON EL FORMULARIO

Una vez que haya llenado el formulario, usted y dos testigos adultos (aparte de su representante) que no tengan interés en su herencia deben firmarlo y ponerle la fecha.

Muchos estados tienen leyes que cubren documentos de este tipo. Para obtener información sobre los requisitos de las leyes de su estado llame a la oficina del procurador general o consulte a un abogado. Si su estado tiene un documento legal, conviene que use la Voluntad Médica y la anexe a este formulario.

Debe entregar una copia del documento completado a su médico. Es una buena idea que su médico lo firme, pero no es obligatorio. La voluntad se debe poner junto con sus datos médicos y se debe señalar, para que todos los que puedan tener que ver con su atención sepan que existe. Su representante, un miembro de su familia y/o un amigo también deben tener una copia. Además, conviene que lleve una tarjeta en su billetera que indique que tiene un documento de este tipo y dónde se encuentra.

MI VOLUNTAD MÉDICA

Esta Voluntad Médica debe ser una guía de mis deseos relativos a mi tratamiento médico si tengo una enfermedad que cause que no los pueda comunicar directamente. Realizo esta voluntad siendo mayor de 18 años de edad, estando en pleno uso de mis facultades mentales y estando consciente de las consecuencias de mis decisiones.

Nombre y apellido (en letra de molde)

Dirección: calle y número, casilla postal y/o no. de apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

Firma

Fecha

Testigo:

Nombre y apellido

Dirección: calle y número, casilla postal y/o no. de apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

Firma

Fecha

Nombre y apellido

Dirección: calle y número, casilla postal y/o no. de apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

Firma

Fecha

VOLUNTAD MÉDICA

- La Voluntad Médica entra en vigor únicamente si usted pasa a ser incompetente.
- Si es posible, debe llenar el formulario en el contexto de una conversación con su médico.
- También conviene que hable sobre el tema con sus familiares, amigos o guía religioso.
- Puede cambiar su Voluntad Médica mientras que es competente para hacerlo.

Marque las casillas que correspondan:

1. Reanimación cardiopulmonar (compresiones del pecho, medicamentos, choques eléctricos y respiración artificial con el fin de reanimar a una persona que está a punto morir).

2. Cirugía mayor (por ejemplo, extirpar la vesícula biliar o parte del colon).

3. Respiración mecánica (respiración por máquina, mediante un tubo en la garganta).

4. Diálisis (limpiar la sangre con una máquina o con líquido que se pasa por la barriga).

5. Transfusiones de sangre o de productos de la sangre.

6. Nutrición e hidratación artificiales (dadas por un tubo en una vena o en el estómago).

7. Pruebas diagnósticas sencillas (por ejemplo, análisis de sangre o radiografías).

8. Antibióticos (medicamentos empleados para luchar contra las infecciones).

9. Calmantes del dolor, incluso si me entorpecen la conciencia y acortan indirectamente mi vida.

Situación A

Si estoy en estado de coma o en estado vegetativo persistente y, en la opinión de mi médico y de dos consultores, no tengo esperanzas de recuperar mi conciencia y mis facultades mentales superiores independientemente de lo que se haga, entonces mis objetivos y deseos específicos – si son médicamente razonables – para ésta y otras enfermedades adicionales serían:

- prolongar la vida; tratar todo
- tratar de sanar, pero reevaluar a menudo
- limitar a intervenciones menos invasoras y menos onerosas
- proporcionar sólo comodidad
- otro (por favor especifique): _____

Quiero	Quiero que se intente tratamiento. Si no hay una mejoría clara, por favor parar.	Estoy indeciso	No quiero

Situación B

Si estoy al borde de la muerte y en estado de coma y, en la opinión de mi médico y de dos asesores, tengo una posibilidad pequeña pero incierta de recuperar mis funciones mentales superiores, una probabilidad algo mayor de sobrevivir con discapacidad mental y física permanentes, y una probabilidad mucho mayor de no recuperarme del todo, entonces mis objetivos y deseos específicos – si son médicamente razonables – para ésta y otras enfermedades adicionales serían:

- prolongar la vida; tratar todo
- tratar de sanar, pero reevaluar a menudo
- limitar a intervenciones menos invasoras y menos onerosas
- proporcionar sólo comodidad
- otro (por favor especifique): _____

	Quiero que se intente tratamiento. Si no hay una mejoría clara, por favor parar.	Estoy indeciso	No quiero
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

Situación C

Si tengo una enfermedad en fase terminal con pocas semanas para vivir, y mi mente no está funcionando lo suficientemente bien como para que pueda tomar decisiones por mí mismo, pero a veces estoy despierto y parezco tener sentimientos, entonces mis objetivos y deseos específicos – si son médicamente razonables – para ésta y otras enfermedades adicionales serían *(en este estado, los deseos anteriores tienen que estar equilibrados con la mejor suposición de sus sentimientos en ese momento. El representante y el médico tienen que tomar esta decisión por usted)*:

- prolongar la vida; tratar todo
- tratar de sanar, pero reevaluar a menudo
- limitar a intervenciones menos invasoras y menos onerosas
- proporcionar sólo comodidad
- otro (por favor especifique): _____

	Quiero que se intente tratamiento. Si no hay una mejoría clara, por favor parar.	Estoy indeciso	No quiero
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

VOLUNTAD MÉDICA

- La Voluntad Médica entra en vigor únicamente si usted pasa a ser incompetente.
- Si es posible, debe llenar el formulario en el contexto de una conversación con su médico.
- También conviene que hable sobre el tema con sus familiares, amigos o guía religioso.
- Puede cambiar su Voluntad Médica mientras que es competente para hacerlo.

Marque las casillas que correspondan:

1. Reanimación cardiopulmonar (compresiones del pecho, medicamentos, choques eléctricos y respiración artificial con el fin de reanimar a una persona que está a punto morir).

2. Cirugía mayor (por ejemplo, extirpar la vesícula biliar o parte del colon).

3. Respiración mecánica (respiración por máquina, mediante un tubo en la garganta).

4. Diálisis (limpiar la sangre con una máquina o con líquido que se pasa por la barriga).

5. Transfusiones de sangre o de productos de la sangre.

6. Nutrición e hidratación artificiales (dadas por un tubo en una vena o en el estómago).

7. Pruebas diagnósticas sencillas (por ejemplo, análisis de sangre o radiografías).

8. Antibióticos (medicamentos empleados para luchar contra las infecciones).

9. Calmantes del dolor, incluso si me entorpecen la conciencia y acortan indirectamente mi vida.

Situación D

Si tengo daño cerebral o alguna enfermedad cerebral que en la opinión de mi médico y de dos consultores no se puede cambiar y eso causa que no pueda pensar ni tener sentimientos, pero no tengo una enfermedad en fase terminal, entonces mis objetivos y deseos específicos – si son médicamente razonables – para ésta y otras enfermedades adicionales serían

- prolongar la vida; tratar todo
- tratar de sanar, pero reevaluar a menudo
- limitar a intervenciones menos invasoras y menos onerosas
- proporcionar sólo comodidad
- otro (por favor especifique): _____

Quiero	Quiero que se intente tratamiento. Si no hay una mejoría clara, por favor parar.	Estoy indeciso	No quiero

Situación E

Si yo...

(describa una situación que sea importante para usted y/o que su médico crea que debe considerar en vista de su estado médico actual):

- prolongar la vida; tratar todo
- tratar de sanar, pero reevaluar a menudo
- limitar a intervenciones menos invasoras y menos onerosas
- proporcionar sólo comodidad
- otro (por favor especifique): _____

	Quiero que se intente tratamiento. Si no hay una mejoría clara, por favor parar.	Estoy indeciso	No quiero
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

Situación F

Si estoy en mi estado de salud actual (describalo brevemente):

y después tengo una enfermedad que, en la opinión de mi médico y de dos consultores, pone en peligro mi vida, pero es reversible, y temporalmente soy incapaz de tomar decisiones, entonces, mis objetivos y deseos específicos – si son médicamente razonables – para ésta y otras enfermedades adicionales serían:

- prolongar la vida; tratar todo
- tratar de sanar, pero reevaluar a menudo
- limitar a intervenciones menos invasoras y menos onerosas
- proporcionar sólo comodidad
- otro (por favor especifique): _____

	Quiero que se intente tratamiento. Si no hay una mejoría clara, por favor parar.	Estoy indeciso	No quiero
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

DONACIÓN DE ÓRGANOS

- Por el presente realizo esta donación anatómica, que tendrá efecto después de mi muerte:

- Dono
- mi cuerpo
 - los órganos o partes que se necesiten
 - las siguientes partes

- a la siguiente persona o institución

- al médico que me asista en el momento de mi muerte
- al hospital en el que muera
- al siguiente médico, banco de almacenamiento del hospital u otra institución médica:

- para
- cualquier propósito autorizado por la ley
 - terapia de otra persona
 - educación médica
 - trasplante
 - investigación

- No deseo realizar una donación anatómica de mi cuerpo

REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombro como mi(s) representante(s) y persona(s) encargada(s) de tomar decisiones a:

Nombre y apellido y dirección (en letra de molde)

y (*optativo*)

Nombre y apellido y dirección (en letra de molde)

Indico a mi representante que tome decisiones de atención médica basadas en su evaluación de mis deseos personales. Si mis deseos personales se desconocen, mi representante debe tomar decisiones sobre la atención médica basadas en su mejor determinación de los que serían mis deseos. Mi representante tendrá la autoridad de tomar todas las decisiones de atención médica en mi nombre, incluyendo decisiones sobre tratamientos que mantengan mi vida, si no puedo tomar esas decisiones por mí mismo. La autoridad de mi representante entra en vigor si el médico a cargo de mi atención determina por escrito que carezco de la capacidad de tomar o comunicar decisiones sobre mi atención médica. A partir de entonces mi representante tendrá la misma autoridad de tomar decisiones sobre mi atención médica que si yo tuviera la capacidad de tomarlas, EXCEPTO (indique las limitaciones, si corresponde, que desea imponer a la autoridad de su representante).

Deseo que mi preferencia escrita se aplique lo más exactamente posible/con flexibilidad a juicio de mi representante. (Borre según corresponda)

Si hubiera algún desacuerdo entre los deseos que he indicado en este documento y las decisiones favorecidas por mi representante nombrado más arriba, deseo que mi representante tenga autoridad por encima de mis declaraciones escritas/deseo que mis declaraciones escritas obliguen a mi representante. (Borre según corresponda)

Si nombré más de un representante y hay un desacuerdo entre sus deseos,

_____ tendrá la autoridad final.

Firmado:

Firma Nombre y apellido en letra de molde

Dirección Fecha

Testigo:

Firma Nombre y apellido en letra de molde

Dirección Fecha

Testigo:

Firma Nombre y apellido en letra de molde

Dirección Fecha

Médico: (optativo):

Soy el médico de _____. He visto este documento de voluntades y tuve la oportunidad de hablar sobre sus preferencias relativas a las intervenciones médicas al final de la vida.

Si _____ pasa a ser incompetente, entiendo que es mi obligación interpretar y aplicar las preferencias contenidas en este documento para cumplir con sus deseos.

Firmado:

Firma Nombre y apellido en letra de molde

Dirección Fecha

PLANIFICACIÓN DEL SERVICIO FÚNEBRE

UNA MANERA DE EXPRESAR SUS VALORES

“Yo soy la resurrección y la vida. El que cree en mí, aunque muera, vivirá; y todo el que todavía está vivo y cree en mí, no morirá jamás.”

—*Juan 11:25*

La fe cristiana nos llama a atestiguar, incluso en nuestra muerte, la nueva vida que Dios da en Cristo mediante su muerte y resurrección.

Hemos preparado este folleto para ayudarle a usted y a su familia a prepararse con anterioridad. Permitirá que su familia y el sacerdote de la parroquia entiendan sus deseos y preferencias. El sacerdote le ayudará a planificar el servicio y estará listo para ayudarle en todo.

Los sepelios cristianos tienen tres características. La primera, y la principal, es un acto de adoración en el que glorificamos a Dios por el don de la vida eterna en Jesucristo, nuestro Señor. La segunda es un momento en que los miembros del Cuerpo de Cristo se reúnen para reconfortarse entre sí y asegurarse mutuamente del amor perdurable de Dios. La tercera es la liturgia de celebración en la que agradecemos por el ser querido fallecido y encomendamos esa persona al cuidado de Dios Todopoderoso.

Los datos más tempranos de sepelios cristianos nos dicen que se incluían los siguientes elementos:

- Oración en el hogar antes del entierro.
- Reunión de la comunidad para un servicio religioso de entierro que consistía de agradecimientos, salmos, himnos, lecturas de las Escrituras y plegarias por el fallecido y por los que lamentan su muerte
- Celebración de la Santa Eucaristía
- Una procesión de luces y antorchas hasta el lugar de la sepultura
- El entierro de los restos

Como parte de la preparación para un entierro cristiano, se sugiere que hable con su sacerdote. También es muy beneficioso que lea sobre el servicio en el Libro de Oración Común (LOC, 391 – 410). Las rúbricas en esas páginas son de especial interés. También se recomienda que la gente se familiarice con las plegarias para la “Ministración en la Hora de la Muerte” (LOC, 384–390).

MIS INSTRUCCIONES PARA MI FUNERAL

Voluntades e instrucciones finales para cuando fallezca

Nombre y apellido completo (en letra de molde)

Fecha

Archive esta información donde se pueda encontrar fácilmente cuando fallezca. Se sugiere que la archive en su iglesia local o en el despacho de su abogado y que notifique a sus herederos que este formulario ha sido llenado para la información de ellos.

Nombre y apellido completo (en letra de molde)

Nombre y apellido completo del/la cónyuge

Dirección, calle y número, casilla postal y/o no. de apartamento

Dirección, calle y número, casilla postal y/o no. de apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

Ciudad

Estado

Código Postal

Fecha de nacimiento

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Lugar de nacimiento

Fecha de bautismo

Fecha de bautismo

Nombre y apellido completo del padre (en letra de molde)

Fecha y lugar de nacimiento

Vive Sí No

Nombre y apellido completo de la madre (en letra de molde)

Fecha y lugar de nacimiento

Vive Sí No

Ocupación

Empleador

No. de seguro social

Fecha en que firmó su testamento más reciente

Lugar donde está el testamento

Nombre y apellido y dirección del albacea

Nombres, direcciones y números Telefónicos de hermanas y hermanos vivos:

Nombre y apellido completo	Dirección, calle y número, casilla postal y/o no. de apartamento	Ciudad/Estado/ Código Postal	Número Telefónico
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Nombres, direcciones y números Telefónicos de las personas a las que se les debe notificar mi muerte:

Añada páginas si es necesario.

Nombre y apellido completo	Dirección, calle y número, casilla postal y/o no. de apartamento	Ciudad/Estado/ Código Postal	Número Telefónico
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

INSTRUCCIONES PARA MI SEPELIO

Llene este formulario y entrégueselo al secretario de la parroquia en la oficina de la iglesia.

Nombre y apellido completo (en letra de molde)

(Dirección, calle y número, casilla postal y/o no. de apartamento) (Ciudad, estado, código postal)

La tradición episcopal es que los miembros de la iglesia se entierran desde la iglesia. El Libro de Oración indica que el cuerpo debe estar presente, si bien también se puede realizar un servicio religioso conmemorativo sin el cuerpo. El ataúd está cerrado y siempre está cubierto con un palio que proporcionará la iglesia.

1. Solicito que mi servicio religioso se celebre en _____
Nombre, ciudad y estado de la Iglesia

o en _____

El rector o el sacerdote de esa congregación estará a cargo de los servicios.

* * * * *

2. El Rito de Entierro (el servicio fúnebre) es una serie de salmos, lecturas y oraciones. Se puede incluir la Santa Comunión con los propios especiales (tales como Colecta, Epístola y Evangelio).

Solicito (marque uno):

- El Rito de Entierro con la Santa Comunión (cuerpo o urna presente)
 - Rito (LOC, página 391)
 - Rito (LOC, página 391)
 - Rito I (LOC, página 245)
 - Rito II (LOC, página 277)

- El Rito de Entierro (cuerpo o urna presente)
 - Rito (LOC, página 391)

- Un servicio conmemorativo (cuerpo o urna no presente)

3. Otros arreglos como se indica a continuación (póngase en contacto con el administrador de la parroquia):

Flores del altar

Músicos

Ujieres

Portadores del féretro

Oradores (si los desea)

4. Solicito que se lean las siguientes Escrituras:

Antiguo Testamento (elija una)

- Isaías 25:6–9 (Destruiré a la muerte para siempre)
 - Isaías 61:1–3 (Para consolar a todos los que lloran)
 - Lamentaciones 3:22–26, 31–33 (Bueno es el Señor a los que en Él esperan)
 - Sabiduría 3:1–5, 9 (Las almas de los justos están en las manos de Dios)
 - Job 19:21–27a (Yo sé que mi Redentor vive)
- Salmos 42 46 90 121 130 139

Nuevo Testamento (elija una)

- Romanos 8:14–19, 34–35, 37–39 (La gloria que ha de manifestarse)
 - 1 Corintios 15:20–26, 35–38, 42–44, 53–58 (Resucitará en incorrupción)
 - 2 Corintios 4:16–5:9 (Las cosas que no se ven son eternas)
 - 1 Juan 3:1–2 (Seremos como él)
 - Apocalipsis 7:9–17 (Dios secará toda lágrima)
 - Apocalipsis 21:2–7 (Miren, yo hago nuevas todas las cosas)
- Salmos 23 27 106 116

Evangelio (se tiene que incluir si se celebrará la Santa Comunión)

- Juan 5:24–27 (El que cree tiene vida eterna)
- Juan 6:37–40 (Todo lo que el Padre da vendrá a mí)
- Juan 10:11–16 (Yo soy el buen pastor)
- Juan 11:21–27 (Yo soy la resurrección y la vida)
- Juan 14:1–6 (En la casa de mi Padre hay muchas moradas)

5. Solicito que se canten los siguientes himnos: _____

La música debe ser poderosa, y expresar la esperanza y la fe que los Cristianos afirman en la presencia de la muerte. La congregación debe participar plenamente orando, cantando los himnos y uniéndose en las respuestas. Los himnos de la Pascua de Resurrección son especialmente apropiados. Los himnos de la Pascua de Resurrección son los Nos. 148 a 169 en El Himnario (Episcopal, rojo). También se sugieren los himnos para la Santa Comunión, Nos. 242 a 260, el funeral, Nos. 282 a 285, comunión de los santos, Nos. 193 a 199, y los Nos. 22, 32, 121, 200-205, 288, 339-368.

* * * * *

6. Prefiero que:

Me entierren: Ubicación de la parcela en el cementerio, en cripta, contrato en columbario

Especificaciones del féretro:

El menos costoso Precio intermedio Lujoso

Creman:

Antes del funeral Después del funeral

Las cenizas se pueden poner en _____. (Estos nichos se pueden comprar por adelantado). Póngase en contacto con el administrador de la parroquia.

Donar todo el cuerpo o ciertos órganos (ver el Formulario de donación de órganos en la pág. 13):

Se han hecho los arreglos
 Por favor hacer los arreglos apropiados

Comentarios _____

Lugar del entierro _____

Dirección completa _____

7. Prefiero la siguiente funeraria: _____ ;
sin embargo, mi familia o mi abogado pueden tomar esta decisión.

Deseo que mi ataúd esté abierto en la funeraria. No deseo que mi ataúd esté abierto en la funeraria.

En lugar de flores, deseo que se hagan donaciones en mi nombre a:

o para [ESPECIFIQUE]:

o a:

Nombre de la institución u organización de beneficencia

Dirección completa

Entregue este formulario al administrador de la parroquia:

Nombre de la Iglesia

Dirección

Número Telefónico

* * * * *

8. Otra información para mis sobrevivientes:

Firma _____ Fecha _____

No deje de quedarse con una copia de su formulario completo para sus archivos.

PREPARACIÓN PARA HACER SU TESTAMENTO

UNA MANERA DE EXPRESAR SUS VALORES

Hacer un testamento es un acto responsable y lleno de amor para el bien de su familia. A continuación hay algunas sugerencias útiles para prepararse para hacer su testamento.

ANTES DE VER UN ABOGADO...

- Haga una lista de todas las personas por las que usted es responsable.
- Haga una lista de todas las personas que desea recordar en su testamento.
- Haga una lista de todos sus bienes materiales.
- Después de restar sus deudas, haga coincidir los nombres con los bienes o considere dar una parte de su herencia total a cada individuo. Ocúpese primero de su familia. Este es también el momento para tener en consideración a sus amigos especiales y su iglesia.
- Considere establecer un fideicomiso si su herencia es suficientemente grande. (Vea nuestro folleto Fideicomiso caritativo sobre bienes remanentes. Este folleto está en inglés.)
- Pregúntele al administrador de su herencia (también conocido como albacea) que escogió si está dispuesto a servir como tal.
- Hable con las personas que escogió como tutores de sus hijos (si hay involucrados menores de edad y otros dependientes).
- Hable con su sacerdote para explorar los ministerios de la iglesia que se podrían beneficiar de una donación en su testamento.

LOS LEGADOS EN SU TESTAMENTO PUEDEN ADOPTAR VARIAS FORMAS...

- Un legado monetario directo.
- Un porcentaje de una herencia.
- Un bien específico, como un bien personal o una propiedad.
- Un fideicomiso testamentario creado en un testamento.
- Un beneficiario contingente, es decir que la iglesia recibe los bienes si no hay beneficiarios sobrevivientes.

Nota: Un legado a la iglesia se puede descontar del valor de su herencia para fines de los impuestos.

DESPUÉS DE HACER SU TESTAMENTO...

- Verifique que alguien sepa dónde está situado su testamento.
- No ponga las instrucciones para su funeral en una caja de depósito de seguridad. Por lo general, los servicios religiosos ya habrán finalizado cuando su administrador vea qué hay en su caja de depósito de seguridad. En cambio, entregue una copia de sus planes y deseos para su funeral a su sacerdote y a un miembro de su familia.
- Repase su testamento de tanto en tanto con su asesor legal. Las leyes, los bienes y los intereses personales a menudo cambian con el correr del tiempo.

INCLUSIÓN DE UN PREÁMBULO CRISTIANO

Un preámbulo cristiano en su testamento brinda una oportunidad significativa de compartir su fe con familiares y amigos. Mediante esta declaración personal de su fe se envía un mensaje importante a aquellos que lo aman y lo conocen mejor. Este mensaje de fe viene en un momento de dolor y pérdida y les recuerda de confiar en Jesucristo, como lo hizo usted. Recuerde que es posible que este sea el último documento que lean sobre usted, su ser querido.

Cuando usted, junto con su abogado, prepare su testamento y planifique cómo adjudicará su herencia, considere, ayudado por la oración, añadir un preámbulo Cristiano como:

Yo, _____,

de la Ciudad de _____,

Condado de _____,

y Estado de _____,

estando en pleno uso de mis facultades mentales y de mi memoria y no estando sujeto a ningún tipo de restricción, hago, declaro y publico éste, mi testamento y última voluntad, revocando por el presente todos los demás testamentos y codicilos que hice anteriormente.

En agradecimiento a Dios por los dones de la vida dados en el bautismo y por las muchas bendiciones que Dios ha derramado sobre mí; y en agradecimiento por los dones de fe y esperanza mediante Jesucristo; y en agradecimiento a Dios por los dones de apoyo y amor mediante la Iglesia en la que hemos compartido fe y hermandad; ahora recomiendo a mis seres queridos que crezcan en esta misma fe, a que sean fieles a sus propios bautismos, sabiendo que Dios seguirá proveyendo para ellos en sus vidas; los insto a que pongan su fe y confianza en nuestro Señor y Salvador.

[A continuación figurarán los detalles del testamento, dejando obsequios a familiares y amigos, así como una expresión de los obsequios que podrá dejar a los diversos ministerios de la Iglesia].

Para obtener ayuda con testamentos, planificación de su herencia y seminarios de donaciones planificadas, póngase en contacto con:

Episcopal Church Foundation
475 Riverside Drive, Suite 750, New York, NY 10115
Tel: 800-697-2858
Fax: 212-297-0142

EJEMPLOS DE FORMAS DE LEGADOS

Cantidad específica:

Yo, _____, por el presente doy y lego al Rector, a los Guardianes y a la Junta Parroquial de Su Iglesia Episcopal, 123 Calle Principal, Ciudad X, Mi Estado, Código Postal 00000, la suma de \$XX,XXX para ser usada a su discreción para ayudar a los ministerios de la Iglesia.

* * * * *

Cantidad porcentual:

Yo, _____, por el presente doy y lego al Rector, a los Guardianes y a la Junta Parroquial de Su Iglesia Episcopal, 123 Calle Principal, Ciudad X, Mi Estado, Código Postal, el XX% del resto, residuo y cantidad restante de mi herencia, para ser usado a su discreción para ayudar a los ministerios de la Iglesia.

* * * * *

Legado contingente:

En el caso en que los beneficiarios de legados indicados en el presente fallezcan antes que yo, o en el caso en que instituciones dejen de ser organizaciones descritas en la sección 501(c)(3) del Código de Rentas Internas, yo, _____, por el presente doy y lego al Rector, a los Guardianes y a la Junta Parroquial de Su Iglesia Episcopal, 123 Calle Principal, Ciudad X, Mi Estado, Código Postal, el resto, residuo y la cantidad restante de mi herencia, para ser usado a su discreción para ayudar a los ministerios de la Iglesia.

INFORMACIÓN NECESARIA PARA HACER UN TESTAMENTO

1. Nombre y apellido legal completo:

Nombre y apellido		Fecha de nacimiento	Número de su Seguro Social
Dirección, calle y número, casilla postal y/o no. de apartamento			Condado
Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico
Fecha de servicio en las fuerzas armadas		Ubicación de su certificado de dada de baja	
Número de serie			
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> En pareja o unión civil <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Vuelto a casar <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo			

2. ¿Tiene un testamento? Sí No (Si no, pase a Información Familiar)

3. Desde que hizo su último testamento:

¿Se ha mudado a otro estado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha comprado o vendido propiedad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha celebrado el nacimiento de un hijo o de un nieto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha cambiado su estado civil?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha cambiado de opinión sobre su representante personal (albacea)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha cambiado de opinión sobre el tutor de su hijo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha realizado planificación financiera y de donaciones caritativas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si contestó sí a alguna de estas preguntas, es posible que necesite actualizar su testamento.
Llene las preguntas siguientes y después consulte a su abogado.

INFORMACIÓN FAMILIAR

1. Nombre y apellido legal de su cónyuge:

Nombre y apellido		Fecha de nacimiento	Número de su Seguro Social
Dirección, calle y número, casilla postal y/o no. de apartamento			Condado
Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico
¿Tiene su cónyuge un testamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

2. Hijos (haga una lista de sus hijos, incluyendo los que haya adoptado legalmente):

Nombre y apellido	Dirección, calle y número, casilla postal completo y/o no. de apartamento	Ciudad/Estado/ Código postal	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3. Otros dependientes:

4. Otros seres queridos:

5. Persona(s) que será(n) tutor(es) de mi(s) hijo(s):

Nombre y apellido

No. Telefónico

Dirección, calle y número, casilla postal y/o no. de apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre y apellido

No. Telefónico

Dirección, calle y número, casilla postal y/o no. de apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

6. Albacea (persona(s) que será(n) representante(s) personal(es) de mi herencia):

Nombre y apellido No. Telefónico

Dirección, calle y número, casilla postal y/o no. de apartamento

Ciudad Estado Código postal

Nombre y apellido No. Telefónico

Dirección, calle y número, casilla postal y/o no. de apartamento

Ciudad Estado Código postal

7. Ubicación de mis archivos:

Testamento

Testamento vital

Certificado de nacimiento

Tarjeta del seguro social

Registro de impuestos

Caja y llave del depósito de seguridad

Pólizas de seguros

Poder por tiempo indefinido

Poder por tiempo indefinido para la atención médica

Directivas para el funeral

8. Información sobre beneficiarios

(personas, parroquia/misión, o asociaciones de beneficencia a las que desea agradecer por haber sido parte de su vida):

Nombre

Nombre

Nombre

Beneficiario residual (El beneficiario final o residual recibe lo que resta después de que se hayan pagado todos los demás legados indicados en su testamento. Por favor considere nombrar a su Parroquia/Misión o a la Fundación de la Iglesia Episcopal como una beneficiaria residual).

INFORMACIÓN FINANCIERA

1. Ingreso anual actual:

Salario \$ _____
Ingreso de inversiones \$ _____
Otro \$ _____
Total \$ _____

2. Propiedad (bienes raíces):

	Descripción y ubicación	Costo original	Valor de mercado actual	Cantidad de la hipoteca
1.	_____			
2.	_____			
3.	_____			
4.	_____			

3. Pagarés e hipotecas:

	Nombre del deudor	Descripción	Cantidad	Tipo de interés	Tasa de pago
1.	_____				
2.	_____				
3.	_____				
4.	_____				

4. Arriendos:

1. _____
2. _____
3. _____

5. Cuentas bancarias/cuentas de jubilación (IRA, etc.)/otras cuentas que rinden ingresos:

	Nombre de la institución	Tipo	Número de cuenta
1.	_____		
2.	_____		
3.	_____		
4.	_____		

6. Acciones:

Corporación	# de acciones	Costo original	Valor de mercado
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			

7. Pólizas de seguros:

Compañía	# de Póliza	Valor nominal	Valor en efectivo
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			

8. Otros activos:

Descripción	Ubicación	Costo	Valor actual
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			

Apuntes:

PLANIFICACIÓN PARA EL FUTURO

1. Gastos mensuales:

Hipoteca o alquiler	\$ _____
Seguros	\$ _____
Servicios públicos	\$ _____
Impuestos	\$ _____
Gastos de la casa y reparaciones	\$ _____
Gastos de automóvil	\$ _____
Ropa y cuidado personal	\$ _____
Educación	\$ _____
Promesas y donaciones caritativas	\$ _____
Cumpleaños/Fiestas/Mensualidades	\$ _____
Médico y dental	\$ _____
Vacaciones y esparcimiento	\$ _____
Otro	\$ _____
Total	\$ _____

2. Ingreso de jubilación proyectado:

	Cantidad estimada	Continúa para el/la cónyuge		
		Sí	No	La mitad
Seguro Social	\$ _____	_____	_____	_____
Planes de pensión	\$ _____	_____	_____	_____
Cuentas de jubilación (IRA, 401K, etc.)	\$ _____	_____	_____	_____
Fideicomisos de beneficencia	\$ _____	_____	_____	_____
Dividendos de acciones	\$ _____	_____	_____	_____
Anualidades donadas	\$ _____	_____	_____	_____
Fondo de ingresos mancomunado	\$ _____	_____	_____	_____
Hipotecas	\$ _____	_____	_____	_____
Regalías	\$ _____	_____	_____	_____
Otro (describalo abajo)	\$ _____	_____	_____	_____

Total	\$ _____			

3. Asesores

Nombre y apellido

Dirección completa

Contador _____

Abogado _____

Banquero _____

Banquero _____

Agente o corredor de bolsa _____

Agent de seguros _____

Sacerdote _____

Funcionario de Fideicomisos _____






4. Apuntes:

“No se olviden ustedes de hacer el bien y de compartir con otros lo que tienen; porque éstos son los sacrificios que agradan a Dios.”






—*Hebreos 13:16*

RECURSOS DISPONIBLES EN INGLÉS

FOLLETOS

-  *Donaciones planificadas (descripción general)*
-  *Donación caritativa por anualidad*
-  *Fideicomiso caritativo sobre bienes remanentes*
-  *Fondo de ingresos mancomunados*
-  *Redacción del testamento*

FOLLETOS DETALLADOS

-  *Donaciones planificadas (descripción general)*
-  *Donación caritativa por anualidad*
-  *Fideicomiso caritativo sobre bienes remanentes*
-  *Fondo de ingresos mancomunados*
-  *Planificación para el final de la vida (Disponible en español)*



475 Riverside Drive, Suite 750
New York, NY 10115
800-697-2858
www.EpiscopalFoundation.org