

(Living Will Declaration)
TESTAMENTO DE DECLARACION MIENTRAS VIVO

La declaración hecha este día _____ de _____, 20____, Yo, _____, Siendo por lo menos (18) años de edad y de mente sana, pemitadamente y voluntariosamente hago saber mis deseos de que mi morir no debería ser prolongado artificialmente bajo las circunstancias fijadas abajo, y yo declaro:

Si en algún momento mi doctor atendiente certifica por escrito que: (1) Yo tengo una herida, maldad o enfermedad incurable; (2) mi muerte ocurrirá dentro de un corto periodo de tiempo; y (3) el uso de procedimientos para prolongar la vida servirá solamente para prolongar artificialmente el proceso de morir, Yo dirijo que táles procedimientos sean suspendidos o retirados, de que sea permitido(a) a morir naturalmente con solamente la provisión o ejecución de algún procedimiento médico o medicamento necesario para proveerme cuidado solaz o para aliviar dolor, y si he indicado abajo, la provisión artificial de nutrición y hidratación. (Indiqué su selección mediante inicializar o hacer una marca antes de firmar esta declaración.)

- Yo deseo recibir artificialmente la provisión de nutrición y hidratación si el esfuerzo para sostener la vida es fútil o excesivamente gravoso para mi.
- No deseo recibir artificialmente la provisión de nutrición y hidratación si el esfuerzo para sostener la vida es fútil o excesivamente gravoso para mi.
- Intencionalmente yo no he hecho la decisión concerniente de nutrición y hidratación proveida artificialmente, Dejando la decisión a mi representante de cuidado de salud nombrado bajo I.C. (código de Indiana) 16-36-1-7, o a mi abogado(a) en hecho con poderes de cuidado de salud bajo I.C. (código de Indiana) 30-5-5.

En la ausencia de mi habilidad en dar direcciones en cuanto el uso de procedimientos para prolongar la vida, es mi intención que esta declaración sea honrada por mi familia, y doctor como la última expresión de mi derecho legal para rehusar tratamiento médico (u) quirúrgico y aceptación de las consecuencias por rehusar.

Yo entiendo la importancia completa de esta declaración.

(Signature) Firma

(Date) Fecha

(City) Ciudad

(County) Condado

(State) Estado

El declamador se ha hecho personalmente conocido a mi, y creo que (él/ella) es de mente sana. No firmé la firma notada arriba por o bajo la dirección del declamador. No soy padre, esposo(a), o hijo(a) del declamador. No estoy autorizado(a) en recibir alguna parte del los bienes del declamador o ser directamente responsable financieramente por el cuidado médico del declamador. Tengo por lo menos (18) años de edad y soy competente.

(Signature of Witness #1) Firma del Testigo #1

(Printed Name) Nombre escrito en letra de molde

(Witness #1 Address / Telephone #) Dirección y # de teléfono del testigo #1

(Signature of Witness #2) Firma del Testigo #2

(Printed Name) Nombre escrito en letra de molde

(Witness #2 Address / Telephone #) Dirección y # de teléfono del testigo #2