

Living Will Declaration

I, _____, hereby state my wishes about procedures to artificially prolong my dying (also called life-prolonging procedures) in certain situations.

If I am unable to make informed medical decisions for myself and I am found to be in any of the conditions that I note with my initials below, I want life-prolonging procedures to be withheld or stopped if such procedures have little or no chance of curing me or helping me recover from the condition, but would only serve to artificially prolong my dying. In other words, I want to be allowed to die naturally, with only treatments that will keep me comfortable and relieve pain.

(Place your initials by every condition that you want this Living Will to apply to. If you do not place your initials in a blank and you are in that condition you will receive life-prolonging procedures for that condition.)

- I have a condition caused by injury, disease or illness that is expected to cause death (also called a terminal condition)
I am in a permanent state of unconsciousness (also called a permanent vegetative state)
I have a condition caused by injury, disease or illness that has resulted in progressively severe and permanent deterioration (also called an end-stage condition)

If I cannot eat or drink naturally (by mouth) and giving me food and water artificially would serve only to prolong my dying:

- I DO want I DO NOT want
food (nutrition)
water (hydration)

In the event that I suffer cardiac or respiratory arrest (that is, I stop breathing or my heart stops beating):

- I DO want I DO NOT want
CPR (compressions/defibrillation/ resuscitation medications)
to be intubated (tube in lungs to help me breathe)

I give these directions after careful thought and in keeping with my convictions and beliefs. I expect my family, doctor, and others concerned with my care to abide by my wishes and respect my legal right to refuse medical care.

OPTIONAL Instructions that may help your doctor know exactly what your wishes are: I also make the following instructions on specific treatments that I do or do not want, and/or conditions that are important to me. (Use additional paper if necessary; sign, date and have witnesses sign the additional sheets.)

Additional Instructions:

OPTIONAL: I want the following person to act on my behalf to see that the provisions of this Living Will are carried out: Name Address Phone

I am competent and I understand the importance of this Declaration, and sign it in the presence of my two witnesses.

Signature Date
Witness Print Name
Address Phone

Please Note: Only one of the witnesses can be your husband, wife or blood relative. Your surrogate(s) cannot be a witness.



Patient Name: Patient Identification #:

Declaración de testamento en vida

Yo, _____, por la presente declaro mis deseos sobre los procedimientos que retrasen artificialmente mi muerte (también llamados procedimientos que prolongan la vida) en determinadas situaciones.

Si no puedo tomar mis decisiones médicas informadas por mí mismo y me encuentro en cualquiera de las situaciones que he indicado con mis iniciales a continuación, deseo que se retrasen o interrumpan los procedimientos que prolonguen mi vida si tienen pocas o ninguna posibilidad de curarme o de facilitar mi recuperación de la situación en que me encuentre, y solo servirían para retrasar artificialmente mi muerte. **En otras palabras, deseo que me dejen morir de forma natural, solo con los tratamientos que me mantengan cómodo y alivien el dolor.**

(Ponga sus iniciales en cada situación en la que desee que se aplique su testamento vital. Si no pone sus iniciales en un espacio en blanco y se encontrara en esa situación, recibirá los procedimientos que prolonguen su vida en dicha situación).

_____ Tengo una dolencia causada por una lesión, una enfermedad o una afección que puede causar mi muerte (que también se llama dolencia terminal)

_____ Me encuentro en un estado permanente de inconsciencia (que también se llama estado vegetativo permanente)

_____ Tengo una dolencia causada por una lesión, una enfermedad o una afección que ha provocado un deterioro grave y permanente (que también se llama dolencia en su etapa final)

Si no puedo comer o beber por medios naturales (por la boca), y darme alimentos y agua por medios artificiales serviría solo para retrasar mi muerte:

_____ SI QUIERO

_____ NO QUIERO

_____ alimentos (nutrición)

_____ alimentos (nutrición)

_____ agua (hidratación)

_____ agua (hidratación)

En caso de que sufra un paro cardíaco o respiratorio (es decir que dejara de respirar o el corazón me dejara de latir):

_____ SI QUIERO

_____ NO QUIERO

_____ RCP (compresiones/desfibrilación/medicamentos)

_____ RCP (compresiones/desfibrilación/medicamentos)

_____ Ser intubado (un tubo colocado en los pulmones para ayudarme a respirar)

_____ Ser intubado (un tubo colocado en los pulmones para ayudarme a respirar)

Doy estas instrucciones después de haberlo meditado mucho y de tener en cuenta mis ideas y creencias. Espero que mi familia, el médico y todas las personas implicadas en mi atención médica cumplan mis deseos y respeten mi derecho legal a rechazar la atención médica.

Otras instrucciones OPCIONALES que pueden ayudar al médico a conocer exactamente sus deseos: También doy las siguientes instrucciones sobre tratamientos específicos que deseo o no deseo recibir y/o situaciones que son importantes para mí. (Utilice más papel si es necesario, firme y ponga la fecha en las hojas adicionales y haga que los testigos también las firmen).

Instrucciones adicionales: _____

OPCIONAL: Deseo que la siguiente persona actúe en mi nombre para comprobar que se cumplen las disposiciones de mi testamento vital:

Nombre _____ Dirección _____

Teléfono _____

Soy competente y entiendo la importancia de esta declaración, y la firmo en presencia de mis dos testigos.

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ *Letra de molde* Testigo _____ *Letra de molde*

_____ *Firma* _____ *Firma*

Dirección _____ Dirección _____

Teléfono _____ Teléfono _____

Tenga en cuenta: solo uno de los testigos puede ser su marido, su esposa u otro familiar directo. Su representante no puede ser testigo.



AD0001

Patient Name:

Patient Identification #: