

LIVING WILL

I, _____, being of sound mind, willfully and voluntarily make this declaration to be followed if I become incompetent. This declaration reflects my firm and settled commitment to refuse life-sustaining treatment under the circumstances indicated below.

I direct my attending physician to withhold or withdraw life-sustaining treatment that serves only to prolong the process of my dying, if I should be in a terminal condition or in a state of permanent unconsciousness.

I direct that treatment be limited to measures to keep me comfortable and to relieve pain, including any pain that might occur by withholding or withdrawing life-sustaining treatment.

In addition, if I am in the condition described above, I feel especially strong about the following forms of treatment:

TESTAMENTO EN VIDA

Yo, _____, en mi sano juicio, de mi propia voluntad hago esta declaración para que se ejecute en caso de mi incompetencia. Esta declaración expresa mi firme compromiso establecido de rechazar tratamientos para prolongar mi vida según las circunstancias a continuación.

Dirijo a mi médico a cargo que se niegue a dar o que retire tratamientos para prolongar mi vida cuando éstos sólo sirven a prolongar el proceso de mi muerte, si me encontrara en una condición terminal o en un estado de inconciencia permanente.

Dirijo que los tratamientos se limiten a medidas para asegurar mi comodidad y aliviar dolores, incluso cualquier dolor que pueda ocurrir por haber negado o retirado tratamientos para prolongar mi vida.

Además, si me encuentro en la condición previamente descrita, quiero enfatizar estas formas de tratamientos:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| I <input type="checkbox"/> do Quiero | <input type="checkbox"/> do not want cardiac resuscitation. No quiero resucitación cardiaca. | I <input type="checkbox"/> do Quiero | <input type="checkbox"/> do not want any form of surgery or invasive diagnostic tests. No quiero cualquier forma de cirugía o pruebas diagnósticas o invasivas. |
| I <input type="checkbox"/> do Quiero | <input type="checkbox"/> do not want medical respiration. No quiero respiración médica. | I <input type="checkbox"/> do Quiero | <input type="checkbox"/> do not want kidney dialysis. No quiero diálisis de los riñones. |
| I <input type="checkbox"/> do Quiero | <input type="checkbox"/> do not want tube feeding or any other artificial or invasive form of nutrition (food) or hydration (water). No quiero alimentación por tubo o cualquier otra forma artificial o invasiva de alimentación o hidratación (agua). | I <input type="checkbox"/> do Quiero | <input type="checkbox"/> do not want antibiotics. No quiero antibióticos. |
| I <input type="checkbox"/> do Quiero | <input type="checkbox"/> do not want blood or blood products. No quiero sangre o productos sanguíneos. | I <input type="checkbox"/> do Quiero | <input type="checkbox"/> do not want _____. No quiero _____. |

Other Instructions / Otras instrucciones:

I do do not want to designate another person as my surrogate to make medical treatment decisions for me if I should be incompetent and in a terminal condition or in a state of permanent unconsciousness.

Quiero No quiero designar a otra persona como mi sustituto para tomar decisiones médicas por mí si me encontrara incompetente y en una condición terminal o en un estado de inconciencia permanente.

Surrogate / Sustituto:

Name / Nombres _____ Address / Dirección _____

Substitute Surrogate (if the above is unable to serve) / Remplazante al sustituto (si el sustituto previamente escrito no puede servir):

Name / Nombres _____ Address / Dirección _____

I do do not want to make an anatomical gift of all or part of my body, subject to the following limitations, if any:
Quiero No quiero hacer una donación de mi cuerpo entero o de sus partes, tomando en cuenta las limitaciones a continuación, si es el caso:

I made this declaration on the _____ day of _____.

He hecho esta declaración el día _____ de _____ de _____.

Signature / Firma _____ Address / Dirección _____

The declarant or the person on behalf of and at the direction of the declarant knowingly and voluntarily signed this writing by signature or mark in my presence.

El declarante o su representante, siguiendo las instrucciones del declarante, ha firmado el presente por su firma en mi presencia.

Witness Signature / Firma del testigo _____

Witness Address / Dirección del testigo _____

Witness Signature / Firma del testigo _____

Witness Address / Dirección del testigo _____

This is meant to be a sample to give you an idea of what is required in a Living Will. Anyone drafting a Living Will, who might have specific questions or who may wish to add provisions which are not addressed in this sample, may wish to contact an attorney. A Living Will does not substitute talking with your doctor. Only your doctor can write an order for your wishes to be carried out. If you do not understand what your doctor is telling you, you should continue to ask your doctor questions until you understand what you are being told.

Esta hoja sirve como ejemplo para darle a usted una idea de lo requerido en un Testamento en Vida. Cualquier persona que redacte un Testamento en Vida que tuviera preguntas específicas o que quisiera agregar condiciones no incluidas en esta muestra, puede consultar a un abogado. Un Testamento en Vida no reemplaza el hablar con su médico. Sólo un médico puede escribir un pedido para cumplir con los deseos de usted. Si usted no entiende lo que le explica su médico, siga haciéndole preguntas hasta que usted entienda lo que él dice.