

Declaration made this _____ day of _____, 20 _____

I, _____, willfully and voluntarily make known my desire that my dying not be artificially prolonged under the circumstances set forth below, and I do hereby declare that, if at any time I am incapacitated,

- _____ and I have a terminal condition
(INITIAL)
- or _____ I have an end-stage condition
(INITIAL)
- or _____ I am in a persistent vegetative state
(INITIAL)

and if my attending or treating physician and another consulting physician have determined that there is no reasonable medical probability of my recovery from such condition, I direct that life-prolonging procedures be withheld or withdrawn when the application of such procedures would serve only to prolong artificially the process of dying, and that I be permitted to die naturally with only the administration of medication or the performance of any medical procedure deemed necessary to provide me with comfort care or to alleviate pain.

I do _____, I do not _____ desire that hydration (food and water) be withheld or withdrawn when the application of such procedures would serve only to prolong artificially the process of dying.

It is my intention that this declaration be honored by my family and physician as the final expression of my legal right to refuse medical or surgical treatment and to accept the consequences for such refusal.

In the event I have been determined to be unable to provide express and informed consent regarding the withholding, withdrawal, or continuation of life-prolonging procedures, I wish to designate as my surrogate to carry out the provisions of this declaration:

Name: _____
Address: _____ Zip: _____
Phone: _____

I understand the full importance of this declaration, and I am emotionally and mentally competent to make this declaration.

Additional Instructions (optional): _____

Signed: _____ Date: _____
Witness: _____ Date: _____
Address: _____ Phone: _____
Witness: _____ Date: _____
Address: _____ Phone: _____



Declaración hecha el _____ de _____, del 20 ____

yo, _____, de forma libre y espontánea hago constar mi deseo de que, mi muerte no sea prolongada artificialmente en las circunstancias expuestas más abajo y por este medio declaro que si en cualquier momento me encuentro incapacitado tanto físicamente como mentalmente,

- _____ y me encuentro en una situación terminal
(INICIALES)
- _____ me encuentro en una situación de estado terminal
(INICIALES)
- _____ estoy en un estado vegetativo perenne
(INICIALES)

y si el médico responsable o a cargo de mi tratamiento, así como otro médico de consulta, han determinado que no existe probabilidad médica de que me recupere de tal condición, dispongo que no se inicien o que se suspendan los procedimientos encaminados al prolongamiento de la vida cuando la aplicación de tales procedimientos sólo sirva para prolongar artificialmente el proceso de la muerte y que se me permita morir de forma natural, suministrandoseme tan sólo aquellos medicamentos que se consideren necesarios a fin de poder hacerme sentir más cómodo o para aliviar el dolor.

Deseo _____, No Deseo _____ que la nutrición y la hidratación (alimento y agua) sean retiradas o sostenidas cuando el uso de tales procedimientos servirían solamente para prolongar artificialmente la vida.

Es mi deseo que la presente declaración sea acatada por mi familia y mi médico como mi último deseo y derecho legal a rechazar los tratamientos médicos o quirúrgicos así como aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

Dado el caso que se determine que yo me encuentro incapacitado para brindar mi consentimiento expreso para no iniciar, suspender, o continuar los procedimientos encaminados al prolongamiento de la vida, es mi deseo designar como mi representante legal encargado de llevar a cabo lo estipulado en esta declaración a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Entiendo enteramente la importancia de la presente declaración y me encuentro emocionalmente y mentalmente capacitado para hacer esta declaración.

Disposiciones Adicionales (opcional): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Testigo: _____ Fecha: _____