

LIVING WILL DECLARATION
DECLARACIÓN DE TESTAMENTO EN VIDA

Si yo, _____, recaigo en un estado vegetativo persistente o tengo una condición incurable e irreversible que, sin administración de sostenimiento de vida, en la opinión del doctor que me atiende, me causaría la muerte dentro de un tiempo relativamente corto Y NO soy capaz de hacer decisiones respecto a mi tratamiento médico, ordeno al doctor que me atiende, que conforme al Acta de los Derechos de Pacientes con enfermedades terminales, retener o retirar tratamiento de sostenimiento de vida, que no sea necesario para mi bienestar o para aliviar el dolor.

Usted puede hacer una lista de los tratamientos de sostenimiento de vida que no desea, tal como resucitación cardíaca, respiración (ejemplo: respirador artificial) y alimentación artificial/líquidos a través de tubos. De lo contrario, su declaración general, ya mencionada, representará sus deseos.

Yo especialmente **no deseo**: _____

_____.

Quizás quiera añadir instrucciones o cuidado que usted **realmente quiere** – por ejemplo, medicamento para el dolor; o que prefiere fallecer en su hogar, si es posible.

Otras instrucciones/comentarios _____

Firma

Fecha

Dirección

Ciudad

Estado

ESTE DOCUMENTO TIENE QUE SER FIRMADO POR DOS TESTIGOS O UN NOTARIO PÚBLICO.

El declarante voluntariamente firmó esta escritura ante mí.

Atestiguado por: _____

Dirección

Fecha _____

Ciudad/Estado

Atestiguado por: _____

Dirección

Fecha _____

Ciudad/Estado

O

ESTADO DE NEBRASKA)
)SS
Condado De _____)

El declarante voluntariamente firmó esta escritura ante mí.

Notario Público