

Declaraciones de Ultima Voluntad de Morir

Yo, _____, que estoy de mente sana, gustosamente y voluntariamente hago esta declaración en caso de que yo este incompetente. Esta declaración refleja mi firme y establecido compromiso de rechazar tratamientos que solo sirven para sostener la vida bajo las circunstancias indicadas abajo.

Yo dirigio mi atendedor médico que retenga o retire modelos de tratamiento que sirven solamente para prolongar el proceso de morir, si yo me encuentro en una condición terminal o sin remedio o en un estado de inconsciencia permanente.

Yo dirijo que el tratamiento sea limitado a las medidas de mantenerme cómodo y de relevar dolor, incluyendo cualquier dolor que pudiera ocurrir reteniendo o retirando el tratamiento que sostenía la vida.

Además, si estoy en la condición descrita arriba, me siento especialmente fuerte sobre las formas siguientes de tratamiento:

Yo ACEPTO O NO ACEPTO la resucitación cardiaca.

Yo ACEPTO O NO ACEPTO respiración mecánica

Yo ACEPTO O NO ACEPTO sangre o los productos de Isangre.

Yo ACEPTO O NO ACEPTO diálisis del riñón.

Yo ACEPTO O NO ACEPTO de alimentacion o ningún otro meto de artificial o invasor de nutrición (alimento) o hidración (agua).

Yo ACEPTO O NO ACEPTO ninguna forma de cirugía o de pruebas de diagnóstico invasoras.

OTRO:

OTRAS INSTRUCCIONES:

Yo ACEPTO O NO ACEPTO señalar otra persona como mi subrogado(a) para hacer decisiones de tratamiento médico para mí si yo me encuentro en un estado incompetente, en una condicion terminal o en un estado de inconsciencia permanente.

Nombre del Subrogado(a)
(si es aplicable)

Nombre del Sustituto Subrogado(a)
(Si el Subrogado(a) designado no pueda servir)

Direccion

Direccion

Numero de telefono

Numero de telefono

Hice este declaración el día de _____ de mes de _____, del _____

El declarante o la persona de parte de o bajo la dirección del declarante con conocimiento y voluntariamente firmo esta escritura por la firma o la marca en mi presencia.

Firma del declarante

Firma del Testigo numero uno (1)

Impreso del declarante

Impreso del Testigo numero uno (1)

Firma del Testigo numero dos (2)

Impreso del Testigo numero dos (2)

(Guarde la original firmada con sus papeles personales en su hogar. Dé las copias a los doctores, a la familia y al Subrogado(a). Repase su declaración a partir de tiempo en tiempo, ponga sus iniciales y féchelo para mostrar que todavía expresa su intento.)