DECLARACIÓN DE TESTAMENTO VITAL

Formulario del Estado 55405 (9-13)
Indiana State Department of Health – IC 16-36-4

Esta declaración entra en vigor a la fecha de su firma y permanecerá vigente hasta que sea revocada o al fallecimiento del/de la declarante. Esta declaración se debe entregar a su médico.

DECLARACIÓN DE TESTAMENTO VITAL

Declaración realizada este _____ día de _____ *(mes, año)*. Yo, _____, habiendo cumplido por lo menos dieciocho (18) años de edad y en pleno uso de mis facultades mentales, de forma deliberada y voluntaria, hago conocer mi deseo de que no se prolongue de forma artificial el proceso de mi muerte de acuerdo con las circunstancias establecidas a continuación, y declaro que:

Si en cualquier momento mi médico tratante certifica por escrito que:
(1) tengo una lesión, padecimiento o enfermedad incurable;
(2) mi muerte ocurrirá en un corto período de tiempo; y
(3) el uso de procedimientos para prolongar la vida servirían solo para prolongar artificialmente el proceso de mi muerte,

expreso mi deseo de que tales procedimientos no se lleven a cabo o se retiren y que se me permita morir de forma natural únicamente con el suministro de cualquier procedimiento médico o medicamento necesario para proporcionarme confort o aliviar el dolor y, si así lo hubiese indicado a continuación, que se me proporcione nutrición e hidratación suministrada artificialmente. *(Indique lo que desea mediante sus iniciales o una marca antes de firmar esta declaración)*:

_____ Deseo recibir nutrición e hidratación suministrada artificialmente, incluso si el esfuerzo de mantener la vida es ineficaz o excesivamente gravoso para mí.

_____ No deseo recibir nutrición e hidratación suministrada artificialmente si el esfuerzo de mantener la vida es ineficaz o excesivamente gravoso para mí.

_____ Intencionalmente no tomo ninguna decisión relativa a la nutrición e hidratación suministrada artificialmente y dejo la toma de decisión a mi representante de atención a la salud, designado de acuerdo con IC 16-36-1-7 o a mi apoderado legal con poder relativo a mi atención médica de acuerdo con IC 30-5-5.

Cuando no disponga de la capacidad de dar instrucciones relativas al uso de procedimientos para prolongar la vida, mi intención es que mi familia y mi médico respeten esta declaración como la expresión final de mi derecho legal de rehusar tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias de tal solicitud.

Comprendo la importancia total de esta declaración.

Firmado _____

_____
Ciudad, condado y estado de residencia

TESTIGOS

Conozco personalmente al/a la declarante y considero que está en pleno uso de sus facultades mentales. No firmé en nombre del declarante anteriormente indicado ni por instrucciones del declarante. No soy el padre/madre, cónyuge ni hijo del/de la declarante. No tengo derecho a ninguna porción del patrimonio del/de la declarante ni soy responsable directo financieramente de la atención médica del/de la declarante. Estoy en pleno uso de mis facultades y tengo al menos dieciocho (18) años de edad.

Testigo _____ Fecha *(mes, día, año)* _____

Testigo _____ Fecha *(mes, día, año)* _____