DECLARACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE INDIANA PARA PROLONGAR LA VIDA

Formulario del Estado 55403 (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 PROCEDIMIENTOS DE INDIANA PARA PROLONGAR LA VIDA

Declaración realizada este _____ día de _____ *(mes, año)*. Yo, _____, habiendo cumplido al menos dieciocho (18) años de edad y en pleno uso de mis facultades mentales, de manera deliberada y voluntaria hago saber mi deseo de que si en cualquier momento sufro una lesión, padecimiento o enfermedad incurable que se haya determinado de estado terminal, solicito el uso de procedimientos para prolongar mi vida. Esto incluye la nutrición e hidratación adecuadas, la administración de medicamentos y la puesta en práctica de todos los otros procedimientos de carácter médico necesarios para prolongar mi vida, proporcionar cuidados de confort o aliviar el dolor.

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 solicitar 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. 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)* _____