DECLARACIÓN DE LA VOLUNTAD QUE VIVE

El declaración hizo este día del _____ del _____ (mes, año). I, el _____, siendo por lo menos dieciocho (18) años de la edad y de la mente sana, da a conocer voluntarioso y voluntariamente mis deseos que el mi morir no será prolongado artificial bajo circunstancias fijadas adelante abajo, y declaro:

Si mi médico que atiende certifica en cualquier momento en la escritura eso: (1) Tengo lesión, una enfermedad, o una enfermedad incurable; (2) mi muerte ocurrirá dentro de un a corto plazo; y (3) el uso de la vida que prolonga procedimientos serviría para prolongar solamente artificial el proceso que muere, dirijo que tales procedimientos estén retenidos o retirado, y que I esté permitido para morir naturalmente con solamente el funcionamiento o disposición de cualquier procedimiento médico o medicación necesaria para proveer de mí cuidado de la comodidad o aliviar dolor, y, si yo tienen así que indicado abajo, la disposición de la nutrición artificial proveída y la hidración. (Indique su opción firmando con iniciales o haciendo su marca antes de firmar este declaración):

El deseo del _____ I a recibir artificial proveyó la nutrición y la hidración, aunque el esfuerzo de sostener vida es vana o excesivamente pesada a mí.

El _____ I no desea recibir la nutrición y la hidración artificial proveídas, si el esfuerzo de sostener vida es vano o excesivamente pesado a mí.

El _____ I no toma intencionalmente ninguna decisión referente la nutrición artificial proveída y a la hidración, dejando la decisión a mi representante del cuidado médico designado debajo de abogado del IC 16-36-1-7, o mi de hecho con energías del cuidado médico bajo IC 30-5-5.

En ausencia de mi capacidad de dar direcciones con respecto al uso de la vida que prolonga procedimientos, es mi intención que este declaración sea honrado por mi familia y médico como la expresión final de la mi derecha legal de rechazar el tratamiento médico o quirúrgico y de aceptar las consecuencias de la denegación.

Entiendo la importación completa de este declaración.

Signed_____

Ciudad, condado y estado de
Residence_____

Han conocido al declarante personalmente a mí, y creo (él/ella) para estar de mente sana. No firmé la firma del declarante arriba para o en la dirección del declarante. No soy un padre, un esposo, o un niño del declarante. Me no dan derecho a cualquier parte del estado del declarante o directamente financieramente responsable de la asistencia médica del declarante. Soy años de la edad competentes y por lo menos dieciocho (18).

Witness_____ _____ de la fecha

Witness_____ _____ de la fecha