

**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: _____	_____
Fecha _____	Dirección _____
Atestiguado por: _____	Ciudad/Estado _____
Fecha _____	Dirección _____
	Ciudad/Estado _____

**O**

ESTADO DE NEBRASKA     )  
  )SS  
Condado De \_\_\_\_\_ )

El declarante voluntariamente firmó esta escritura ante mí.  
\_\_\_\_\_  
Notario Público