



Living Will

This Living Will becomes effective when I am no longer able to make my health care wishes known and/or I can no longer participate in my own decision making regarding these wishes and my attending physician and another consulting physician determine I have:

- A terminal condition*, meaning a condition caused by injury or illness from which there is no reasonable medical probability of recovery and which, without treatment, can be expected to cause death; or
- An end-stage condition*, meaning a condition that is caused by injury or illness which has resulted in severe and permanent deterioration, indicated by incapacity and complete physical dependency, and for which, to a reasonable degree of medical certainty, treatment of the irreversible condition would be medically ineffective; or
- A persistent vegetative state*, meaning a permanent and irreversible condition or unconsciousness in which there is (1) the absence of voluntary action or cognitive behavior of any kind and (2) an inability to communicate or interact purposefully with the environment.

To my family, physician and spiritual advisor;
 To any medical facility that has been entrusted with my care;
 To anyone who has an interest in my health, welfare, or affairs;
 I willfully and voluntarily make this my definitive statement of my desires:

If or when I am no longer able to make my health care wishes and decisions known and it has been determined that I have (please initial below to indicate your wishes):

_____ a terminal condition _____ an end stage condition _____ a persistent vegetative state
then, I give these instructions. I want (please check yes or no for each item below to indicate your wishes):

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| to be allowed to die without life-prolonging procedures | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| to be given medication to alleviate pain and enhance comfort | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| to be kept alive by ventilators or other artificial life support | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| to be fed artificially (tube fed) and hydrated artificially (IV fluids) to sustain life | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |

Other instructions:

I understand the importance of this Living Will and I am emotionally and mentally competent to make this statement. These directions express my legal right to preserve my privacy and to make my own decisions known. Therefore, I direct my family, doctors and all those concerned with my care to follow these instructions.

My signature below reflects that these are my wishes on this date _____/_____/20____.

Signature

Printed Name

- Witnesses must be adults 18 years old or older who are not named as people who make health care decisions (health care surrogate) for the person making this Living Will.
- One witness must not be either the spouse or an immediate family member of the person making this Living Will.

My witness signature below reflects that this Living Will was knowingly and voluntarily signed in my presence.

Witness Signature

Witness Signature

Witness Name (Printed)

Witness Name (Printed)

Address

Address

Phone Number

Phone Number

Compliments of HospiceCare of Southeast Florida, Inc.



TESTAMENTO EN VIDA

Este Testamento en Vida será efectivo cuando ya no sea capaz de expresar mis deseos con relación a mi salud y/o cuando ya no pueda tomar decisiones; y cuando mi médico u otros médicos a los cuales se le(s) halla consultado, determinen que mi padecimiento puede ser:

Una condición Terminal: Significa una condición médica causada por una lesión o enfermedad para la cual no halla una razón médica probable de recuperación y que aún con tratamiento médico, puede causar la muerte.

Una condición en Etapa Final: Significa una condición médica que es causada por una lesión o enfermedad que resulte en un deterioro severo y permanente, demostrando una incapacidad y dependencia física total y que aún recibiendo un tratamiento médico, el resultado sería médicamente inefectivo.

Estado Vegetativo Permanente: Significa una condición médica de inconciencia permanente e irreversible por la cual existe: (1) La ausencia de acción voluntaria o un comportamiento cognitivo de cualquier tipo y (2) Una incapacidad para comunicarse o interactuar voluntariamente con el medio ambiente.

A mi familia, médico y clero;
A cualquier persona que tenga interés en mi salud, bienestar, o asuntos;
En forma voluntaria, es mi intención el hacer de este documento la declaración definitiva de mis deseos:

En el caso, y cuando yo ya no sea capaz de declarar mis decisiones y deseos en cuando a mí salud, y se halla determinado que yo tengo (por favor, marque abajo con su inicial para indicar sus deseos):
 _____ Una condición terminal _____ Una condición en su etapa final _____ un estado vegetativo permanente entonces, yo doy estas instrucciones. Yo deseo (por favor, marque abajo si o no para indicar sus deseos):

Que se me permita morir sin procedimientos para prolongar la vida	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Que se me den medicinas para aliviar el dolor y mantenerme cómodo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Que se me mantenga vivo bajo ventiladores u otros procesos artificiales o “medidas heroicas”	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Que se me alimente (a través de tubo) e hidrate (fluído IV) artificialmente para sostener la vida	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otras instrucciones _____		

Yo entiendo la importancia de este Testamento en Vida y estoy mental y emocionalmente competente para hacer esta declaración. Estas directivas expresan mi derecho legal de preservar mi privacidad y de dar a conocer mis propias decisiones. Por lo tanto, yo pido a mi familia, médico(s) y a todos aquellos relacionados mi cuidado, que sigan estas instrucciones.

Mi firma a continuación refleja que estos son mis deseos para esta fecha _____ / _____ /20_____

Firma	Nombre (use letra imprenta)
-------	-----------------------------

- Los testigos deben ser adultos de 18 años de edad o mayores de esa edad y quienes no hayan sido nombrados como personas que puedan tomar decisiones del cuidado de la salud) de la persona la cual ha hecho este Testamento en Vida.
- Los testigos no deben de ser el/la esposo(a) o algún miembro de la familia de la persona haciendo este Testamento en Vida.

Las firmas de mis testigos, a continuación, reflejan que este Testamento en Vida fué firmado en mi presencia de manera voluntaria.

Firma del Testigo	Firma del Testigo
Nombre (Use letra imprenta)	Nombre (Use letra imprenta)
Dirección	Dirección
Teléfono	Teléfono