



LIVING WILL DECLARATION

(Page 1 of 1)

Declaration made this _____ day of _____ (month, year).

I, _____,
being at least eighteen (18) years of age and of sound mind, willfully and voluntarily make known my desires that my dying shall not be artificially prolonged under the circumstances set forth below, and I declare:

If at any time my attending physician certifies in writing that: (1) I have an incurable injury, disease, or illness; (2) my death will occur within a short time; and (3) the use of life-prolonging procedures would serve only to artificially prolong the dying process, I direct that such procedures be withheld or withdrawn, and that I be permitted to die naturally with only the performance or provision of any medical procedure or medication necessary to provide me with comfort care or to alleviate pain, and, if I have so indicated below, the provision of artificially supplied nutrition and hydration. (Indicate your choice by initialing or making your mark before signing this declaration):

- I wish to receive artificially supplied nutrition and hydration, even if the effort to sustain life is futile or excessively burdensome to me.
- I do not wish to receive artificially supplied nutrition and hydration, if the effort to sustain life is futile or excessively burdensome to me.
- I intentionally make no decision concerning artificially supplied nutrition and hydration, leaving the decision to my health care representative appointed under IC 16-36-1-7 or my attorney in fact with health care powers under IC 30-5-5.

In the absence of my ability to give directions regarding the use of life-prolonging procedures, it is my intention that this declaration be honored by my family and physician as the final expression of my legal right to refuse medical or surgical treatment and accept the consequences of the refusal.

I understand the full import of this declaration.

Signed	Date
City, County, and State of Residence	

The declarant has been personally known to me and I believe (him/her) to be of sound mind. I did not sign the declarant's signature above for or at the direction of the declarant. I am not a parent, spouse, or child of the declarant. I am not entitled to any part of the declarant's estate or directly financially responsible for the declarant's medical care. I am competent and at least eighteen (18) years of age.

Witness	Date
---------	------

Witness	Date
---------	------

(Effective July 1, 1994)



DECLARACION DE TESTAMENTO DE VIDA (Página 1 de 1)

Declaración hecha el día _____ de _____ (med, año).

Yo, _____,

siendo mayor de dieciocho (18) años de edad y en pleno uso de mis facultades, deliberada y voluntariamente hago conocimiento de mi deseo que mi muerte no será artificialmente prolongada bajo las circunstancias descritas abajo, y declaro:

Si en cualquier momento mi médico certifica por escrito que (1) tengo una lesión o enfermedad incurable; (2) mi muerte ocurrirá dentro de un corto periodo de tiempo; y (3) el uso de procedimientos de prolongación de vida servirían solamente para prolongar artificialmente el proceso de muerte, indico que tales procedimientos sean retenidos o retirados, y que se me permita morir naturalmente con solo el desempeño o suministro de cualquier procedimiento médico o medicamento necesario que me provea el cuidado de alivio o alivie el dolor, y si yo así he indicado abajo, el suministro de hidratación y nutrición proveído artificialmente. *(Indique su elección escribiendo sus iniciales o poniendo su marca antes de firmar esta declaración):*

- Deseo recibir nutrición e hidratación administrada artificialmente, aún si el esfuerzo para mantener la vida es en vano o excesivamente oneroso para mí.
- No deseo recibir nutrición e hidratación proveída artificialmente, si en esfuerzo para mantener la vida es en vano o excesivamente oneroso para mí.
- Yo intencionalmente no decido con respecto a la nutrición e hidratación proveída artificialmente, dejando la decisión a mi representante de cuidado de salud nombrado bajo IC 16-36-1-7 ó mi abogado con potestad de cuidado de salud bajo IC 30-5-5.

En la ausencia de mi capacidad para dar indicaciones con respecto al uso de procedimientos para prolongación de vida, es mi intención que esta declaración sea aceptada por mi familia y mi médico como la expresión final de mi derecho legal para rechazar tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias del rechazo.

Entiendo la trascendencia total de esta declaración.

Firma	Fecha
Ciudad, Condado y Estado de Residencia	

El declarante me ha sido presentado personalmente y lo/la creo en pleno uso de sus facultades. No firmé la firma del declarante, escrita arriba, ni recibí orden del mismo para hacerlo. No soy el padre, cónyuge o hijo del declarante. No tengo derecho en ninguna de las partes mencionadas por el declarante o responsabilidad financiera directa del cuidado médico del declarante. Soy competente y mayor de 18 (dieciocho) años de edad.

Testigo	Fecha
---------	-------

Testigo	Fecha
---------	-------

(Effective July 1, 1994)



APPOINTMENT OF HEALTH CARE REPRESENTATIVE (Page 1 of 1)

Patient Name

Pursuant to Indiana Code 16-8-12 et seq. I hereby appoint:

Name	Relationship to Patient (relative, friend, etc.)
Address	
Home Telephone Number ()	Work Telephone Number ()

as my representative to act in my behalf on all matters concerning my health care, including but not limited to providing consent or refusing to provide consent to medical care, surgery, and/or placement in health care facilities, including extended care facilities. This appointment shall become effective at such time and from time to time as my attending physician determines that I am incapable of consenting to my health care.

I hereby give the following instructions to my representative (*optional*):

- 1) _____

- 2) _____

I authorize all health care providers to rely upon consents and authorizations provided by my representative, and I ratify all that my representative shall do by virtue of this appointment. I agree to be financially responsible for health care services performed in reliance upon consents executed by my health care representative.

Patient Signature	Date
Witness (<i>Adult other than Representative</i>)	Date





NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE DE CUIDADO DE SALUD (Página 1 de 1)

Nombre del Paciente

De conformidad con el código de Indiana 16-8-12 et seq. Yo nombro a:

Nombre	Relación con Paciente (pariente, amigo, etc.)
Dirección	
Teléfono de Casa ()	Teléfono de Trabajo ()

como mi representante para proceder en mi voluntad en toda materia concerniente a mi cuidado de salud, incluyendo pero no limitada a proveer consentimiento o rechazar consentimiento para cuidado médico, cirugía, y/o ubicación en complejos de cuidado médico. Este nombramiento deberá hacerse efectivo en su momento y en cada ocasión que mi médico determine que soy incapaz de dar consentimiento para mi cuidado de salud.

Doy las siguientes instrucciones a mi representante (opcional):

- 1) _____

- 2) _____

Autorizo a todos los proveedores de salud (médicos) en confiar en los consentimientos y autorizaciones de mi representante, y ratifico todo lo que mi representante hará por virtud de este documento. Acuerdo ser responsable financiero por los servicios del cuidado de salud realizados basados en consentimientos ejecutados por mi representante de cuidado de salud.

Firma del Paciente	Fecha
--------------------	-------

Testigo (Adulto no el representante)	Fecha
--------------------------------------	-------



INDIANA LIFE PROLONGING PROCEDURES DECLARATION

State Form 55315 (6-13)

Indiana State Department of Health – IC 16-36-4

This declaration is effective on the date of execution and remains in effect until revocation or the death of the declarant. This declaration should be provided to your physician.

LIFE PROLONGING PROCEDURES DECLARATION

Declaration made this _____ day of _____ (month, year). I, _____, being at least eighteen (18) years of age and of sound mind, willfully and voluntarily make known my desire that if at any time I have an incurable injury, disease, or illness determined to be a terminal condition I request the use of life prolonging procedures that would extend my life. This includes appropriate nutrition and hydration, the administration of medication, and the performance of all other medical procedures necessary to extend my life, to provide comfort care, or to alleviate pain.

In the absence of my ability to give directions regarding the use of life prolonging procedures, it is my intention that this declaration be honored by my family and physician as the final expression of my legal right to request medical or surgical treatment and accept the consequences of the request.

I understand the full import of this declaration.

Signed _____

City, County, and State of Residence

WITNESSES

The declarant has been personally known to me and I believe (him/her) to be of sound mind. I am competent and at least eighteen (18) years of age.

Witness _____ Date (month, day, year) _____

Witness _____ Date (month, day, year) _____

