

**LIVING WILL**

To: My Family, My Physician, My lawyer and All Others Whom It May Concern:

Death is much a reality as birth, growth, maturity, and old age. It is the one certainly of life. If the time comes when I can no longer take part in the decision for my own future, let this statement stand as an expression of my wishes and directions, while I am sill of sound mind.

If such time and situation should arise in which there is no reasonable expectation of my recovery from extreme physical or mental disability: I direct that I be allowed to die, and not to be kept alive by kept alive by medications, artificial means or "heroic measures", do however ask that medication be mercifully administered to me to alleviate suffering even though this may shorten my remaining life.

This statement is made after careful consideration and is in accordance with my strong convictions and beliefs. I want these wishes directions carried out to the extent permitted by law. Insofar as they are not legally enforceable, I hope that those whom this living will is addressed will regard themselves as morally bound by these provisions.

\_\_\_\_\_

Patient Name

Patient Signature

Date

\_\_\_\_\_

Witness Name

Witness Signature

Date

---

A; MI FAMILIA, MEDICO, ABOGADO Y CUALQUIER OTRO INTERESADO.

La muerte es tan real como el nacer, crecer y madurar. La vejez es una de las cosas más seguras en esta vida. Si llega el momento en que no pueda tomar decisiones relacionadas a mi propio futuro, deseo que esta declaración sea considerada como una expresión de mis decesos e instrucciones, mientras aun gozo de claridad mental.

Si se llegar a dar el momento o situación en que no exista una expectativa razonable de que me pueda recuperar de una enfermedad física o mental extreme, yo deseo que se me permita morir, y que no se mantenga con vida por medio de medicamentos, mediaos artificiales o "mediadas heroicas". No obstante, deseo que los medicamentos se me administren de manera misericordiosa para aliviar el sufrimiento a pesar de que se acorte lo que me resta de vida.

Esta declaración es producto de una cuidadosa consideración y está de acuerdo con mis convicciones y creencias. Quiero que mis deseos e intrusiones se lleven a cabo hasta el grado que lo permita la ley. Si no puede llevarse cabo legalmente espero que aquellos a quienes va dirigida esta declaración se vean influenciados moralmente a sus provisiones.

\_\_\_\_\_

Nombre de paciente

Firma de paciente

Fecha

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del primer testigo

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del segundo testi