



# LIFE-PROLONGING PROCEDURES DECLARATION

## Indiana Code 16-8-11

Declaration made this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ (month, year).

I, \_\_\_\_\_, being at least eighteen (18) years old 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	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 am competent and at least eighteen (18) years old.

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

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



# DECLARACIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA PROLONGACIÓN DE VIDA

## Código de Indiana 16-8-11

Declaración hecha el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (mes, 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 de que si en algún momento tengo una enfermedad o lesión incurable determinada a ser una condición terminal, pido la utilización de procedimientos para prolongación de vida, que pudieran extender mi vida. Esto incluye nutrición e hidratación apropiada, administración de medicamento y la realización de todos los demás procedimientos médicos necesarios para extender mi vida, proporcionar comodidad en mi cuidado o para aliviar dolor.

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 pedir tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias de la petición.

Entiendo la trascendencia total de esta declaración.

Firma	Fecha
Ciudad, Condado y Estado de Residencia	

El declarante me ha sido presentado personalmente y lo/le creo en pleno uso de sus facultades. Soy competente y mayor de dieciocho (18) años de edad.

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

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