

ENGLISH	SPANISH
DECLARATION OF A DESIRE FOR A NATURAL DEATH STATE OF SOUTH CAROLINA COUNTY OF _____ I, _____ Declarant, being at least eighteen years of age and a resident of and domiciled in the City of _____, County of _____, State of South Carolina, make this Declaration this _____ day of _____, 20____ I willfully and voluntarily make known my desire that no life sustaining procedures be used to prolong my dying if my condition is terminal or if I am in a state of permanent unconsciousness, and I declare: If at any time I have a condition certified to be a terminal condition by two physicians who have personally examined me, one of whom is my attending physician, and the physicians have determined that my death could occur within a reasonably short period of time without the use of life sustaining procedures or if the physicians certify that I am in a state of permanent unconsciousness and where the application of life sustaining procedures would serve only to prolong the dying process, I direct that the procedures be withheld or withdrawn, and that I be permitted to die naturally with only the administration of medication or the performance of any medical procedure necessary to provide me with comfort care. INSTRUCTIONS CONCERNING ARTIFICIAL NUTRITION AND HYDRATION INITIAL ONE OF THE FOLLOWING STATEMENTS If my condition is TERMINAL and could result in death within a reasonably short time, _____ I direct that nutrition and hydration BE PROVIDED through any medically indicated means, including medically or surgically implanted tubes. OR _____ I direct that nutrition and hydration NOT BE PROVIDED through any medically indicated means, including medically or surgically implanted tubes. INITIAL ONE OF THE FOLLOWING STATEMENTS If I am in a PERSISTENT VEGETATIVE STATE or other condition of permanent unconsciousness, _____ I direct that nutrition and hydration BE PROVIDED through any medically indicated means, including medically or surgically implanted tubes. OR _____ I direct that nutrition and hydration NOT BE PROVIDED through any medically indicated means, including medically or surgically implanted tubes. In the absence of my ability to give directions regarding the use of life-sustaining procedures, it is my intention that this Declaration be honored by my family and physicians and any health facility in which I may be a patient as the final expression of my legal right to refuse medical or surgical treatment, and I accept the consequences from the refusal. I am aware that this Declaration authorizes a. physician to withhold or withdraw life-sustaining procedures. I am emotionally and mentally competent to make this Declaration.	VOLUNTAD ANTICIPADA DE MUERTE NATURAL ESTADO DE CAROLINA DEL SUR CONDADO DE _____ Yo, _____, declarante, de al menos dieciocho años de edad, residente y domiciliado en la ciudad de _____, Condado de _____, Estado de Carolina del Sur, hago esta declaración con fecha del _____ de 20____. De forma libre y voluntaria hago saber mi deseo de que, si me aquejase una enfermedad en fase terminal o estuviese en estado de inconsciencia permanente, no se utilice ningún tipo de procedimiento para prolongar mi vida. Por ende declaro que: Si en algún momento yo padeciera de una enfermedad considerada terminal por dos médicos(as) quienes me hayan examinado personalmente -uno(a) de los/las cuales es el/la médico(a) principal a cargo de mi caso- y los/las mismos(as) hubiesen determinado que sin recurrir a métodos de soporte vital moriría en un tiempo relativamente breve; o si bien dichos(as) médicos(as) certifican que estoy en estado de inconsciencia permanente y que el uso de métodos artificiales sólo serviría para aplazar mi fallecimiento, ordeno que se no se me apliquen estos procedimientos o que, de haberse iniciado, se me retire de los mismos y se me permita morir de forma natural, recibiendo solamente los medicamentos y procedimientos médicos necesarios para aplacar el dolor y sentirme cómodo(a). INSTRUCCIONES CONCERNIENTES A LA ALIMENTACIÓN ASISTIDA E HIDRATACIÓN. COLOQUE SU INICIAL EN UNA DE LAS OPCIONES: Si mi condición es TERMINAL y puede resultar en la muerte en un período razonablemente corto, _____ y o ordeno que la nutrición e hidratación SEAN PROVISTOS a través de los medios médicos indicados, incluyendo la intubación/entubación. O _____ Yo ordeno que la nutrición e hidratación NO SEAN PROVISTOS a través de los medios médicos indicados, incluyendo la intubación/entubación. COLOQUE SU INICIAL EN UNA DE LAS OPCIONES: Si me hallo en un ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE u otra condición de inconsciencia permanente, _____ yo ordeno que la nutrición e hidratación SEAN PROVISTOS a través de los medios médicos indicados, incluyendo la intubación/entubación. O _____ Yo ordeno que la nutrición e hidratación NO SEAN PROVISTOS a través de los medios médicos indicados, incluyendo la intubación/entubación. En la ausencia de mi habilidad para dar instrucciones en lo concerniente al uso de métodos de soporte vital, es mi intención que mi familia, mi doctor(a) y cualquier centro de salud donde me halle internado(a) como paciente honren esta declaración. Esta es mi última voluntad que expresa mi derecho legal a rechazar tratamiento médico o quirúrgico y asumo las consecuencias de la misma. Estoy consciente de que esta declaración autoriza a. al/a la doctor(a) a no utilizar o retirar todo soporte vital. Me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales y soy emocionalmente competente para realizar esta declaración.

APPOINTMENT OF AN AGENT (OPTIONAL)

1. You may give another person authority to REVOKE this declaration on your behalf. If you wish to do so, please enter that person's name in the space below.

Name of Agent with Power to Revoke:

Address:

Telephone Number:

2. You may give another person authority to REVOKE this declaration on your behalf. If you wish to do so, please enter that person's name in the space below.

Name of Agent with Power to Revoke:

Address:

Telephone Number: (over)

ASIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE (OPCIONAL)

1. Usted puede autorizar a alguien para que REVOQUE esta declaración en su lugar. De ser ese su deseo, por favor coloque el nombre de la persona en el espacio siguiente.

Nombre del representante con poder de revocatoria:

Dirección:

Número de teléfono:

2. Usted puede autorizar a alguien para que REVOQUE esta declaración en su lugar. De ser ese su deseo, por favor coloque el nombre de la persona en el espacio siguiente.

Nombre del representante con poder de revocatoria:

Dirección:

Número de teléfono:

(continúa en la siguiente página)