

ARIZONA MEDICAL LIVING WILL

First Name: _____ Last Name: _____

Date of Birth: _____ Address: _____

This Medical Living Will is effective only while I am unable to make or communicate my healthcare decisions. If I'm so sick I could die soon, I want everyone who cares for me to know what healthcare I want when I am not able to tell them myself. Please initial your preferences below.

1. _____ I want **ALL** life support treatments that my medical providers think might help. (If you initial here, do not initial sections 2 or 3.)

OR

2. _____ I want my medical providers to try life support treatments that they think might help, except I **do not want** the following treatments (check the boxes below):

CPR ☐ No
Breathing Machine ☐ No
Feeding Tubes ☐ No
IV Fluids ☐ No

Dialysis ☐ No
Antibiotics ☐ No
Blood Transfusions ☐ No

OR

3. _____ I **DO NOT** want life support treatments. I want to focus on being comfortable. I want to have a natural death.

Attached are additional directions to this Living Will: (Please check) ☐ DNR or Prehospital Medical Care Directive ☐ POLST
☐ Additional Statements/Desires: _____

Organ Donation: Do you want to be an organ, eye and/or tissue donor? (Initial Yes or No) Yes _____ No _____

If yes, circle what you want donated: any organ eye tissue or Specify: _____

Signature: This is a legal document. By signing it, you acknowledge that you have reviewed it carefully and it reflects your wishes.

For this form to be valid, you must be at least 18 years old and have one witness or a notary watch you sign this form.

Print Your Name

Sign Your Name

Today's Date

Witness

I was present when this Medical Living Will was signed and dated. The person seemed to be thinking clearly and was not forced to sign this Medical Living Will. I also promise that I am: 1) at least 18 years of age; 2) not the person's medical decision maker; 3) not part of the person's healthcare team; 4) not related by blood, marriage, or adoption; and 5) not going to get any part of the person's estate (such as money or property) after he/she dies.

Witness Signature

Date (must match)

Witness Print First Name

Witness Print Last Name

Address

This document may be notarized instead of witnessed (optional).

State of Arizona _____ County of _____

On this _____ day of _____, 20____, before me personally appeared _____ [name of signer] whose identity was proven and he or she appeared to be of sound mind and free from duress, fraud or undue influence and he or she signed the above document.

[Affix Seal Here]

NOTARY PUBLIC

We encourage you to also complete your Healthcare Power of Attorney. Talk about this form and your wishes about your healthcare with your Healthcare Power of Attorney, your medical provider(s), and your loved ones. Give each of them a copy of this form. You should review this form often and update as needed. You may cancel this form at any time.

ARIZONA HEALTHCARE POWER OF ATTORNEY WITH OPTIONAL MENTAL HEALTH AUTHORITY

First Name: _____ Last Name: _____

Date of Birth: _____ Address: _____

This form lets you choose a medical decision maker (healthcare power of attorney) if you cannot communicate or make those decisions yourself. A medical decision maker must be at least 18 years of age and should be someone who knows your wishes and values and who you trust to carry out your wishes. It may be a family member or friend.

By signing this form, you give your medical decision maker full power to make healthcare decisions for you, including to: 1) Choose your medical providers, caregivers, treatment options and where you receive care; 2) Agree to, refuse or withdraw life support or medical treatment. You may also choose to give your medical decision maker the power to make mental health decisions for you; and 3) Decide what happens to your body after you die, such as funeral arrangements and organ donation, if you have not made other arrangements.

MEDICAL DECISION MAKER - I want this person to make my medical decisions if I am not able to make my own:

First Name _____ Last Name _____ Relationship _____ Phone _____

Address _____ Email Address _____

If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions:

First Name _____ Last Name _____ Relationship _____ Phone _____

Address _____ Email Address _____

MENTAL HEALTHCARE POWER OF ATTORNEY - This section must be initialed in front of a witness or a notary.

_____ Initial here, to allow your medical decision maker the power to make mental healthcare decisions for you.

_____ Initial here, to allow your medical decision maker the power to admit you to an inpatient or partial psychiatric hospitalization program.

If there are mental health decisions you do not want them to make, write them here: _____

This section may not be revoked if you are not able to make decisions for yourself, as determined by your physician.

Signature: This is a legal document. By signing it, you acknowledge that you carefully reviewed it and that the information reflects your wishes regarding who can make medical decisions for you, what those decisions should be, and that those wishes should be honored. **For this form to be valid, you must be at least 18 years old and have one witness or a notary watch you sign this form.**

Print Your Name _____

Sign Your Name _____

Today's Date _____

Witness

I was present when this Medical Power of Attorney was signed and dated. The person seemed to be thinking clearly and was not forced to sign this Medical Power of Attorney. I also promise that I am: 1) at least 18 years of age; 2) not the person's medical decision maker; 3) not part of the person's healthcare team; 4) not related by blood, marriage, or adoption; and 5) not going to get any part of the person's estate (such as money or property) after he/she dies.

Witness Signature _____

Date (must match) _____

Witness Print First Name _____

Witness Print Last Name _____

Address _____

This document may be notarized instead of witnessed (optional).

State of Arizona _____ County of _____

On this _____ day of _____, 20____, before me personally appeared _____ [name of signer] whose identity was proven and he or she appeared to be of sound mind and free from duress, fraud or undue influence and he or she signed the above document.

[Affix Seal Here]

NOTARY PUBLIC

TESTAMENTO EN VIDA PARA EL ESTADO DE ARIZONA

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Este Testamento en Vida es eficaz sólo cuando no tenga yo la capacidad de tomar o comunicar mis decisiones acerca del cuidado de mi salud. Si me encuentro tan enfermo al punto que podría morir pronto, quisiera que los que me cuiden sepan cuáles tratamientos desearía cuando no sea capaz de decirles. Favor de escribir sus iniciales para indicar su preferencia:

1. _____ Quisiera **TODOS** los tratamientos de mantenimiento de vida que puedan ayudarme, según mis médicos. (Si firma aquí, no firme el #2 ni el #3.)

2. _____ Quisiera Me gustaría que los médicos provean tratamientos de mantenimiento de vida que podrían ayudarme, pero **no quiero** los siguientes tratamientos (marque las opciones abajo):

Reanimación cardiopulmonar (RCP)	☐ No	Diálisis	☐ No
Respirador artificial	☐ No	Antibióticos	☐ No
Líquidos intravenosos (IV)	☐ No	Transfusiones sanguíneas	☐ No
Sondas de alimentación	☐ No		

3. _____ **NO QUIERO** tratamientos de mantenimiento de vida. Quisiera sentirme cómodo(a). Quisiera fallecer de muerte natural.

Se adjuntan instrucciones adicionales. (Marque las opciones apropiadas): ☐ Orden de No Resucitar (DNR por sus siglas en inglés) o forma directiva médica pre - hospitalización ☐ POLST ☐ Instrucciones/deseos adicionales:

Donación de Órganos: ¿Quiere ser donante de órganos, o tejidos? (Escriba sus iniciales para Sí o No) Sí _____ No _____

Si quiere ser donante, circule cualquier órgano que desee donar: ojo tejido Especifique si otro: _____

Firma: Este es un documento legal. Al firmarlo, usted verifica que lo ha repasado con cuidado y que indica claramente sus deseos. **Para usar este formulario, es preciso que usted tenga a lo menos 18 años y que un testigo o un notario público le observe firmar.**

Escribe tu nombre

Firme tu nombre

Fecha

Testigo

Estaba presente cuando se firmó y se fechó este testamento en vida. La persona parecía pensar claramente y nadie le obligó a firmar este testamento en vida para la atención médica. También prometo que: 1) soy mayor de 18 años de edad; 2) no soy el responsable de tomar decisiones médicas para esta persona; 3) no soy del equipo médico de esta persona; 4) no tengo parentesco consanguíneo, matrimonio, o adopción; y 5) no recibiré nada de su patrimonio (por ejemplo, dinero o bienes) después de que muera la persona.

Firma del testigo

Fecha (debe ser la misma que la del titular)

Primer nombre del testigo

Apellido del testigo

Dirección del testigo

Este documento puede ser verificado por un Notario en vez de firmado por un testigo (opcional).

Estado de Arizona _____)

Condado de _____)

En este día _____ del mes de _____, 20____, compareció personalmente ante mí _____ [nombre del firmante], cuya identidad fue acreditada y quien parecía estar en pleno uso de sus facultades mentales y libre de coacción, fraude o influencia indebida, y firmó el documento anterior.

[Estampe aquí su sello]

NOTARIO PÚBLICO

Le animamos a que también complete su Poder Notarial para la Salud. Hable sobre este documento y sus deseos médicos con su apoderado, sus proveedores de atención médica y sus seres queridos. Entréguele a cada uno una copia. Debe revisar este documento a menudo y actualizarlo cuando sea necesario. Puede cancelar este documento en cualquier momento.

PODER NOTARIAL DE ATENCIÓN MÉDICA DE ARIZONA CON AUTORIDAD OPCIONAL DE SALUD MENTAL

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Este formulario le permite elegir a una persona encargada de tomar decisiones médicas (mediante un poder para la atención médica) en caso de que usted no pueda comunicarse o tomar dichas decisiones por sí mismo. Esta persona debe tener al menos 18 años de edad y ser alguien que conozca sus deseos y valores, y en quien usted confíe para llevarlos a cabo; puede tratarse de un familiar o de un amigo.

Al firmar este formulario, usted otorga a la persona designada plena autoridad para tomar decisiones sobre su atención médica, incluyendo: 1) elegir a sus proveedores de servicios médicos, cuidadores, opciones de tratamiento y el lugar donde recibirá la atención; 2) aceptar, rechazar o retirar medidas de soporte vital o tratamientos médicos (también puede optar por otorgarle la facultad de tomar decisiones relacionadas con su salud mental); y 3) decidir qué sucederá con su cuerpo después de su fallecimiento —por ejemplo, los arreglos funerarios y la donación de órganos—, siempre y cuando usted no haya dispuesto otra cosa.

REPRESENTANTE MÉDICO: Quiero que esta persona tome mis decisiones médicas si no puedo hacerlo por mí mismo.

Primer nombre Apellido Su relación Teléfono

Dirección Correo Electrónico

If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions:

Primer nombre Last Apellido Su relación Teléfono

Dirección Correo Electrónico

PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA MENTAL - Esta sección debe ser rubricada frente a un testigo o notario.

Iniciales aquí para autorizar a su representante a tomar decisiones de salud mental en su nombre.

Iniciales aquí para autorizar a su apoderado médico a admitirlo en un programa de hospitalización psiquiátrica, ya sea de internado o de día.

Si usted no quiere que su representante tomar ciertas decisiones de salud mental, por favor escríbalas aquí: _____

Esta sección no puede ser revocada si usted no tiene la capacidad de tomar decisiones por sí mismo, según lo determine su médico.

Firma: Este documento es legal. Al firmarlo, usted certifica que lo ha leído con atención y que refleja con claridad sus deseos sobre quiénes pueden tomar decisiones médicas por usted y qué decisiones deben tomarse, asegurando que se cumpla su voluntad. **Para que este formulario tenga validez, debe ser mayor de 18 años y firmarlo en presencia de un testigo o un notario público.**

Escribe tu nombre Firme tu nombre Fecha

Testigo

Estaba presente cuando se firmó y se fechó este testamento en vida. La persona parecía pensar claramente y nadie le obligó a firmar este testamento en vida para la atención médica. También prometo que: 1) soy mayor de 18 años de edad; 2) no soy el responsable de tomar decisiones médicas para esta persona; 3) no soy del equipo médico de esta persona; 4) no tengo parentesco consanguíneo, matrimonio, o adopción; y 5) no recibiré nada de su patrimonio (por ejemplo, dinero o bienes) después de que muera la persona.

Firma del testigo Fecha (debe ser la misma que la del titular)

Primer nombre del testigo Apellido del testigo Dirección del testigo

Este documento puede ser notariado en lugar de firmado por un testigo (opcional) - consulte la página siguiente.

Este documento puede ser verificado por un Notario en vez de firmado por un testigo (opcional).

Estado de Arizona _____)

Condado de _____)

En este día _____ del mes de _____, 20____, compareció personalmente ante mí _____
[nombre del firmante], cuya identidad fue acreditada y quien parecía estar en pleno uso de sus facultades mentales y libre de
coacción, fraude o influencia indebida, y firmó el documento anterior.

[Estampe aquí su sello]

NOTARIO PÚBLICO