

**ESTADO DE ARIZONA
TESTAMENTO EN VIDA (atenciones al final de la vida)(cont.)**

3. Otras declaraciones o deseos que quiero que se cumplan para las atenciones al final de la vida:

NOTA: Usted puede adjuntar más cláusulas o limitaciones a las atenciones médicas que no se hayan incluido en este formulario de testamento en vida. Escriba las iniciales de su nombre o una marca de cotejo en la casilla A o B abajo. Asegúrese de incluir lo adjunto si marca la B.

- _____ **A.** No adjunté más cláusulas o limitaciones especiales sobre las atenciones que quiero al final de la vida.
_____ **B.** Adjunté más cláusulas o limitaciones especiales sobre las atenciones que quiero al final de la vida.

FIRMA O VERIFICACIÓN

A. Estoy firmando este testamento en vida como sigue:

Mi Firma: _____ Fecha: _____

B. Soy incapaz físicamente de firmar este documento, por lo que un(a) testigo está verificando mis deseos como sigue:

Verificación del/de la Testigo: Considero que este testamento en vida manifiesta fielmente los deseos que me comunicó el/la principal del documento. Él/ella tiene la intención de poner en vigor este testamento en vida ahora. Por lo pronto, él/ella es incapaz físicamente de firmar o de hacer una marca en el documento. Verifico que él/ella me indicó directamente que el testamento en vida manifiesta los deseos suyos y que tiene la intención de poner en vigor este testamento en vida ahora.

Nombre del/de la Testigo (en letra de molde): _____
Firma: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL/DE LA TESTIGO O NOTARIO/A PÚBLICO/A:

NOTA: Por lo menos un(a) testigo adulto/a o un(a) Notario/a Público/a deberá dar fe de que usted firmó este documento y después firmarlo. El/la testigo o Notario/a Público/a NO PUEDE ser alguien que sea: (a) menor de 18 años de edad; (b) pariente suyo/a por sangre, adopción o matrimonio; (c) alguien con derecho a alguna parte de sus bienes; (d) designado/a como representante; o (e) alguien que esté involucrado en proporcionar atención médica a usted al momento de firmarse este documento.

A. Testigo: Certifico que he atestiguado la firma de este documento por el/la Principal. La persona que firma este testamento en vida parecía estar lúcida y no estar bajo presión de tomar decisiones específicas o de firmar el documento. Comprendo los requisitos para ser testigo. Confirmando lo siguiente:

- ◆ Actualmente no estoy designado/a para tomar decisiones médicas para esta persona.
- ◆ No estoy involucrado/a directamente en proporcionar atención médica a esta persona.
- ◆ No tengo derecho a porción alguna de los bienes de esta persona cuando muera ni por testamento ni por efecto de la ley.
- ◆ No estoy emparentado/a con esta persona por sangre, matrimonio o adopción.

Nombre del/de la Testigo (en letra de molde): _____
Firma: _____ Fecha: _____
Dirección: _____

Notario/a Público/a (NOTA: sólo hace falta Notario/a Público/a si no lo firmó un(a) testigo)

ESTADO DE ARIZONA) ss
CONDADO DE _____)

El/a infrascrito/a, Notario/a Público/a certificado/a en Arizona, declara que la persona que establece este testamento en vida lo ha fechado y firmado o marcado en mi presencia y me parece que está lúcido/a y libre de coacción. Además declaro que no estoy emparentado/a con el/a arriba firmante, por sangre, matrimonio o adopción, ni soy una persona designada para tomar decisiones médicas a nombre de él/ella. No estoy involucrado/a directamente en proporcionar atención médica al/a la firmante. No tengo derecho a porción alguna de sus bienes ni por testamento existente ni por efecto de la ley. En caso de que la persona que ponga en vigor este testamento en vida sea incapaz físicamente de firmar o marcar este documento, verifico que él/ella me indicó directamente que este testamento en vida manifiesta sus deseos y que él/ella tiene la intención de poner en vigor el testamento en vida ahora.

DOY FE POR MI FIRMA Y SELLO este día _____ de _____, 20_____.
Notario/a Público/a _____ Mi Cargo Vence: _____