

Declaración de deseo de muerte natural

según se establece en el Acta de derecho a una muerte natural

Yo, _____, estando en pleno dominio de mis facultades mentales, deseo que según se especifica a continuación, mi vida no sea prolongada mediante métodos extraordinarios o por método de nutrición artificial o de hidratación si se determina que mi condición es terminal e incurable o se me diagnostica en estado vegetativo persistente. Tengo conocimiento y entiendo que este permiso escrito autoriza al / a los médico(s) a discontinuar o suspender métodos extraordinarios, nutrición artificial o hidratación, de acuerdo a las especificaciones abajo expuestas.

(Firme con sus iniciales a continuación, según sus deseos):

_____ Si se determina que mi condición es terminal e incurable, autorizo lo siguiente:

_____ Mi médico tiene permiso para discontinuar o suspender exclusivamente los métodos extraordinarios.

_____ Mi médico tiene permiso para, además de discontinuar o suspender los métodos extraordinarios, de ser necesario el uso de los mismos, discontinuar o suspender ya sea la nutrición artificial o la hidratación, u ambas.

_____ Si mi médico determina que estoy en un estado vegetativo persistente, autorizo lo siguiente:

_____ Mi médico tiene permiso para discontinuar o suspender
exclusivamente los métodos extraordinarios.

_____ Mi médico tiene permiso para, además de discontinuar o suspender los
métodos extraordinarios, de ser necesario el uso de los mismos,
discontinuar o suspender ya sea la nutrición artificial o la hidratación,
u ambas.

Este es el día _____ del mes de _____ del año 200__.

Firma _____

Mediante la presente atestigo que el declarante, _____, estando en pleno dominio de sus facultades mentales, firmó la declaración arriba expuesta en mi presencia; Asimismo atestigo que no tengo relación de sangre o matrimonio con el declarante y que no tengo ya sea conocimiento o expectativa razonable de que yo tenga derecho a parte alguna de los bienes de herencia del declarante bajo ningún testamento o legado del declarante o como heredero bajo el Acta Interestatal de Sucesión en caso de que el declarante muriera en esta fecha sin haber hecho un testamento. Atestigo también que no soy el médico que le atiende, o empleado del médico que atiende al declarante, o empleado de una facilidad médica de la cual el declarante es paciente, o empleado de una clínica particular o residencia de cuidado grupal donde reside el declarante. Igualmente declaro que no tengo derecho de reclamo alguno en contra del declarante.

Testigo _____

Testigo _____

El secretario o el asistente del secretario, o el notario público podrá, de tener prueba adecuada, certificar la declaración como sigue:

Certificado

Yo, _____,

En mi capacidad de Secretario (Asistente del Secretario) de la Corte Superior o como Notario Público (circule la opción pertinente) para el Condado de _____ mediante la presente certifico que, _____, el declarante, se presentó ante mí y juró a los testigos y a mi que este instrumento es su Declaración de su deseo de muerte natural, y que él lo ha hecho y ejecutado de manera intencional y voluntaria como acto libre y propio para el propósito expresado en el mismo.

Además certifico que los testigos _____ y _____, se presentaron ante mí y juraron haber presenciado al declarante _____, firmaron esta declaración, convencidos de que estaba en pleno poder de sus facultades mentales; y también juraron que en el momento de presenciar la declaración, (I) no estaban relacionados al declarante o su esposo / a hasta un tercer grado de parentesco, y que (II) no tenían ya sea conocimiento o expectativa razonable de tener derecho a parte alguna de los bienes de herencia del declarante bajo ningún testamento o legado del declarante o como herederos bajo el Acta Interestatal de Sucesión en caso de que el declarante muriera en esta fecha sin haber hecho un testamento, y que (III) no son el médico que la atiende, o empleados del médico que atiende al declarante, o empleados de una facilidad médica de la cual el declarante es paciente, o

empleados de una clínica particular o residencia de cuidado grupal donde reside el declarante, y que (IV) declaran que no tienen derecho de reclamo alguno en contra del declarante. Certifico as mismo que estoy satisfecho en cuanto a la autenticidad y debida ejecución de la declaración.

Este es el día _____ del mes de _____ del año 200_____.

Secretario (Asistene del Secretario) de la Corte Superior o Notario Público (circule la opción pertinente) para el Condado de _____

Notario Público _____

Mi comisión expira _____