

DECLARACIÓN LEGAL DE DERECHO A MORIR

Yo, el abajo firmante, _____, residente en Salina, Kansas, estando en pleno uso de mis facultades mentales, doy a conocer voluntaria y voluntariamente mi deseo de que mi vida no sea prolongada artificialmente en las circunstancias que se exponen a continuación, y declaro por la presente:

Si en cualquier momento sufro una lesión, enfermedad o dolencia incurable certificada como condición terminal por dos médicos que me hayan examinado personalmente, uno de los cuales será mi médico de cabecera, y los médicos hayan determinado que mi muerte se producirá tanto si se utilizan procedimientos de mantenimiento de la vida como si no, y cuando la aplicación de procedimientos de mantenimiento de la vida sólo sirva para prolongar artificialmente el proceso de la muerte, ordeno que dichos procedimientos no se apliquen o se retiren, y que se me permita morir de forma natural con sólo la administración de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para proporcionarme cuidados de comodidad.

En ausencia de mi capacidad para dar instrucciones sobre el uso de dichos procedimientos para mantener o prolongar la vida, es mi intención que esta declaración sea respetada por mi familia y mis médicos como la expresión final de mi derecho legal a rechazar el tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

Comprendo todo el significado de esta declaración y soy emocional y mentalmente competente para hacerla. Esta declaración será una prueba clara y convincente de mis intenciones.

Fecha: _____, 20____

Fecha

Este documento debe ser fechado y firmado en presencia de dos testigos o reconocido por un notario.

He conocido al declarante personalmente y creo que está en su sano juicio. No firmé en lugar del declarante. No estoy emparentado con el declarante por sangre o matrimonio, ni tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del declarante de acuerdo con las leyes de sucesión intestada o en virtud de un testamento del declarante o de un anexo de este, ni soy directamente responsable financiero de la atención médica del declarante.

TESTIGOS

Los testigos no deben ser (i) el agente de asistencia médica; (ii) tener algún parentesco con el declarante por sangre, matrimonio y adopción; (iii) tener derecho a una parte del patrimonio del declarante; o (iv) no ser responsable económicamente de la asistencia médica del declarante.

Testigo _____

Testigo _____

Dirección _____

Dirección _____

O

NOTARIO PÚBLICO

ESTADO DE KANSAS, CONDADO DE _____, en particular:

El instrumento anterior fue reconocido ante mí el día _____ de _____, 20____, por _____.

Notario Público