

DECLARACIÓN de TESTAMENTO en VIDA

Yo, _____, estando en posesión de todas mis facultades siquicas, premeditadamente y voluntariamente, hago saber mi deseo de que mi agonía no se prolongue artificialmente bajo ningunas de las circunstancias descritas abajo, declaro por la presente:

Si en cualquier momento sufro de una lesión o enfermedad incurable, o enfermedad ser una diagnosticada, al menos por dos médicos, uno de los cuales será mi médico personal, y dicha enfermedad, no reviste mejoría aplicandó métodos de mantenimiento artificial de la vida y dichos métodos sólo sirvieran para prolongar artificialmente un proceso agonizante, expongo que tales procedimientos se detengan y que

me permitan morir dignamente con sólo la administración de medicación o la ejecución de cualquier procedimiento médico que reduzca el sufrimiento de la fase terminal de la enfermedad.

Cuando cese mi capacidad de tomar decisiones con relación al desarrollo de mi enfermedad, es mi intención que esta declaración sea respetada por mi familia y médico(s) como la expresión conclusiva de mi derecho legal a negar tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias de tal negativa. Comprendo plenamente la importancia de esta declaración y estoy emocionalmente y mentalmente capacitado para tomar esta decisión.

Fecha de la declaración _____ (día) de _____ (mes, año)
Firma: _____
X _____
Dirección: _____ (calle) _____ (ciudad) _____ (estado, código)

El formulario debe ser firmado por dos testigos calificados o certificado ante un notario público.

Notario Público:	Notary Seal:
ESTADO de _____ CONDADO de _____	
Este documento se reconoce ante mí el _____ día de _____ 20 _____	
por _____ (Nombre de la persona afectada)	
Firma del Notario: _____	
Mi puesto vence: _____	
OR	
Testigos:	
Se ha presentado el declarante personalmente ante mí y certifico que el mismo está en plenas facutades síquicas. No he falsificado la firma del declarante ni tengo ningún tipo de relación de parentesco, ni económica con el susodicho de igual manera, no soy su médico responsable.	
Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código: _____	Ciudad, Estado, Código: _____

Este documento está basado en el Estatuto de Kansas 65-28, 101.

Más formularios e información disponibles en:

Kansas Health Ethics, Inc., 5900 East Central Ave., Suite 101, Wichita, KS 67208.

Telephone (316) 684-1991

