

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA TERMINAR MI VIDA DE MANERA HUMANITARIA Y DIGNA

Yo, _____, soy una persona adulta en pleno uso de mis capacidades mentales.

Sufro de _____, y el médico ha determinado que se trata de una enfermedad terminal.

Me han informado completamente respecto de mi diagnóstico, pronóstico, la naturaleza de los medicamentos que se recetarán y los posibles riesgos asociados con los mismos, el resultado esperado y las posibles alternativas, incluyendo cuidado para confort, cuidado de hospicio y control del dolor.

Solicito que el médico que me atiende/receta medicamentos me recete medicamentos que yo pueda usar para terminar mi vida de manera humanitaria y digna, y que también se comunique con cualquier farmacéutico para que prepare la receta.

Escriba sus iniciales en uno de los siguientes espacios

He informado de mi decisión a mi familia, y tomé en consideración sus opiniones.

He decidido no informar de mi decisión a mi familia.

No tengo familia a quien informar de mi decisión.

Comprendo que tengo el derecho de rescindir esta solicitud en cualquier momento.

Comprendo la importancia total de esta solicitud y sé que moriré cuando tome el medicamento recetado.

Hago esta solicitud de manera voluntaria y sin reserva alguna, y acepto toda la responsabilidad moral por mis acciones.

También comprendo que si bien la mayoría de las muertes ocurren en un plazo de tres horas, mi muerte podría tomar más tiempo y mi médico me ha hablado sobre esta posibilidad.

Firma:	Condado de residencia:	Fecha:
--------	------------------------	--------

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Al poner nuestras iniciales y firmar a continuación, declaramos que la persona que hace y firma la solicitud anterior:

Testigo 1

Testigo 2

1. Es conocida nuestra o ha proveído prueba de su identidad;

2. **Firmó esta solicitud en nuestra presencia en la fecha indicada al lado de la firma;**

3. Parece estar en pleno uso de sus capacidades mentales y no encontrarse bajo coacción, fraude o influencia indebida;

4. No es paciente de ninguno de nosotros.

Nombre en letra de imprenta: Testigo 1	Firma:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta: Testigo 2	Firma:	Fecha:

NOTA: Uno de los testigos no deberá estar relacionado (por sangre, matrimonio o adopción) con la persona que firma esta solicitud, no deberá tener derecho a recibir parte alguna herencia de la persona después de su muerte y no deberá ser dueño, dirigir ni ser empleado de la institución de atención de la salud donde la persona es paciente o residente. Si el paciente está internado en una institución de atención de la salud a largo plazo, uno de los testigos deberá ser un individuo designado por la institución.

Si desea obtener copias de este formulario, vaya a www.healthoregon.org/dwd.