

DECLARACIÓN DE UN DESEO DE UNA MUERTE NATURAL

ESTADO DE SOUTH CAROLINA

CONDADO DE _____

Yo, _____, Declaro, de tener por lo menos dieciocho años de edad y residente y con domicilio de la Ciudad de _____, Condado de _____, Estado de South Carolina, hacer esta declaración el ____ día de _____, 20__.

Yo de buena voluntad y voluntariamente hago saber mi deseo que no usen ningún método o procedimientos de prolongar que me muera si mi condición es terminal o si estoy en un estado permanente inconsciente, y yo declaro:

Si en algún momento tengo una condición que se certifica de ser una condición terminal por dos médicos que me han examinado personalmente, y que uno de ellos sea mi médico de cabecera y los médicos han determinado que mi muerte pudiera ocurrir dentro de un corto tiempo razonable sin el uso de procedimientos de mantenimiento de la vida o si los médicos certifican que estoy en un estado permanente inconsciente y donde la aplicación de procedimientos de mantenimiento de vida serviría solamente para prolongar el proceso de muerte, Yo ordeno que los procedimientos se retengan o se retiren, y que me permitan morir naturalmente con solamente la administración de medicamento o el cumplimiento de procedimientos médicos que sean necesario para proveer un cuidado cómodo.

INSTRUCCIONES RELATIVAS NUTRICION E HIDRATACION ARTIFICIAL

INICIAL UNA DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

Si mi condición es terminal y podría causar la muerte en un plazo razonablemente corto de tiempo

_____ Ordeno que la nutrición y la hidratación **SE FACILITARA** a través medios artificiales,

incluyendo tubos médica o quirúrgicamente implantados.

O

_____ Ordeno que la nutrición y la hidratación **NO SE FACILITARA** a través medios artificiales, incluyendo tubos medica o quirurgicamente implantados.

INICIAL UNA DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

Si estoy en un ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE o otra condición de inconsciencia permanente,

_____ Ordeno que la nutrición y la hidratación **SE FACILITARA** a través medios artificiales, incluyendo tubos médica o quirúrgicamente implantados.

O

_____ Ordeno que la nutrición y la hidratación **NO SE FACILITARA** a través medios artificiales, incluyendo tubos medica o quirurgicamente implantados.

En ausencia de mi capacidad para dar instrucciones sobre el uso de procedimientos de mantenimiento de la vida, es mi intención que esta declaración sea honrada por mi familia y los médicos y y cualquier servicio de salud en el que yo pueda ser un paciente como la expresión final de mi derecho legal a rechazar médico o quirúrgico y acepto las consecuencias de la negativa.

Soy consciente de que esta declaración autoriza a un medico de retener o retirar procedimientos que sustentan la vida. Yo soy emocional y mentalmente competente para que esta Declaración.

NOMBRAMIENTO DE UN AGENTE (OPCIONAL)

1. Usted puede dar a otra persona autorizacion para REVOCAR esta declaracion por parte suya. Si desea usted hacerlo, favor de indicar el nombre de la persona en el espacio hacia abajo.

Nombre del nombramiento: _____

direccion: _____

Numero de telefono: _____

2. Usted puede dar a otra persona autorizacion para HACER CUMPLIR esta declaracion en su nombre. Si desea hacerlo, favor de escribir el nombre de esa persona en el espacio hacia abajo.

Nombre de nombramiento con poder de HACER CUMPLIR:

Dirección: _____
Número de teléfono _____

ESTA DECLARACION PODRA SER REVOCADA POR UNO O CUALQUIERA DE LOS METODOS SIGUIENTES. SIN EMBARGO, UNA REVOCACION NO ES EFECTIVO HASTA QUE SE COMUNICA AL MEDICO:

- (1) POR SER BORRADO, RASGADO, BORRADO DE LO CONTRARIO DESTRUIDO, EN LA EXPRESION, POR USTED POR ALGUNA PERSONA EN SU PRESENCIA Y POR SU DIRECCIÓN. REVOCACIÓN POR DESTRUCCIÓN DE UNA MÁS DE DECLARACIONES MÚLTIPLES ORIGINALES REVOCA TODAS LAS DECLARACIONES ORIGINALES;
- (2) POR UNA REVOCACION POR ESCRITO FIRMADO Y FECHADO POR QUE EXPRESAR TU INTENCION DE REVOCAR;
- (3) POR SU EXPRESIÓN ORAL DE SU INTENCIÓN DE REVOCAR LA DECLARACIÓN. UNA REVOCACIÓN ORAL AL MÉDICO POR UNA PERSONA QUE NO SEA USTED ES EFECTIVO SOLO SI:
 - a. LA PERSONA ESTABA PRESENTE CUANDO SE HIZO LA REVOCACION ORAL;
 - b. LA REVOCACION SE COMUNICO AL MEDICO EN UN PLAZO RAZONABLE;
 - c. SU FISICO MENTAL CONDICION HACE QUE SEA IMPOSIBLE PARA EL MEDICO CONFIRMAR TRAVES DE LA CONVERSACION POSTERIOR CON USTED QUE LA REVOCACION HA OCURRIDO. PARA SER EFICAZ COMO UNA REVOCACION, LA EXPRESION ORAL CON CLARIDAD DEBE INDICAR SU DESEO QUE LA DECLARACION NO SERA EFECTO DE QUE LOS PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO DE LA VIDA SEAN ADMINISTRADOS;
- (4) SI USTED, EN EL ESPACIO ARRIBA, HA AUTORIZADO UN NOMBRAMIENTO QUE REVOCE LA DECLARACION, EL NOMBRAMIENTO PUEDE REVOCAR ORAL O POR ESCRITO Y FIRMADO, CON FECHA. UN NOMBRAMIENTO PODRA REVOCAR SOLAMENTE SI USTED ESTA INCOMPETENTE PARA HACERLO. EL NOMBRAMIENTO PODRA REVOCAR LA DECLARACION DE FORMA PERMANENTE TEMPORAL; DECLARACIÓN DE FORMA PERMANENTE TEMPORAL;
- (5) FORMALIZANDO UNA NUEVA DECLARACION EN UN MOMENTO POSTERIOR.

FIRMA DEL DECLARANTE

AFFIDAVIT

ESTADO DE _____ CONDADO DE _____ Nosotros,
_____, y _____, los testigos firmantes de
la Declaración de lo anterior, con fecha del _____ día de _____, 20____, al
menos uno de nosotros habiendo sido debidamente juramentado, declaro a la autoridad que
suscribe, sobre la base de nuestro mejor saber y entender, que la Declaración era en esa fecha
firmada por el declarante como y para su / su DECLARACIÓN DE UN DESEO DE UNA
MUERTE NATURAL en su presencia y que, a su / su solicitud y en su / su presencia, y en la
presencia del otro, suscribirse a nuestros nombres como testigos en esa fecha. El declarante es
conocido personalmente a nosotros y creemos que este en su sano juicio. Cada uno de nosotros
afirma que es calificado como un testigo* a esta declaración bajo la provision por sangre,
matrimonio o adopción, ya sea como un conyuge lineal antepasado, descendiente de los padres
del declarante, o de cualquiera de ellos; no directamente financieramente responsable por medio
del declarante, ni el médico que atiende al declarante; ni un empleado del médico tratante; ni una
persona que tiene un reclamo contra caudal relicto del declarante a partir de este momento. No
más de uno de nosotros es un empleado de un centro de salud en el que e declarante es un
paciente. Si el declarante es residente en un hospital o centro de atención de enfermería en la

fecha de ejecución de la presente Declaración al menos uno de nosotros es un mediador designado por el Defensor del Pueblo del Estado, Oficina del Gobernador

TESTIGO

TESTIGO*

Suscrito ante mí por _____, el declarante, y suscrito y jurado ante

Mi por _____ el testigo (s), este _____ día

De _____, 20 _____.

(SELLO)

Firma del Notario Público

Notario Público para _____

Mi comisión vence: _____

Si está calificado como testigo, el Notario puede servir como testigo. SC Código de Leyes Sec. 44-77-10 (Rev. 6/91)