

## **DECLARACIÓN A FAVOR DE UNA MUERTE NATURAL**

Por ley los hospitales y otras instituciones que ofrecen atención médica tienen la obligación de preguntarle a usted si ya ha firmado una directriz anticipada, un documento legal que le permite expresar sus preferencias legales sobre su tratamiento médico por adelantado. Usted tiene el derecho de firmar o no firmar la directriz anticipada. Si usted decide firmarla durante su estancia en un hospital u otra institución que ofrece atención médica, hay personal para ayudarlo/la a completar el formulario.

El documento en la página siguiente es una directriz anticipada o “Una Declaración a Favor de una Muerte Natural.” Este documento también se conoce como un Testamento Viviente y no se debe confundir con otro tipo de Testamento. Un Testamento Viviente es una declaración, cuya firma es sus preferencias sobre procedimientos que prolongan la vida artificialmente cuando la muerte es inminente.

Por favor, lea cuidadosamente el Testamento Viviente y hable sobre su contenido con su familia y su médico. Si usted decide firmar el Testamento Viviente, usted lo debe hacer en presencia de dos testigos y de un notario público. El afidávit o la declaración jurada en la parte dorsal del formulario le explica quien puede servir de testigo. Si usted es paciente en un hospital u otra institución, el personal puede hacer los arreglos de testigos y notario público respecto su firma del Testamento Viviente.

## DECLARACIÓN A FAVOR DE UNA MUERTE NATURAL

ESTADO DE CAROLINA DEL SUR, CONDADO DE \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, Declarante, mayor de 18 años de edad y residente en y con domicilio en la ciudad de \_\_\_\_\_, condado de \_\_\_\_\_, Estado de Carolina del Sur, hago esta declaración hoy el \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_\_.

Comunico de buena voluntad y voluntariamente mi deseo de que no se use ningún procedimiento para prolongar la vida artificialmente con el fin de retrasar mi muerte si padezco de una enfermedad con peligro de muerte o si pierdo mis facultades y declaro que:

Si en algún momento dos médicos, siendo uno de ellos el médico encargado de mi caso, deteminan que me queda poco tiempo de vida sin el uso de procedimientos que para prolonguen la vida artificialmente o si los médicos certifican que estoy sin conocimiento permanentemente y que el uso de procedimientos que prolongan la vida artificialmente solamenta va a postponer la muerte, deseo que se supriman o se suspendan estos procedimientos y que me permitan morir de muerte natural y solamente con el medicamento o la atención médica necesarios para darme un cuidado que asegure mi comodidad.

### **INSTRUCCIONES REFERENTES A LA ALIMENTACIÓN POR MEDIOS ARTIFICIALES Y A LA HIDRATACIÓN**

#### **PONGA SUS INICIALES AL LADO DE UNA DE LAS DECLARACIONES SIGUIENTES**

Si la muerte es inminente en mi caso y puedo morir dentro de poco tiempo,

\_\_\_\_\_ Encargo que SE SUMINISTREN la alimentación y la hidratación incluso por tubos implantados quirúrgicamente.

\_\_\_\_\_ Encargo que NO SE SUMINISTREN ni alimentos ni hidratación por medios artificiales, incluso por tubos implantados quirúrgicamente.

#### **PONGA SUS INICIALES AL LADO DE UNA DE LAS DECLARACIONES SIGUIENTES**

Si puedo el control de mis facultades durante un estado vegetativo,

\_\_\_\_\_ Encargo que SE SUMINISTREN la alimentación y la hidratación por medios artificiales, incluso por tubos implantados quirúrgicamente.

\_\_\_\_\_ Encargo que NO SE SUMINISTREN ni alimentos ni hidratación por medios artificiales, incluso por tubos implantados quirúrgicamente.

En caso de que yo no esté en completo dominio de mis facultades y no pueda expresar mis deseos referentes a los procedimientos de prologación de la vida artificialmente, es mi intención que mi familia, mi médico y cualquier personal médico de la institución donde yo esté ingresado/a cumplan con esta Declaración como la última expresión del derecho legal a negarme a recibir atención medica o quirúrgica, y que acepto las consecuencias de esta decisión.

Soy consciente de que esta Declaración autoriza al médico a suprimir o suspender los procedimientos de prolongación de la vida artificialmente. Estoy emocional y mentalmente, capacitado/a para hacer esta Declaración.

**NOMBRAR UN AGENTE (OPCIONAL)**

1. Usted puede darle a otra persona la autoridad de anular esta Declaración en su nombre. Si usted quiere, complete la información a continuación.

Nombre del agente autorizado a anular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

2. Usted puede nombrar a otra persona para ejecutar esta Declaración en su nombre. Si usted quiere, complete la información a continuación.

Nombre del agente autorizado a ejecutar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## ANULACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

ESTA DECLARACIÓN SE PUEDE ANULAR POR UNO DE LOS MEDIOS A CONTINUACIÓN. NO OBSTANTE, LA ANULACIÓN NO ENTRARÁ EN VIGOR HASTA QUE SE LE COMUNIQUE AL MÉDICO ENCARGADO DEL CASO.

(1) SI SE BORRA, SE ROMPE, O SE DESTRUYE COMO UNA EXPRESIÓN DE SU INTENCIÓN DE ANULAR PERSONALMENTE O POR MEDIO DE OTRA PERSONA EN PRESENCIA SUYA Y QUE ACTÚA BAJO SU DIRECCIÓN. SI SE DESTRUYE UNA U OTRAS DE LAS COPIAS MÚLTIPLES DE LAS DECLARACIONES ORIGINALES, SE ANULAN TODAS LAS

DÉCLARACIONES;

(2) MEDIANTE UNA ANULACIÓN ESCRITA QUE ESTE FECHADA Y FIMADA Y QUE EXPRESE SU INTENCIÓN DE ANULARLA;

(3) POR UNA EXPRESIÓN ORAL DE SU INTENCIÓN DE ANULAR LA DECLARACIÓN, UNA ANULACIÓN QUE OTRA PERSONA LE COMUNICA ORALMENTE AL MÉDICO ENCARGADO DEL CASO ENTRA EN VIGOR SOLAMENTE SI:

(A) LA PERSONA ESTABA PRESENTE CUANDO SE HIZO LA ANULACIÓN ORALMENTE;

(B) SE LE COMUNICÓ AL MÉDICO LA ANULACIÓN DURANTE UN PERÍODO DE TIEMPO RAZONABLE;

(C) SU CONDICIÓN FÍSICA Y MENTAL IMPIDEN QUE EL MÉDICO CONFIRME LA ANULACIÓN POR MEDIO DE CONVERSACIÓN. PARA QUE LA ANULACIÓN ENTRE EN VIGOR, EL TESTIMONIO ORAL DEBE INDICAR CLARAMENTE SU INTENCIÓN DE QUE LA DECLARACIÓN ENTRE EN VIGOR O QUE SE SUMINISTREN PROCEDIMIENTOS ARTIFICIALES DE LA VIDA;

(4) SI USTED, ANTERIORMENTE LE HA AUTORIZADO A UN AGENTE NOMBRADO EN ESTE USTED DOCUMENTO A ANULAR LA DECLARACIÓN, EL AGENTE PUEDE ANULARLA SOLAMENTE SI USTED ESTA INCAPACITADO/A Y NO PUEDE HACERLO.

UN AGENTE PUEDE ANULAR LA DECLARACIÓN PERMANENTE O TEMPORALMENTE.

(5) SI USTED HACE OTRA DECLARACIÓN DESPUÉS DE LA ORIGINAL.

Firma del Declarante

**AFFIDÁVIT (Declaración Jurada)**

ESTADO DE CAROLINA DEL SUR, CONTADO DE \_\_\_\_\_

Nostotros, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, los testigos

suscritos a la Declaración anterior con la fecha del día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, afirmada pro juramento pro lo menos por uno de nosotros, declaramos en presencia de las autoridades suscritas, que según nuestra información y creencia la Declaración de su deseo de tener una muerte natural fue firmada en la fecha indicada por el declarante en nuestra presencia y que, según su intención, los nombres de los testigos suscritos en la fecha indicada. Confirmamos que conocemos al declarante y que es una persona que tiene completo dominio de sus facultades. Cada uno de nosotros confirma que está capacitado para servir como testigo a esta Declaración bajo las provisiones del Decreto de la Muerte con Dignidad de Carolina del Sur y que no es pariente consanguíneo, político, adoptivo, por antepasados, ni descendiente de los padres del declarante, ni su esposo/a, ni está directamente a cargo de gastos médicos; ni tiene derecho a ninguna parte de los bienes que el declarante deje al morir, ni por el contenido de su testamento ni por ser heredero ni por ser el beneficiario de una póliza de seguro del declarante; que no es el médico del declarante; ni tiene actualmente una reclamación contra los bienes del declarante; No más de uno de nosotros es empleado de la institución médica donde el paciente está ingresado. Si el declarante es residente en un hospital, o asilo en la fecha de ejecución de la Declaración, por lo menos uno de nosotros es un mediador de interés público nombrado por la oficina del Gobernador.

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo

Suscrito en mi presencia por \_\_\_\_\_, el/la Declarante, y suscrito y jurado in mi presencia por \_\_\_\_\_ el/la testigo/a este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

(Sello de notario)

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario

Notario Público de: \_\_\_\_\_

Mi comisión expira: \_\_\_\_\_

Este documento ha sido traducido por Lizette Mujica Laughlin y María Zabala, Departamento de Español, Italiano y Portugues, Universidad de Carolina del Sur, Columbia, Carolina del Sur.