

Declaración Testamentaria

EN VIDA

La presente declaración se realiza a los _____ días de _____ de _____.
(mes) (año)

Yo, _____, en uso de mis plenas facultades mentales, expreso intencional y voluntariamente mi deseo de que el momento de mi muerte no sea pospuesto artificialmente.

Si, en algún momento, yo padeciera una lesión, afección o enfermedad incurable e irreversible que, a juicio del médico interviniente, constituyeran una condición terminal; y si luego de haber sido personalmente examinado por dicho médico, éste determinase que mi muerte es inminente a menos que se empleen procedimientos para retardarla, ordeno que no se apliquen o que se suspendan aquellos procedimientos que sólo prolongarían el proceso de agonía. Ordeno, asimismo, que se me permita morir naturalmente, administrándose únicamente el medicamento, el sustento o el procedimiento médico que el profesional considere necesarios para proporcionarme asistencia paliativa.

En ausencia de mi capacidad de dar indicaciones respecto al uso de los mencionados procedimientos para retardar la muerte, deseo que esta declaración sea considerada por mi familia y por el médico como la expresión final de mi derecho legal a rechazar tratamientos médicos o quirúrgicos, así como a aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

Firmado _____

Ciudad, condado y estado de residencia _____

El declarante es una persona de mi conocimiento, y considero que está en uso de sus plenas facultades mentales. El declarante firmó la presente declaración en mi presencia (o bien ratificó en mi presencia haber firmado la declaración), y yo la he firmado como testigo en presencia del declarante. No he firmado, en representación o a indicación del declarante, en el espacio precedente que corresponde a la firma de éste. A la fecha de la presente, no tengo derecho a ninguna parte del caudal hereditario del declarante conforme a las leyes de sucesión intestada o, según mi leal saber y entender, conforme a ningún testamento otorgado por el declarante o a otro instrumento que adquiera vigencia al producirse su fallecimiento. Asimismo, afirmo que no soy directamente responsable por la atención médica del declarante.

Testigo _____

Testigo _____