

TESTAMENTO VITAL

DECLARACIÓN DEL DESEO DE TENER UNA MUERTE NATURAL

ESTADO DE CAROLINA DEL SUR

CONDADO DE

Yo, _____ (_____ - ____ - _____), Declarante, que tengo al menos 18
Número de Seguro Social

años de edad y soy residente de y tengo domicilio en la Ciudad de _____, Condado de _____,
del Estado de Carolina del Sur, hago la presente declaración el día _____ de _____, de 20 _____.

Yo intencional y voluntariamente doy a conocer mi deseo de que no se realice ningún tratamiento para prolongar mi muerte si mi enfermedad es terminal o si me encuentro en un estado de inconsciencia permanente, y declaro que:

Si en algún momento presento un padecimiento certificado como una enfermedad terminal por dos médicos que personalmente me hayan examinado, siendo unos de ellos el médico a cargo de mi atención médica, y los médicos hayan determinado que mi muerte puede ocurrir dentro de un periodo razonablemente breve sin el uso de procedimientos de soporte vital o si los médicos certifican que yo estoy en un estado de inconsciencia permanente y que el uso de procedimientos de soporte vital podría servir solamente para prolongar el proceso de muerte, ordeno que se retenga o retire el uso de los procedimientos, y que se me permita morir naturalmente solo con la administración de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento necesario para proporcionarme cuidado paliativo.

A falta de mi habilidad de dar instrucciones con respecto al uso de procedimientos de soporte vital, es mi intención

INSTRUCCIONES SOBRE LA NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES

CONSIGNE SUS INICIALES EN SOLO UNA DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

Si mi enfermedad es TERMINAL y puede resultar en la muerte dentro de un periodo razonablemente breve,

____ Ordeno que la nutrición e hidratación SEAN PROPORCIONADAS mediante cualquier medio médicamente indicado, incluyendo sondas implantadas quirúrgicamente o de manera médica.

O

____ Ordeno que la nutrición e hidratación NO SEAN PROPORCIONADAS mediante ningún medio médicamente indicado, incluyendo sondas implantadas quirúrgicamente o de manera médica.

ESCRIBA SUS INICIALES EN SOLO UNA DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

Si estoy en un ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE, o me encuentro con otro padecimiento de inconsciencia permanente,

____ Ordeno que la nutrición e hidratación SEAN PROPORCIONADAS mediante cualquier medio médicamente indicado, incluyendo sondas implantadas médicamente o quirúrgicamente.

O

____ Ordeno que la nutrición e hidratación NO SEAN PROPORCIONADAS mediante ningún medio médicamente indicado, incluyendo sondas implantadas quirúrgicamente o de manera médica.

que esta declaración sea honrada por mi familia, médicos y cualquier instalación sanitaria del cual pueda ser paciente como expresión final de mi derecho legal a rechazar el tratamiento médico o quirúrgico, y acepto las consecuencias del rechazo.

Soy consciente de que la presente declaración autorizará a un médico a retener o retirar los procedimientos de soporte vital. Tengo las facultades mentales y emocionales necesarias para realizar esta declaración.

TESTAMENTO VITAL

NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE (OPCIONAL)

1. Usted puede otorgar a otra persona la autoridad de REVOCAR la presente declaración en su nombre. Si desea hacerlo, por favor escriba el nombre de dicha persona en el espacio a continuación.

Nombre del representante con la facultad de revocar: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

2. Usted puede otorgar a otra persona la autoridad de IMPONER la presente declaración en su nombre. Si desea hacerlo, por favor escriba el nombre de dicha persona en el espacio a continuación.

Nombre del representante con la facultad de imponer la declaración: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

PROCEDIMIENTOS DE REVOCACIÓN

SE PUEDE REVOCAR LA PRESENTE DELARACIÓN POR UNO DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS; SIN EMBARGO, UNA REVOCACIÓN NO ENTRA EN VIGOR HASTA QUE SE HAYA COMUNICADO AL MÉDICO A CARGO DE LA ATENCIÓN:

(1) EXPRESAR SU INTENCIÓN DE REVOCARLA AL DESFIGURAR, ROMPER, BORRAR, O DE OTRA FORMA DESTRUIRLA USTED U OTRA PERSONA EN SU PRESENCIA Y DE ACUERDO A SUS INSTRUCCIONES. LA REVOCACIÓN MEDIANTE LA DESTRUCCIÓN DE UNA O MÁS DE MÚLTIPLES DECLARACIONES ORIGINALES REVOCA TODAS LAS DECLARACIONES ORIGINALES;

(2) EXPRESAR SU INTENCIÓN DE REVOCAR POR ESCRITO, MEDIANTE UNA REVOCACIÓN ESCRITA FIRMADA Y CON LA FECHA CORRESPONDIENTE;

(3) EXPRESAR ORALMENTE SU INTENCIÓN DE REVOCAR LA DECLARACIÓN. UNA REVOCACIÓN ORAL DIRIGIDA AL MÉDICO A CARGO DE SU ATENCIÓN POR UNA PERSONA QUE NO SEA USTED SE CONSIDERA VIGENTE SOLO SI:

(A) LA PERSONA ESTABA PRESENTE CUANDO SE HIZO LA REVOCACIÓN ORAL;

(B) SE COMUNICÓ LA REVOCACIÓN AL MÉDICO DENTRO DE UN TIEMPO RAZONABLE;

(C) SU ESTADO FÍSICO O MENTAL HACE IMPOSIBLE QUE EL MÉDICO PUEDA CONFIRMAR A TRAVÉS DE UNA CONVERSACIÓN POSTERIOR CON USTED QUE SE HA PRODUCIDO LA REVOCACIÓN. PARA QUE SEA EFECTIVA COMO REVOCACIÓN, LA EXPRESIÓN ORAL DEBE INDICAR CLARAMENTE SU DESEO DE QUE LA DECLARACIÓN NO ENTRE EN VIGOR O QUE SE ADMINISTREN PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE VITAL;

(4) SI USTED, EN EL ESPACIO ANTERIOR, AUTORIZÓ A UN REPRESENTANTE PARA REVOCAR LA DECLARACION, EL REPRESENTANTE PUEDE REVOCARLA DE FORMA ORAL O MEDIANTE UN DOCUMENTO ESCRITO, FIRMADO Y CON LA FECHA CORRESPONDIENTE. UN REPRESENTANTE TIENE LA FACULTAD DE REVOCAR SOLO SI USTED NO TIENE LAS FACULTADES MENTALES DE HACERLO. LA REVOCACIÓN HECHA POR UN REPRESENTANTE PUEDE SER TEMPORAL O PERMANENTE;

(5) EJECUTAR OTRA DECLARACIÓN EN EL FUTURO.

Firma del Declarante

TESTAMENTO VITAL

DECLARACIÓN JURADA

ESTADO DE _____, CONDADO DE _____

Nosotros, _____ y _____, _____ los testigos abajofirmantes de la subsecuente declaración, con fecha de este día _____ de _____, de 20____ al menos uno de nosotros habiendo prestado debido juramento, declaramos a la autoridad abajofirmante, según nuestro mejor saber y entender, que la declaración fue firmada en esa fecha por el declarante como su DECLARACIÓN DEL DESEO DE UNA MUERTE NATURAL en nuestra presencia y nosotros, a petición suya y en su presencia, y en presencia uno del otro, firmamos nuestros nombres como testigos en esa fecha. Conocemos al declarante personalmente y creemos que se encuentra en su sano juicio. Ambos afirmamos que el otro cumple con los requisitos para ser testigo* de esta declaración de acuerdo a las disposiciones de la Ley de Muerte con Dignidad de Carolina del Sur, considerando que no es pariente consanguíneo, ni está emparentado con el declarante por matrimonio o adopción, sea como cónyuge, antepasado lineal, descendiente de los padres del declarante o cónyuge de ninguno de ellos; tampoco tiene responsabilidad directa de los asuntos financieros de la atención médica del declarante; tampoco tiene derecho a ninguna porción de la herencia del declarante tras su fallecimiento, ya sea a través de un testamento o como heredero por sucesión intestada, ni es el beneficiario de ninguna póliza de seguro de vida del declarante; tampoco es el médico a cargo de la atención del declarante; tampoco es un empleado del médico a cargo de su atención; ni tampoco es una persona quien actualmente tiene un reclamo contra el patrimonio de difunto del declarante. Solo uno de nosotros es empleado de una instalación sanitaria donde el declarante es paciente. Si el declarante está hospitalizado o reside en un centro de atención médica en la fecha de ejecución de la presente declaración, al menos uno de nosotros es un Defensor del Pueblo designado por el Defensor del Pueblo de la Oficina del Vicegobernador.

Testigo

Testigo*

Suscrito ante mí por _____, el declarante, y suscrito y jurado ante mí por el/los testigo(s),

este día _____ de _____, de 20_____.

Firma del Notario Público

Notario Público para _____

Mi nombramiento vence el: _____

(SELLO)

*Si cumple con los requisitos, el Notario Público puede servir como testigo.

SC Código de Leyes Sec. 44-77-10,(Rev. 6/91)