

Declaración de testigos

Nombre del paciente: _____ (“Paciente”)

Yo, _____ (nombre del testigo 1), y
yo, _____ (nombre del testigo 2), declaramos cada
uno que la persona que firma la presente “Solicitud de medicamentos para poner fin a mi vida”:

1. es una persona a quien conozco de forma personal o que ha presentado un comprobante de identidad;
2. firmó la “Solicitud de medicamentos para poner fin a mi vida” por voluntad propia en mi presencia o me confirmó que la había firmado; y
3. según mi leal saber y entender, tiene capacidad para tomar decisiones y presenta la “Solicitud de medicamentos para poner fin a mi vida” de forma voluntaria, por decisión propia y sin que nadie la coaccione para firmar la “Solicitud de medicamentos para poner fin a mi vida”.

En el momento en que se firmó la “Solicitud de medicamentos para poner fin a mi vida”, yo no era el médico tratante ni el médico consultor de la persona que la firma, ni el profesional de salud mental que determinó la capacidad para tomar decisiones de la persona que firma la “Solicitud de medicamentos para poner fin a mi vida”.

Además, declaro bajo pena de perjurio que las afirmaciones que efectúo en este documento son verdaderas y correctas, y que las declaraciones falsas que se hagan en el presente documento son sancionables.

Además, declaro que no soy:

1. pariente del Paciente por consanguinidad, matrimonio o adopción;
2. una persona elegible para recibir parte alguna del patrimonio del Paciente luego de su fallecimiento en virtud de un testamento o por disposición de la ley, ni estoy en condiciones de obtener un beneficio económico de otro modo por el fallecimiento del Paciente;
3. propietario, administrador, empleado ni contratista independiente de un establecimiento de atención médica donde el Paciente recibe tratamiento o reside;
4. pareja de hecho del Paciente, según la definición de la Ley de Decisiones Familiares sobre la Atención Médica (Family Health Care Decisions Act) de Nueva York, Sección 2994-a(7) de la Ley de Salud Pública (Public Health Law);
5. el representante de atención médica designado en el poder para la atención médica del Paciente, Sección 2980(5) de la Ley de Salud Pública; ni
6. un apoderado en virtud del poder otorgado por el Paciente, Sección 5-1501(2) de la Ley de Obligaciones Generales (General Obligations Law).

Firma del testigo 1: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Firma del testigo 2: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Solicitud de medicamentos para poner fin a mi vida

Yo, _____ (nombre del paciente), soy una persona adulta que vive en el estado de Nueva York y he recibido el diagnóstico de _____ (nombre de la enfermedad o afección terminal), una enfermedad o afección terminal. Mi médico tratante ha determinado, y un médico consultor ha confirmado, que tengo una enfermedad o afección terminal incurable e irreversible que, según un criterio médico razonable, me causará la muerte en un plazo de seis meses, reciba o no tratamiento.

Mi médico tratante, el médico consultor y un profesional de salud mental coinciden en que tengo capacidad para tomar decisiones, lo cual significa que comprendo y valoro la naturaleza y las consecuencias de la ayuda médica para morir (Medical Aid in Dying), incluidos los beneficios, los riesgos y las alternativas, y que tengo capacidad para tomar una decisión informada sobre la ayuda médica para morir y comunicársela a mi médico tratante.

Me han informado en detalle sobre el diagnóstico y el pronóstico, la naturaleza de los medicamentos que se me recetarán y los posibles riesgos asociados, el resultado esperado y las alternativas viables y las opciones de tratamiento, que incluyen, entre otras, los cuidados paliativos y la atención para enfermos terminales.

Solicito que mi médico tratante me recete medicamentos que pondrán fin a mi vida si decido tomarlos, y autorizo a mi médico tratante a comunicarse con otro médico o con cualquier farmacéutico sobre mi solicitud.

Escriba sus iniciales en una opción:

(_____) He informado o tengo la intención de informar a uno o más familiares sobre mi decisión.

(_____) He decidido no informar a ningún familiar sobre mi decisión.

(_____) No tengo familiares a quienes informar sobre mi decisión.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta solicitud o a decidir no usar los medicamentos en cualquier momento.

Entiendo la importancia de esta solicitud y preveo que moriré si tomo los medicamentos que se me recetarán. Además, entiendo que, aunque la mayoría de las muertes se producen en un plazo de tres horas, mi muerte podría tardar más, y mi médico tratante me ha orientado sobre esta posibilidad.

Presento esta solicitud de forma voluntaria, por decisión propia y sin coacción, y asumo plena responsabilidad de mis actos.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo 1 (la "Declaración de testigos" se adjunta a esta "Solicitud de medicamentos para poner fin a mi vida")

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Testigo 2 (la "Declaración de testigos" se adjunta a esta "Solicitud de medicamentos para poner fin a mi vida")

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Declaración del intérprete (si corresponde)

Nombre del paciente: _____ (“Paciente”)

Yo, _____ (nombre del intérprete):

(Marque una de las dos opciones a continuación)

para un Paciente cuyas conversaciones o consultas, con o sin interpretación, se realizaron en un idioma distinto del inglés y cuya “Solicitud de medicamentos para poner fin a mi vida” se encuentra en inglés: Declaro que domino el inglés y el _____ (“Idioma de destino”). Poseo las habilidades lingüísticas y de interpretación necesarias para interpretar con eficacia, precisión e imparcialidad la información que se comparte y las comunicaciones entre el médico tratante o el médico consultor y el Paciente.

Certifico que el _____ (fecha/hora) interpreté las comunicaciones y la información que se transmitieron entre el médico y el Paciente con imparcialidad y con la mayor precisión e integridad que me permiten mis conocimientos y aptitudes, y leí al Paciente la “Solicitud de medicamentos para poner fin a mi vida” en el Idioma de destino.

El Paciente me confirmó que deseaba firmar la “Solicitud de medicamentos para poner fin a mi vida” de forma voluntaria, por decisión propia y sin coacción.

para un Paciente con discapacidad del habla, auditiva o visual: Declaro que poseo las habilidades lingüísticas, de lectura o de interpretación necesarias para comunicarme con el Paciente y para leer o interpretar con eficacia, precisión e imparcialidad la información que se comparte y las comunicaciones entre el médico tratante o el médico consultor y el Paciente.

Certifico que el _____ (fecha/hora) interpreté las comunicaciones y la información que se transmitieron entre el médico y el Paciente con imparcialidad y con la mayor precisión e integridad que me permiten mis conocimientos y aptitudes y, cuando fue necesario para lograr una comunicación eficaz, leí o interpreté al Paciente la “Solicitud de medicamentos para poner fin a mi vida”.

El Paciente me confirmó que deseaba firmar la “Solicitud de medicamentos para poner fin a mi vida” de forma voluntaria, por decisión propia y sin coacción.

Declaro que no soy:

1. pariente del Paciente por consanguinidad, matrimonio o adopción;
2. una persona elegible para recibir parte alguna del patrimonio del Paciente luego del fallecimiento del Paciente en virtud de un testamento o por disposición de la ley, ni estoy en condiciones de obtener un beneficio económico de otro modo por el fallecimiento del Paciente;
3. propietario, administrador, empleado ni contratista independiente de un establecimiento de atención médica donde el Paciente recibe tratamiento o reside; o bien, que presto servicios de interpretación como parte de mis funciones en dicho establecimiento de atención médica; o bien, que he recibido capacitación para prestar servicios de interpretación y que el Paciente me solicitó que prestara servicios de interpretación para los fines indicados en esta Declaración;
4. pareja de hecho del Paciente, según la definición de la Ley de Decisiones Familiares sobre la Atención Médica (Family Health Care Decisions Act) de Nueva York, Sección 2994-a(7) de la Ley de Salud Pública (Public Health Law);
5. el representante de atención médica designado en el poder para la atención médica del Paciente, Sección 2980(5) de la Ley de Salud Pública; ni
6. un apoderado en virtud del poder otorgado por el Paciente, Sección 5-1501(2) de la Ley de Obligaciones Generales (General Obligations Law).

Además, manifiesto que la presente Declaración es verdadera y correcta y que las declaraciones falsas que se hagan en ella son sancionables por perjurio.

Firmado en: _____ (ciudad, condado y estado)

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____

Institución donde se capacitó el intérprete: _____

Dirección de la institución donde se capacitó el intérprete: _____

Idioma de destino que habla el intérprete: _____