

Testamento vital

DECLARACIÓN

La presente declaración se hace el _____ día de _____ (mes, año).

Yo, _____, nacido/a el _____, como estoy en pleno uso de mis facultades, declaro deliberadamente y por voluntad propia mis deseos respecto a no posponer artificialmente el momento de mi muerte.

Si en cualquier momento yo tengo una lesión, afección o enfermedad incurable e irreversible que sea evaluado como condición terminal por el médico que me atiende, quien me ha examinado personalmente y ha determinado que mi muerte es inminente a no ser por procedimientos para retrasar la muerte, yo ordeno que tales procedimientos que solamente prolongarían el proceso de la muerte sean retenidas o retiradas, y que se permita que yo muera naturalmente con solamente la administración de medicina, sustento o la realización de cualquier procedimiento médico que el médico que me atiende considere necesario para proporcionarme un cuidado de comodidad.

En caso de una falta de mi capacidad de dar instrucciones respecto al uso de tales procedimientos para retrasar la muerte, es mi intención que la presente declaración sea honrada por mi familia y el médico como la expresión final de mi derecho legal de rehusar tratamiento médico o quirúrgico, y acepto las consecuencias de tal rechazo.

Firmado _____

Ciudad, Condado y Estado de Residencia _____

Yo conozco personalmente al declarante y creo que él o ella está en pleno uso de sus facultades mentales. Vi al declarante firmar la declaración en mi presencia (o el declarante reconoció en mi presencia que él o ella había firmado la declaración) y yo firmé la declaración como testigo en la presencia del declarante. No firmé la firma del declarante que aparece más arriba a favor del declarante ni a la orden del mismo. En la fecha del presente documento, no tengo derecho a recibir ninguna porción del patrimonio o sucesión del declarante según las leyes de sucesión intestada o, según mi mejor conocimiento y creencia, bajo ningún testamento del declarante ni otro instrumento que entre en vigencia a la muerte del declarante, ni tengo la responsabilidad financiera directa de la atención médica del declarante.

Testigo _____

Testigo _____

Historia

(Fuente: P.A. 85-1209.)

Anotaciones

Nota. La presente sección fue Ill.Rev.Stat., Ch. 110 1/2, Para. 703.

Rev 5/2012