

TESTAMENTO EN VIDA

Yo, el abajo firmante, \_\_\_\_\_ residente en \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades mentales, consciente y voluntariamente hago saber mi deseo de que mi muerte no se prolongue en las circunstancias que se detallan a continuación. Por la presente declaro:

Si en algún momento yo tuviera una lesión incurable, afección o enfermedad certificada como condición terminal por dos médicos que me han examinado personalmente, y uno de los cuales es mi médico tratante, y los médicos han determinado que mi muerte ocurrirá sean utilizados o no los procedimientos y tecnologías modernas para el soporte vital, y donde la aplicación de estos procedimientos solamente sirva para prolongar artificialmente el proceso de muerte, ordeno que tales procedimientos sean retenidos o retirados, y se me permita morir naturalmente con solamente la administración del medicamento o la realización de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para brindarme una atención cómoda.

En la ausencia de mi habilidad para dar direcciones acerca del uso de estos procedimientos de soporte vital o de prolongar la vida, es mi intención que esta declaración sea respetada por mi familia y médico como expresión final de mi derecho legal de rechazar médicos o tratamiento quirúrgico y aceptar las consecuencias de tal rechazo.

Entiendo la total importancia de esta declaración y estoy emocional y mentalmente competente para hacer esta declaración. Esta declaración debe ser una evidencia clara y convincente de mis intenciones.

Fecha: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Declarante

De conformidad con K.S.A. 65-28,103(a)(4) puede ser presenciado por dos testigos desinteresados o notariado.

He conocido al declarante personalmente y creo que él o ella es de una mente y sentimientos sanos. No he firmado en representación o a indicación del declarante. No estoy emparentado por sangre o por matrimonio con el declarante, tengo derecho a cualquier parte del patrimonio del declarante de acuerdo con las leyes de sucesión intestada o bajo cualquier voluntad del declarante o codicilio al mismo, o directamente responsable financieramente de la atención médica del declarante.

_____ Testigo	_____ Fecha	_____ Testigo	_____ Fecha
------------------	----------------	------------------	----------------

ESTADO DE KANSAS, STATE OF KANSAS, DISTRITO DE SALINA, ss.:

El instrumento anterior fue reconocido ante mí el día \_\_\_\_\_ de

\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, por \_\_\_\_\_.

(sello del notario)

\_\_\_\_\_  
Notario Público