

DECLARACIÓN DE UN DESEO DE MUERTE NATURAL
(DECLARATION OF A DESIRE FOR A NATURAL DEATH)

ESTADO DE CAROLINA DEL SUR
(STATE OF SOUTH CAROLINA)

CONDADO DE
(COUNTY OF)

Yo (I), _____ (____/____/____), Declarante (*Declarant*), con al menos
Número del Seguro Social (*Social Security Number*)
dieciocho años de edad (*being at least eighteen years of age*) y residente y domiciliado en la Ciudad de (*and a resident of and domiciled in the City of*) _____,
Condado (*County*) de (*of*) _____, Estado de Carolina del Sur, hago esta
Declaración el día (*State of South Carolina, make this Declaration this*) _____ de (*of*) _____,
20____.

Doy a conocer voluntariamente mi deseo de que no se utilicen procedimientos de mantenimiento de la vida para prolongar mi muerte si mi afección es terminal o si estoy en un estado de inconsciencia permanente, y declaro:

Si en algún momento tengo una afección certificada como afección terminal por dos médicos que me han examinado personalmente, uno de los cuales es mi médico a cargo, y los médicos han determinado que mi muerte podría producirse en un periodo de tiempo razonablemente corto sin el uso de procedimientos de mantenimiento de la vida o si los médicos certifican que estoy en un estado de inconsciencia permanente y en el que la aplicación de procedimientos de mantenimiento de la vida serviría solo para prolongar el proceso de muerte, indico que los procedimientos se retengan o retiren, y que se me permita morir de forma natural solo con la administración de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento médico necesario para proporcionarme cuidados paliativos.

(I willfully and voluntarily make known my desire that no life-sustaining procedures be used to prolong my dying if my condition is terminal or if I am in a state of permanent unconsciousness, and I declare:

If at any time I have a condition certified to be a terminal condition by two physicians who have personally examined me, one of whom is my attending physician, and the physicians have determined that my death could occur within a reasonably short period of time without the use of life-sustaining procedures or if the physicians certify that I am in a state of permanent unconsciousness and where the application of life-sustaining procedures would serve only to prolong the dying process, I direct that the procedures be withheld or withdrawn, and that I be permitted to die naturally with only the administration of medication or the performance of any medical procedure necessary to provide me with comfort care.)

INSTRUCCIONES SOBRE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES
(INSTRUCTIONS CONCERNING ARTIFICIAL NUTRITION AND HYDRATION)

INICIAL EN UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES (INITIAL ONE OF THE FOLLOWING STATEMENTS)

Si mi afección es **TERMINAL** y podría provocar la muerte en un plazo razonablemente corto,
(If my condition is **TERMINAL** and could result in death within a reasonably short time,)

_____ indico que la nutrición y la hidratación **SE PROPORCIONEN** a través de cualquier medio médicamente indicado, incluidos los tubos implantados médica o quirúrgicamente.
(I direct that nutrition and hydration **BE PROVIDED** through any medically indicated means, including medically or surgically implanted tubes.)

O (OR)

_____ indico que la nutrición y la hidratación **NO SE PROPORCIONEN** a través de cualquier medio médicamente indicado, incluidos los tubos implantados médica o quirúrgicamente.
(I direct that nutrition and hydration **NOT BE PROVIDED** through any medically indicated means, including medically or surgically implanted tubes.)

INICIAL EN UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES (INITIAL ONE OF THE FOLLOWING STATEMENTS)

Si estoy en un **ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE** u otra condición de inconsciencia permanente,
(If I am in a **PERSISTENT VEGETATIVE STATE** or other condition of permanent unconsciousness,)

_____ indico que la nutrición y la hidratación **SE PROPORCIONEN** a través de cualquier medio médicamente indicado, incluidos los tubos implantados médica o quirúrgicamente.
(I direct that nutrition and hydration **BE PROVIDED** through any medically indicated means, including medically or surgically implanted tubes.)

O (OR)

_____ indico que la nutrición y la hidratación **NO SE PROPORCIONEN** a través de cualquier medio médicamente indicado, incluidos los tubos implantados médica o quirúrgicamente.
(I direct that nutrition and hydration **NOT BE PROVIDED** through any medically indicated means, including medically or surgically implanted tubes.)

En ausencia de mi capacidad para dar instrucciones sobre el uso de procedimientos para mantener la vida, es mi intención que mi familia y mis médicos y cualquier centro médico en el que pueda ser paciente respeten esta Declaración como expresión final de mi derecho legal a rechazar el tratamiento médico o quirúrgico, y acepto las consecuencias de la negativa.

Soy consciente de que esta Declaración autoriza a un médico a suspender o retirar los procedimientos para mantener la vida. Soy emocional y mentalmente competente para hacer esta Declaración.

(In the absence of my ability to give directions regarding the use of life-sustaining procedures, it is my intention that this Declaration be honored by my family and physicians and any health facility in which I may be a patient as the final expression of my legal right to refuse medical or surgical treatment, and I accept the consequences from the refusal.

I am aware that this Declaration authorizes a physician to withhold or withdraw life-sustaining procedures. I am emotionally and mentally competent to make this Declaration.)

NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE (OPCIONAL)
(APPOINTMENT OF AN AGENT (OPTIONAL))

1. Puede dar autoridad a otra persona para REVOCAR esta declaración en su nombre. Si desea hacerlo, introduzca el nombre de esa persona en el espacio a continuación.
(You may give another person authority to REVOKE this declaration on your behalf. If you wish to do so, please enter that person's name in the space below.)

Nombre del representante con poder para revocar (Name of Agent with Power to Revoke):

Dirección (Address): _____

Número de teléfono (Telephone Number): _____

2. Puede dar autoridad a otra persona para EJECUTAR esta declaración en su nombre. Si desea hacerlo, introduzca el nombre de esa persona en el espacio a continuación.
(You may give another person authority to ENFORCE this declaration on your behalf. If you wish to do so, please enter that person's name in the space below.)

Nombre del representante con poder para ejecutar Dirección (Name of Agent with Power to Enforce Address):

Número de teléfono (Telephone Number): _____

PROCEDIMIENTOS DE REVOCACIÓN (REVOCATION PROCEDURES)

ESTA DECLARACIÓN PUEDE REVOCARSE MEDIANTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS. SIN EMBARGO, UNA REVOCACIÓN NO ES EFECTIVA HASTA QUE SE COMUNICA AL MÉDICO A CARGO:

(THIS DECLARATION MAY BE REVOKED BY ANY ONE OF THE FOLLOWING METHODS. HOWEVER, A REVOCATION IS NOT EFFECTIVE UNTIL IT IS COMMUNICATED TO THE ATTENDING PHYSICIAN:)

- (1) AL SER DESFIGURADA, RASGADA, BORRADA O DESTRUIDA DE OTRO MODO, EN EXPRESIÓN DE SU INTENCIÓN DE REVOCAR, POR USTED O POR ALGUNA PERSONA EN SU PRESENCIA Y POR INDICACIÓN SUYA. LA REVOCACIÓN POR DESTRUCCIÓN DE UNA O MÁS DE LAS MÚLTIPLES DECLARACIONES ORIGINALES REVOKA TODAS LAS DECLARACIONES ORIGINALES.

(BY BEING DEFACED, TORN, OBLITERATED, OR OTHERWISE DESTROYED, IN EXPRESSION OF YOUR INTENT TO REVOKE, BY YOU OR BY SOME PERSON IN YOUR PRESENCE AND BY YOUR DIRECTION. REVOCATION BY DESTRUCTION OF ONE OR MORE OF MULTIPLE ORIGINAL DECLARATIONS REVOKES ALL OF THE ORIGINAL DECLARATIONS;)

- (2) MEDIANTE UNA REVOCACIÓN POR ESCRITO FIRMADA Y FECHADA POR USTED EXPRESANDO SU INTENCIÓN DE REVOCAR.

(BY A WRITTEN REVOCATION SIGNED AND DATED BY YOU EXPRESSING YOUR INTENT TO REVOKE;)

- (3) POR SU EXPRESIÓN ORAL DE SU INTENCIÓN DE REVOCAR LA DECLARACIÓN. UNA REVOCACIÓN ORAL AL MÉDICO A CARGO POR PARTE DE UNA PERSONA QUE NO SEA USTED

ES EFECTIVA SOLO SI:

(BY YOUR ORAL EXPRESSION OF YOUR INTENT TO REVOKE THE DECLARATION. AN ORAL REVOCATION TO THE ATTENDING PHYSICIAN BY A PERSON OTHER THAN YOU IS EFFECTIVE ONLY IF:)

(A) LA PERSONA ESTABA PRESENTE CUANDO SE REALIZÓ LA REVOCACIÓN ORAL
(THE PERSON WAS PRESENT WHEN THE ORAL REVOCATION WAS MADE;)

(B) LA REVOCACIÓN SE COMUNICÓ AL MÉDICO EN UN PLAZO RAZONABLE.
(THE REVOCATION WAS COMMUNICATED TO THE PHYSICIAN WITHIN A REASONABLE TIME;)

(C) SU ESTADO FÍSICO O MENTAL HACE IMPOSIBLE QUE EL MÉDICO CONFIRME CON USTED QUE LA REVOCACIÓN SE HA PRODUCIDO A TRAVÉS DE CONVERSACIONES POSTERIORES. PARA SER EFECTIVA COMO REVOCACIÓN, LA EXPRESIÓN ORAL DEBE INDICAR CLARAMENTE SU DESEO DE QUE LA DECLARACIÓN NO TENGA EFECTO O QUE SE ADMINISTREN PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO DE LA VIDA.
(YOUR PHYSICAL OR MENTAL CONDITION MAKES IT IMPOSSIBLE FOR THE PHYSICIAN TO CONFIRM THROUGH SUBSEQUENT CONVERSATION WITH YOU THAT THE REVOCATION HAS OCCURRED. TO BE EFFECTIVE AS A REVOCATION, THE ORAL EXPRESSION CLEARLY MUST INDICATE YOUR DESIRE THAT THE DECLARATION NOT BE GIVEN EFFECT OR THAT LIFE-SUSTAINING PROCEDURES BE ADMINISTERED;)

(4) SI USTED, EN EL ESPACIO ANTERIOR, HA AUTORIZADO A UN REPRESENTANTE A REVOCAR LA DECLARACIÓN, EL REPRESENTANTE PUEDE REVOCARLA VERBALMENTE O MEDIANTE UN INSTRUMENTO ESCRITO, FIRMADO Y FECHADO. UN REPRESENTANTE PUEDE REVOCARLO SOLO SI USTED NO ES CAPAZ DE HACERLO. UN REPRESENTANTE PUEDE REVOCAR LA DECLARACIÓN DE FORMA PERMANENTE O TEMPORAL.

(IF YOU, IN THE SPACE ABOVE, HAVE AUTHORIZED AN AGENT TO REVOKE THE DECLARATION, THE AGENT MAY REVOKE ORALLY OR BY A WRITTEN, SIGNED, AND DATED INSTRUMENT. AN AGENT MAY REVOKE ONLY IF YOU ARE INCOMPETENT TO DO SO. AN AGENT MAY REVOKE THE DECLARATION PERMANENTLY OR TEMPORARILY;)

(5) MEDIANTE LA EJECUCIÓN DE OTRA DECLARACIÓN MÁS ADELANTE.

(BY YOUR EXECUTING ANOTHER DECLARATION AT A LATER TIME.)

Firma del declarante *(Signature of Declarant)*

AFFIDAVIT

STATE OF _____ COUNTY OF _____

We, _____ and _____, the undersigned witnesses to the foregoing Declaration, dated the _____ day of _____, 20____, at least one of us being first duly sworn, declare to the undersigned authority, on the basis of our best information and belief, that the Declaration was on that date signed by the declarant as and for his DECLARATION OF A DESIRE FOR A NATURAL DEATH in our presence and we, at his request and in his presence, and in the presence of each other, subscribe our names as witnesses on that date. The declarant is personally known to us, and we believe him to be of sound mind. Each of us affirms that he is qualified as a witness* to this Declaration under the provisions of the South Carolina Death with Dignity Act in that he is not related to the declarant by blood, marriage, or adoption either as a spouse, lineal ancestor, descendant of the parents of the declarant, or spouse of any of them; nor directly financially responsible for the declarant's medical care; nor entitled to any portion of the declarant's estate upon his decease, whether under any will or as an heir by intestate succession; nor the beneficiary of a life insurance policy of the declarant; nor the declarant's attending physician; nor an employee of the attending physician; nor a person who has a claim against the declarant's decedent's estate as of this time. No more than one of us is an employee of a health facility in which the declarant is a patient. If the declarant is a resident in a hospital or nursing care facility at the date of execution of this Declaration, at least one of us is an ombudsman designated by the State Ombudsman, Office of the Governor.

Witness

Witness*

Subscribed before me by _____, the declarant, and subscribed and sworn to before me
by _____ the witness(es),
this _____ day of _____, 20____.

(SEAL)

Signature of Notary Public

Notary Public for _____

My commission expires: _____

*If qualified as a witness, the Notary Public may serve as a witness.

SC Code of Laws Sec. 44-77-10 (Rev. 6/91)

(Page 3 of 3)