

# DECLARACIÓN DE TESTAMENTO DE VIDA

## Ley de muerte natural de Kansas

Yo \_\_\_\_\_, estando en posesión de todas mis facultades mentales voluntariamente hago saber mi deseo de que mi muerte no se prolongue artificialmente en las circunstancias que se exponen a continuación, por lo presente declaro:

Si en algún momento yo sufriera una lesión, o enfermedad incurable, y certificada como una condición terminal por dos médicos que me han examinado personalmente, uno de los cuales será mi médico personal, y los médicos han determinado que mi muerte ocurrirá si o no se utilizan procedimientos de mantenimiento de vida y donde la aplicación de los procedimientos serviría para prolongar artificialmente el proceso de morir, ordeno que se retiren dichos

procedimientos y que se me permita morir naturalmente con sólo la administración de medicamentos o cualquier procedimiento médico que se considere necesario para proporcionarme atención de confort.

En ausencia de mi capacidad para dar instrucciones sobre el uso de los procedimientos de mantenimiento de vida, mi intención es que esta declaración sea honrada por mi familia y mi médico (s) como la expresión final de mi derecho legal de rechazar servicios médicos o quirúrgicos y aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

Entiendo en la totalidad esta declaración y estoy emocional y mentalmente competente para tomar esta decisión. Queda revocada cualquier testamento de vida que haya hecho anteriormente.

<b>Fecha de la declaración</b> _____ (día) de _____ (mes, año)
<b>Firma:</b> _____ <b>Fecha de Nacimiento</b> _____
<b>Dirección</b> _____ (Calle) (Ciudad) (Estado, Código postal)

El formulario debe ser atestiguado por dos individuos o certificado ante un notario público.

<b>Notario Público</b>	<b>Notario Sello:</b>
Estado de _____ Condado de _____	
Este documento se reconoce ante mi el _____ día de _____ (mes y año)	
Por _____ (Nombre de la persona afectada)	
Firma del Notario _____	
Mi Puesto vence: _____	
<b>O</b>	
<b>Testigos:</b>	
El declarante ha sido personalmente conocido por mí y creó que el declarante está en sus plenas facultades mentales. Yo no he falsificado la firma del declarante ni tengo ningún tipo de relación de parentesco o de matrimonio, ni derecho a cualquier parte de la herencia del declarante de acuerdo con las leyes de sucesión intestada o bajo cualquier voluntad del declarante o directamente responsable de la atención médica del declarante.	
Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección _____	Dirección _____
Ciudad, Estado, Código postal _____	Ciudad, Estado, Código postal _____



This document is based on Kansas Statute 65-28,101 et seq. as amended Additional forms and information are available through  
**Wichita Medical Research & Education Foundation**  
3306 E. Central, Wichita, KS 67208  
316-686-7172

Reprinted 01/2017

