

Request for an Aid-in-Dying Drug to End My Life in a Humane and Dignified Manner

I, _____, am an adult of sound mind and a resident of the State of California.

I am suffering from _____, which my attending physician has determined is in its terminal phase and which has been medically confirmed.

I have been fully informed of my diagnosis and prognosis, the nature of the aid-in-dying drug to be prescribed and potential associated risks, the expected result, and the feasible alternatives or additional treatment options, including comfort care, hospice care, palliative care, and pain control.

I request that my attending physician prescribe an aid-in-dying drug that will end my life in a humane and dignified manner if I choose to take it, and I authorize my attending physician to contact any pharmacist about my request.

Initial One:

_____ I have informed one or more members of my family of my decision and taken their opinions into consideration.

_____ I have decided not to inform my family of my decision.

_____ I have no family to inform of my decision.

I understand that I have the right to withdraw or rescind this request at any time.

I understand the full import of this request and I expect to die if I take the aid-in-dying drug to be prescribed. My attending physician has counseled me about the possibility that my death may not be immediately upon the consumption of the drug.

I make this request voluntarily, without reservation, and without being coerced.

Sign: _____

Date: _____

(continued)

Declaration of Witnesses

We declare that the person signing this request:

- a. Is personally known to us or has provided proof of identity;
- b. Voluntarily signed this request in our presence;
- c. Is an individual whom we believe to be of sound mind and not under duress, fraud, or undue influence; and
- d. Is not an individual for whom either of us is the attending physician, consulting physician, or mental health specialist.

Witness 1 Signature

Date

Witness 2 Signature

Date

NOTE: Only one of the two witnesses may be a relative (by blood, marriage, registered domestic partnership, or adoption) of the person signing this request or be entitled to a portion of the person's estate upon death. Only one of the two witnesses may own, operate, or be employed at a health care facility where the person is a patient or resident.

Interpreter

I, _____ (*insert name of interpreter*),
am fluent in English and _____ (*insert target language*).

On _____ (*insert date*) at approximately _____ (*insert time*), I read the "Request for an Aid-In-Dying Drug to End My Life" to _____
_____ (*insert name of individual/patient*) in _____
_____ (*insert target language*).

Mr./Ms. _____ (*insert name of patient/qualified individual*) affirmed to me that he/she understood the content of this form and affirmed his/her desire to sign this form under his/her own power and volition and that the request to sign the form followed consultations with an attending and consulting physician.

I declare that I am fluent in English and _____ (*insert target language*) and further declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.

Executed at _____ (*insert city, county, and state*) on this _____ (*insert day of month*) of _____ (*insert month*), _____ (*insert year*).

Interpreter signature

Interpreter printed name

Interpreter address

Solicitud de Medicamento de Asistencia en el Proceso de Muerte para Tener una Muerte Digna

Yo, _____, soy adulto/a, residente del estado de California, y estoy en plena posesión de mis facultades mentales.

Yo estoy padeciendo de _____, condición que mi médico tratante ha determinado que se encuentra en su fase terminal y que ha sido confirmada médicamente.

He sido totalmente informado de mi diagnóstico y pronóstico, la naturaleza del medicamento a ser recetado para asistir en el proceso de muerte digna y sus riesgos potenciales asociados, el resultado esperado y las alternativas viables u opciones adicionales de tratamiento, incluyendo cuidados de hospicio, cuidados paliativos y tratamiento del dolor.

Solicito que mi médico tratante me recete un medicamento para asistir en el proceso de muerte que ponga fin a mi vida de una manera digna si decido tomarlo, y autorizo a mi médico tratante a contactar a cualquier farmacéutico en relación a mi solicitud.

Escriba Sus Iniciales al Lado de Una ae Estas Opciones:

_____ Yo he informado a uno o más miembros de mi familia sobre mi decisión y he tomado sus opiniones en consideración.

_____ Yo he decidido no informarle a mi familia sobre mi decisión.

_____ Yo no tengo familia para informarles sobre mi decisión.

Yo entiendo que tengo el derecho de retirar o rescindir esta solicitud en cualquier momento.

Yo entiendo la importancia de esta solicitud y espero morir de manera digna si me tomo el medicamento a ser recetado. Mi médico tratante me ha asesorado sobre la posibilidad de que mi muerte no llegue inmediatamente luego del consumo del medicamento.

Yo llevo a cabo esta solicitud voluntariamente, sin reserva alguna y sin ser coaccionado.

Firma: _____

Fecha: _____

(sobre)

Declaración de Testigos

Declaramos que la persona que firma esta solicitud:

- a. Es personalmente conocida por nosotros o ha proporcionado prueba de identidad;
- b. Voluntariamente firmó esta solicitud en nuestra presencia;
- c. Es una persona que parece estar en plena posesión de sus facultades mentales y no está bajo ningún tipo de coacción, fraude o influencia indebida; y
- d. No es paciente de ninguno de los dos, ya sea como médico tratante, médico asesor o especialista en salud mental.

Firma del Testigo 1

Fecha

Firma del Testigo 2

Fecha

NOTA: Sólo uno de los dos testigos puede ser un familiar (por consanguinidad, matrimonio, concubinato registrado o adopción) de la persona que firma esta solicitud o tener derecho a una porción de los bienes de la persona luego de su muerte. Sólo uno de los dos testigos puede ser dueño de, administrar o ser empleado de un centro de salud donde la persona es un paciente o residente.

Intérprete

Yo, _____(insertar el nombre del intérprete), domino perfectamente el idioma español y el idioma _____(insertar el idioma de destino).

El _____(insertar la fecha) a aproximadamente _____(insertar la hora), leí la “Solicitud de medicamento de asistencia en el proceso de muerte para tener una muerte digna” a _____(insertar el nombre de la persona/del paciente) en idioma _____(insertar el idioma de destino).

El Sr./La Sra./La Srta. _____(insertar el nombre del paciente/ de la persona calificada) ratificó que entiende el contenido de este formulario y ratificó su deseo de firmar este formulario bajo su propio poder y voluntad y que la solicitud de firmar el formulario es posterior a las consultas realizadas con un médico tratante y médico asesor.

Declaro que domino perfectamente el idioma español y el idioma _____(insertar el idioma de destino) y además declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto.

Ejecutado en _____(insertar ciudad, condado y estado) el _____(insertar el día del mes) de _____(insertar el mes) _____(insertar el año).

Firma del intérprete

Nombre impreso del intérprete

Dirección del intérprete