

# 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 de 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*