

Final Attestation 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 have received the aid-in-dying drug and am fully aware that this aid-in-dying drug will end my life in a humane and dignified manner.

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.

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 decision to ingest the aid-in-dying drug to end my life in a humane and dignified manner. I understand I still may choose not to ingest the drug and by signing this form I am under no obligation to ingest the drug. I understand I may rescind this request at any time.

Signed: _____

Dated: _____

Time: _____

(continued)

Interpreter

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

On _____ (*insert date*) at approximately _____
(*insert time*), I read the “Final Attestation For An Aid-In-Dying Drug To End My Life In A Humane And Dignified Manner” 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

Declaración Final De 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, _____ 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 control del dolor.

He recibido el medicamento que me asistirá en el proceso de muerte y soy plenamente consciente de que este medicamento pondrá fin a mi vida de una manera digna.

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.

Mi médico tratante me ha asesorado sobre la posibilidad de que mi muerte no llegue inmediatamente luego del consumo del medicamento.

Yo tomo esta decisión de ingerir el medicamento que me asistirá en el proceso de muerte con el objetivo de poner fin a mi vida de una manera digna. Yo entiendo que todavía puedo elegir no ingerir el medicamento y al firmar este formulario no estoy bajo ninguna obligación de ingerir el medicamento. Entiendo que puedo revocar esta solicitud en cualquier momento.

Firma: _____

Fecha: _____

Hora: _____

(sobre)

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), he leído la “Declaración final de solicitud de medicamento de asistencia en el proceso de muerte para tener una muerte digna” a _____(insertar el nombre de la persona/el 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.

Yo 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) de _____(insertar el año).

Firma del intérprete

Nombre impreso del intérprete

Dirección del intérprete