



INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO “SOLICITUD DE MEDICAMENTOS”

NO firme este formulario hasta que haya visto a un médico tratante (que prescribe) y a uno consultor que hayan aceptado participar en la Ley de Muerte con Dignidad de Washington y hayan presentado los formularios estatales requeridos.

Si no puede firmar con su nombre, puede firmar con una marca alternativa, siempre que los testigos reconozcan que representa su firma. Una marca alternativa común es una "X".

Lea la nota en el formulario sobre quién puede y quién no puede ser testigo. Ambos testigos deben verlo firmar este formulario. Todas las fechas en este formulario deben ser idénticas, o el formulario no es válido.

- Una copia del formulario de “Solicitud de Medicamentos” se envía al médico tratante (que prescribe).
- Recomendamos guardar una copia para sus registros.

Si tiene preguntas o si desea ayuda para completar este formulario, comuníquese con End of Life Washington.

End of Life Washington es una organización sin fines de lucro que brinda información, asesoría y apoyo emocional a personas que enfrentan enfermedades terminales o irreversibles. Abogamos por una atención excelente al final de la vida, el uso de directivas anticipadas y la atención centrada en el paciente. Defendemos el derecho de los pacientes calificados a usar la Ley de Muerte con Dignidad de Washington. La confidencialidad está rigurosamente protegida. Nunca se cobra una tarifa por nuestros servicios.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS TERMINAR CON MI VIDA DE MANERA HUMANA Y DIGNA

Yo, _____ soy un adulto de mente sana.
Nombre Segundo nombre Apellido

Actualmente padezco de _____, que mi médico tratante ha determinado que es una enfermedad terminal incurable e irreversible que provocará la muerte dentro de los seis meses siguientes y que ha sido médicamente confirmada por un médico consultor.

He sido plenamente informado de mi diagnóstico, pronóstico, la naturaleza de la medicación que se recetará y los posibles riesgos asociados, el resultado esperado y las alternativas factibles, incluido el cuidado de confort, el cuidado paliativo y el control de pares.

Solicito que el médico que me atiende me recete medicamentos que yo mismo pueda administrar para poner fin a mi vida de manera humana y digna y que los dispense o que me comunique con un farmacéutico para que me dispense la receta.

Inicialar una opción

- He informado a mi familia de mi decisión y he tomado en cuenta sus opiniones.
 He decidido no informar a mi familia de mi decisión.
 No tengo familia a quien informar de mi decisión.

Entiendo que tengo derecho a rescindir esta solicitud en cualquier momento.

Entiendo toda la importancia de esta solicitud y espero morir cuando tome el medicamento que se me recetará. Además entiendo que, aunque la mayoría de las muertes ocurren dentro de un lapso de tres horas, mi muerte puede llevar más tiempo y mi médico me ha asesorado sobre esta posibilidad.

Hago esta solicitud voluntariamente y sin reservas, y acepto la plena responsabilidad moral por mis acciones.

Además declaro que estoy en mi sano juicio y que no actúo bajo coacción, fraude o influencia indebida.

Firma: Please only use this for reference. Only English form is honor in WA. Thank you.	País de residencia:	Fecha:
---	---------------------	--------

DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Al escribir nuestras iniciales y firmar a continuación, declaramos que la persona que realiza y firma la solicitud anterior:

Testigo 1 Testigo 2
Iniciales Iniciales

- _____ _____ 1. Es conocida personalmente por nosotros o ha proporcionado prueba de identidad;
_____ _____ 2. Firmó esta solicitud en nuestra presencia en la fecha a continuación de la firma de la persona;
_____ _____ 3. Parece estar en su sano juicio y no bajo coacción. fraude o influencia indebida;
_____ _____ 4. No es un paciente de quien alguno de nosotros es el médico tratante.

Nombre en letra de molde: Testigo 1	Firma:	Fecha:
Nombre en letra de molde: Testigo 2	Firma:	Fecha:

NOTA: Un testigo no puede ser una persona que: (1) está relacionada por consanguinidad, matrimonio o adopción con la persona que hace esta solicitud o (2) tiene derecho a cualquier parte de los bienes de la persona al fallecer o (3) posee, opera o trabaja en un centro de atención médica donde la persona que hace esta solicitud está recibiendo tratamiento médico o es residente. El otro testigo puede estar relacionado por sangre, matrimonio, etc. Si el paciente es un paciente internado en un centro de atención médica, uno de los testigos deberá ser una persona designada por el centro. El médico tratante (que prescribe) no puede ser testigo.