

Declaración Católica sobre la Vida y la Muerte Natural

Prólogo. A mi familia, amigos, doctores, abogados y sacerdote:

Soy Católico Romano y creo:

...en Dios Padre Todopoderoso y que mi vida y toda la creación es un regalo de Su Amor;

...en Jesucristo, Su único Hijo, quien sufrió y murió en la cruz por mi redención;

...en la resurrección de los muertos y en la vida del mundo futuro;

...en la Santa Iglesia Católica y es mi deseo de acatar sus enseñanzas por toda mi vida, desde mi nacimiento hasta mi muerte natural;

...que el hombre es hecho a imagen y semejanza de Dios y que cada persona debe vivir de acuerdo a la dignidad y respeto;

...que bajo la providencia de Dios, soy dueño de mi vida y puedo utilizar todos los medios ordinarios para preservarla;

...que en acuerdo con las enseñanzas de la Iglesia, yo pueda legítimamente rehusarme o discontinuar los medios extraordinarios para preservar mi vida.

Por consiguiente, ruego que con la ayuda de Dios pueda aceptar los gozos y las penas de la vida y de la muerte natural, siguiendo las enseñanzas de Jesucristo en la iglesia, que por la gracia de Dios pasar de esta vida a Su eterna presencia.

También ruego que mi familia, mis amigos y toda la comunidad de la Iglesia se unan en esta oración y continúen orando por mí y por todos los que se han ido, para que podamos descansar en la paz eterna.

Declaración

1

1. **Propósito.** Esta Declaración Católica sobre la Vida y la Muerte Natural, hecha en mi juicio cabal, es presentada como medio para dar a conocer mis deseos y instrucciones acerca del tratamiento o cuidado en el caso de que me vuelva irreversiblemente o extremadamente enfermo. En la ausencia de mi habilidad de dar direcciones acerca de lo antes mencionado, intento que esta Declaración sea honorada por mis familiares y medico(s) como la expresión final de mi derecho legal para tomar decisiones acerca de mis tratamientos médicos o quirúrgicos y acepten las consecuencias por tales decisiones.

2. **Manifiesto Completo de los Hechos.** Advierto y ordeno a mi familia, doctores, abogados, sacerdote y amigos que por mi creencia Católica en la dignidad de la persona humana y en mi destino eterno en Dios, si me vuelvo irreversible, incurable o extremadamente enfermo, se me sea completamente informado de todos los hechos de manera que pueda prepararme espiritualmente para morir

3. **Presunción General de Vida.** Esta Declaración es para ser interpretada en favor de la vida. Ordeno que las decisiones del cuidado de mi salud se tomen y coincidan con mi deseo general por el uso de los tratamientos médicos que preservaran mi vida, tanto como el uso de tratamientos médicos que puedan curar, mejorar o prevenir la deterioración en cualquier condición física o mental. Pido y ordeno que cuidado y tratamiento médico se me sean dados para preservar mi vida sin discriminación basada en mi edad, habilidad mental o física. Rechazo cualquier acción u omisión que intente causar o precipitar mi muerte. Si las instrucciones mencionadas concernientes a mi cuidado y tratamiento médico no son adecuadamente citadas, aquellos que tomen esas decisiones en mi nombre deberán ser guiados generalmente por las enseñanzas pro-vida de la Iglesia Católica.

4. **Instrucciones de la Muerte Natural.** Tengo el derecho de tomar mis propias decisiones en relación al tratamiento que puede prolongar el proceso de muerte más allá de los límites dictados por la razón y el buen juicio. Si mi condición final fuese una herida, enfermedad o padecimiento incurable certificado por dos doctores quienes me han examinado (el cual uno debe ser el doctor que me atiende) y determinado en la mejor de sus habilidades profesionales, mi muerte puede ocurrir ya sea que los procedimientos para el sostenimiento de la vida sean utilizados o no, y en donde estos procedimientos pueden servir solo para prolongar artificialmente el proceso de muerte; y si estoy incapacitado para tomar mis propias decisiones y no haya esperanza razonable de recuperación, entonces solicito y ordeno que los procedimientos para el sostenimiento de mi vida sean utilizados para preservar mi vida. Ningún medio debe ser utilizado para acortar mi vida. Es mi intención que el término “procedimiento de sostenimiento de vida” sea interpretado como cualquier procedimiento o intervención médica la cual pueda servir solamente para prolongar el proceso de muerte y donde la muerte natural pueda ocurrir siempre y cuando tal procedimiento o intervención sea utilizada basada en el juicio del doctor que me atiende.

5. **Cuidado Cómodo.** Ordeno que si yo tengo una condición de muerte descrita anteriormente, me sea permitido morir naturalmente con solo la administración de medicamentos o con el cumplimiento de cualquier procedimiento médico creído necesario para proveerme con un cuidado especial y alivio del dolor, aunque se tenga el conocimiento pero sin el propósito de un efecto secundario de apresurar mi muerte.

6. **Nutrición e Hidratación.** Pienso que la comida (nutrición) y líquidos (hidratación) no son tratamientos médicos, tampoco procedimientos médicos, pero medios ordinarios de preservación de la vida. Así mismo, ordeno que mi proveedor de cuidado de salud me suministre la comida y los líquidos oralmente, intravenosamente, por tubos, o por otro medios necesarios para preservar mi vida y para asegurarme la salud óptima posible. Además, si en el momento, estoy incapacitado para comer y tomar (es decir, de una manera natural) me deben asistir en suministrar la comida y la bebida (es decir, por tubos o de una manera similar) a menos que: (a) que mi muerte sea inminente (es decir, que lo mas seguro que pase sin retraso); o (b) estoy incapacitado para asimilar la comida y las bebidas; o (c) que las comidas y bebidas pongan en peligro mi condición.

Entiendo la importancia completa de esta Declaración y estoy emocionalmente y mentalmente competente para hacer esta Declaración.

Firmado el día ____ de _____, 200__.

Nombre imprenta: _____

Dirección

NOTA: ESTE DOCUMENTO TIENE QUE SER PRESENCIADO POR DOS TESTIGOS O POR UN NOTARIO PUBLICO.

Conozco personalmente al Declarante y doy fe de que el Declarante esta en su pleno juicio. No firmé la firma del Declarante antes mencionado ni tampoco recibí instrucciones del Declarante para hacerlo. No estoy relacionado por sangre o matrimonio, o no soy titular de ninguna porción de los bienes del Declarante de acuerdo con las leyes de sucesión de bienes o bajo cualquier otro testamento del Declarante, o directa y financieramente responsable por el cuidado médico del Declarante.

Testigo

Dirección

Testigo

Dirección

-O-

ESTADO DE KANSAS, CONDADO DE _____, ss:

Este instrumento fue reconocido ante mí el día ____ de _____, 200__,
por_____.

Notario Pblico

Mi comisión expira:

Con copia a: Familia, Doctor, Abogado, Sacerdote