

**REQUEST FOR MEDICATION TO END MY LIFE
IN A PEACEFUL MANNER**

Solicitud de Medicamento Para Terminar Mi Vida Pacíficamente

Yo, _____, soy un adulto que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales. Padezco una enfermedad terminal que es una enfermedad o afección incurable e irreversible y que de acuerdo al juicio médico razonable, mi enfermedad resultará en la muerte dentro de los próximos seis meses. Mi proveedor de cuidados médicos ha determinado que mi enfermedad se encuentra en fase terminal. _____ (Iniciales del Paciente)

Se me ha informado plenamente sobre mi diagnóstico y pronóstico de vida, así también como de la naturaleza del medicamento de ayuda médica para morir que será prescrito, y de los posibles riesgos asociados con el medicamento. También se me ha informado plenamente del resultado esperado y de los tratamientos alternativos, concurrentes o adicionales que se encuentran disponibles, incluyendo los cuidados paliativos u *hospicio*, como se conocen en Estados Unidos, para calmar los síntomas y reducir el sufrimiento.

_____ (Iniciales del Paciente)

Solicito que mi proveedor de cuidados médicos me recete un medicamento que terminará con mi vida pacíficamente, si elijo auto ingerirlo. Asimismo, yo le autorizo a mi proveedor médico, para que se comuniquen con un farmacéutico que esté dispuesto a cumplir con esta solicitud.

_____ (Iniciales del Paciente)

Entiendo que tengo el derecho de rescindir de esta solicitud, en cualquier momento.

_____ (Iniciales del Paciente)

Entiendo además, la importancia total de esta solicitud y espero morir, si yo elijo auto ingerir el medicamento prescrito de ayuda médica para morir. También entiendo que aún y cuando la mayoría de las muertes ocurren durante un lapso de tres horas, mi muerte podría demorar más tiempo. Mi proveedor de cuidados médicos, me ha aconsejado sobre esta posibilidad.

_____ (Iniciales del Paciente)

Hago esta solicitud de forma voluntaria y sin ninguna reserva.

Firma: _____

Fecha: _____

Hora: _____

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:

Declaramos que la persona que firma esta solicitud:

1. Es conocida personalmente por nosotros, o que él(ella) nos ha proporcionado su prueba de identidad.
2. Que la persona firmó esta solicitud en nuestra presencia.
3. Que la persona aparenta estar en pleno uso de sus facultades mentales y que no se encuentra bajo coerción alguna, fraude o influencia indebida.
4. Que la persona *no* es paciente de cualquiera de nosotros, como proveedores de cuidados médicos.

Testigo 1:

Testigo 2:

Firma:

Nombre Impreso:

Relación con el Paciente:

Fecha:

NOTA: No se permite que más de un testigo sea un familiar consanguíneo, o familiar por lazos de matrimonio o por adopción, de la persona que firma esta solicitud. Solamente uno de los testigos puede ser propietario, operador o empleado de un centro de cuidados médicos donde la persona que firma esta solicitud, es un paciente o residente del centro..

NEW MEXICO REQUEST FOR MEDICATION TO END MY LIFE IN A PEACEFUL MANNER

Certificación del Proveedor Médico (Opcional):

Firma del Proveedor Médico que Prescribe la Receta:

Fecha: _____

NOTA: La Certificación del Proveedor Médico no es obligatoria, ni necesaria para ser incluida en el formulario de Petición de Ayuda Médica para Morir. Sin embargo, el Office of Medical Investigator podría solicitar prueba de que la persona sea el paciente que solicita Ayuda Médica para Morir. Se recomienda ampliamente que se tenga una copia en el expediente médico del paciente, tanto de la Petición de Ayuda Médica para Morir, como de la Certificación del Proveedor Médico. También se recomienda tener dichos documentos a la mano.

I, _____, am an adult of sound mind.

I am suffering from a terminal illness, which is a disease or condition that is incurable and irreversible and that, according to reasonable medical judgment, will result in death within six months. My health care provider has determined that the illness is in its terminal phase. _____ (Patient Initials)

I have been fully informed of my diagnosis and prognosis, the nature of the medical aid in dying medication to be prescribed and the potential associated risks, the expected result and the feasible alternative, concurrent or additional treatment opportunities, including hospice care and palliative care focused on relieving symptoms and reducing suffering. _____ (Patient Initials)

I request that my health care provider prescribe medication that will end my life in a peaceful manner if I choose to self-administer the medication, and I authorize my health care provider to contact a willing pharmacist about to fulfill this request. _____ (Patient Initials)

I understand that I have the right to rescind this request at any time. _____ (Patient Initials)

NEW MEXICO REQUEST FOR MEDICATION TO END MY LIFE IN A PEACEFUL MANNER

I understand the full import of this request, and I expect to die if I self-administer the medical aid in dying medication prescribed. I further understand that although most deaths occur within three hours, my death may take longer. My health care provider has counseled me about this possibility.
_____ (Patient Initials)

I make this request voluntarily and without reservation.

Signed: _____

Date: _____ Time: _____

DECLARATION OF WITNESSES:

We declare that the person signing this request:

1. is personally known to us or has provided proof of identity;
2. signed this request in our presence;
3. appears to be of sound mind and not under duress, fraud or undue influence; and
4. is not a patient for whom either of us is a health care provider.

	Witness 1:	Witness 2:
Signature:	_____	_____
Printed Name:	_____	_____
Relationship to Patient:	_____	_____
Date:	_____	_____

NOTE: No more than one witness shall be a relative by blood, marriage or adoption of the person signing this request. No more than one witness shall own, operate or be employed at a health care facility where the person signing that request is a patient or resident.

Provider Attestation (optional):

Signature of the Prescribing Provider

Date Prescription Written

NOTE: The Provider Attestation is not mandatory nor necessary to be included on this Request form. However, the Office of Medical Investigator may require proof that the individual is a Medical Aid-in-Dying patient. Having a copy of both the Request form and such Attestation of Prescription readily available in the medical record and on hand with the individual is strongly advised.