

I. Directrices adelantadas

Yo, _____ en pleno uso de mis facultades mentales, presto esta declaración libre y voluntariamente como un mandato a cumplirse en caso de que quede permanentemente incapacitado(a) para participar en decisiones con relación a mi asistencia médica.

Estas instrucciones sólo entrarán en vigor si yo:

- 1) tuviese una condición terminal,
- 2) estuviese permanentemente inconsciente o
- 3) estuviese consciente pero con daño cerebral irreversible, y sin posibilidad de recobrar la facultad para tomar decisiones y expresar mis deseos.

Estas instrucciones reflejan mi **decisión firme** de rehusar tratamientos médicos desproporcionados.

En caso de ser víctima de una enfermedad terminal, sin una expectativa razonable de recuperación, instruyo a mi médico de cabecera a discontinuar o a no prestarme tratamientos médicos desproporcionados que irracionalmente prolonguen el proceso de morir.

En caso de **no tener posibilidades de recuperación**, mi atención médica debe limitarse a medidas que mejoren mi bienestar, que alivien el dolor y el sufrimiento, incluyendo el momento de la discontinuación de mi tratamiento.

Con mis iniciales rehúso los siguientes cuidados:

_____ **Reanimación Cardiopulmonar (CPR)** – Procedimiento que restaura el movimiento del corazón cuando
(Iniciales) los latidos se detienen y que provee respiración artificial cuando cesa el mecanismo de la respiración.

_____ **Respiración Mecánica** – Se utiliza una máquina llamada ventilador o respirador para ayudar al
(Iniciales) pulmón en su función respiratoria cuando ésta es inadecuada.

_____ **Díálisis** _____ **Transfusiones de sangre** _____ **Antibióticos**
(Iniciales) (Iniciales) (Iniciales)

_____ **Otros cuidados** médicos que se rehúsan (letra de imprenta): _____
(Iniciales)

II. Designación del mandatario

Designo a _____ quien conoce bien mis valores, para que vigile el documento de las instrucciones sobre el final de mi vida y tome otras decisiones que sean armónicas con mis valores, sobre la aceptación o rechazo de tratamientos sugeridos.

Su dirección es: _____

Teléfonos: residencia _____ Celular: _____

Certifico que: _____ Le notifiqué su designación _____ Le notificaré su designación.
(Iniciales) (Iniciales)

En caso de que a este mandatario le fuera imposible servir, designo alternativamente a _____ para que haga esta función.

Su dirección es: _____

Teléfonos: residencia _____ Celular: _____

Certifico que: _____ Le notifiqué su designación _____ Le notificaré su designación.
(Iniciales) (Iniciales)

CONTINÚA EN PAG.2

III. Donación de órganos:

_____ (Iniciales)	No deseo donar mis órganos o tejidos.
_____ (Iniciales)	Después de mi muerte deseo donar:
_____ (Iniciales)	Cualquier órgano, tejido u ojos que pudiesen ser útiles.
_____ (Iniciales)	Solamente los siguientes órganos o tejidos: _____ _____
<p>Es mi deseo que después de mi muerte se mantengan las medidas de sostén necesarias para que mis órganos mantengan la viabilidad que los hace útiles. Entiendo que mis herederos no son responsables por gastos asociados a mi donación de órganos o tejidos.</p>	

_____	_____	_____
Nombre del Paciente	Firma del Paciente	Fecha y hora
_____	_____	_____
Nombre del Testigo	Firma del Testigo	Fecha y hora
_____	_____	_____
Nombre del Testigo	Firma del Testigo	Fecha y hora
_____	_____	_____
Nombre del médico	Firma del médico	Fecha y hora
Licencia del médico (número): _____		

IV. Responsabilidad institucional *(cuando se hace en un hospital)*

Yo, _____ (NOMBRE EN LETRA DE MOLDE)	
del Departamento de _____ del Hospital _____ me	
he asegurado que estas directrices formen parte del expediente clínico del paciente y que su presencia sea llamativamente señalada en el expediente.	
_____	_____
Firma	Fecha y hora