

Nombre: N.º de exp. médico: Fecha de nac.:
--

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA ABSTENCIÓN DE REALIZAR EL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL O PARA SU RETIRO

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

1. He conversado mi decisión con el/la Dr/a. _____, quien me ha informado sobre mi diagnóstico o pronosis y me ha explicado los riesgos, los beneficios posibles y las alternativas a esta decisión de abstención de realizar la atención de soporte vital o para su retiro. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y las han respondido a mi satisfacción. Asimismo, he tenido tiempo suficiente para pensar sobre esta decisión y hacer otras consultas si así lo deseara.

2. Tomo la(s) siguiente(s) decisión(es):
 - Doy consentimiento para que se abstengan de realizar o para que retiren el (los) siguiente(s) tratamiento(s) de soporte vital *antes* de que se detenga mi corazón o respiración:

 - Doy consentimiento para que se ponga en práctica una orden de no reanimar (Do Not Resuscitate, DNR Order) en caso de que se detenga mi corazón o respiración.

El paciente puede firmar a continuación; sin embargo, si el consentimiento es verbal, un médico tratante debe indicar que la decisión se expresó de forma verbal al escribir el nombre del paciente en este recuadro, marcar el casillero correspondiente y firmar la Declaración del médico tratante de abajo.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)	Firma del paciente	Fecha y hora
--	--------------------	--------------

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

- He sido testigo de la decisión verbal expresada por el paciente acerca de la abstención de realizar tratamiento de soporte vital o de su retiro según se indica en el párrafo 2 anterior, O BIEN,
- He sido testigo de la decisión por escrito expresada por el paciente acerca de la abstención de realizar tratamiento de soporte vital o de su retiro según se indica en el párrafo 2 anterior.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)	Firma del paciente	Fecha y hora
--	--------------------	--------------

FIRMA DEL TESTIGO (Cualquier empleado del hospital).

- He sido testigo de la decisión verbal expresada por el paciente acerca de la abstención de realizar tratamiento de soporte vital o de su retiro según se indica en el párrafo 2 anterior, O BIEN,
- He sido testigo de la decisión por escrito expresada por el paciente acerca de la abstención de realizar tratamiento de soporte vital o de su retiro según se indica en el párrafo 2 anterior.

Nombre del testigo (en letra de imprenta)	Firma del paciente	Fecha y hora
---	--------------------	--------------

