

Formulario de

Declaración jurada



Thomas Jefferson University Hospital
Center City Campus
Ford Road Campus
Methodist Hospital Division
Jefferson Hospital for Neuroscience

continúa del interior

- Deseo no deseo ofrecer todo o parte de mi cuerpo como obsequio anatómico, con sujeción a las siguientes limitaciones (en su caso).

Esta declaración la hice el _____ día del _____ mes del año 20 _____

Declarante: _____

Firma: _____

Dirección: _____

El declarante o la persona que a petición del declarante firma en su lugar, con conocimiento de causa y voluntariamente firmó o puso su marca sobre este documento en mi presencia.

Testigo: _____

Firma: _____

Dirección: _____

Testigo: _____

Firma: _____

Dirección: _____

Lo siguiente es el formulario de declaración jurada para el Poder de representación para atención de la salud:

Declaración

Yo, _____, disponiendo de todas mis facultades mentales y por voluntad propia presento esta declaración, cuyas instrucciones deberán seguirse en el caso de que yo no tenga capacidad. Esta declaración refleja mi firme y estable propósito de rechazar el tratamiento para mantener la vida bajo las circunstancias indicadas a continuación:

Pido al médico que me atiende que se abstenga de proporcionarme o suspenda, en su caso, cualquier tratamiento para mantener la vida cuyo único propósito sea prolongar el proceso de mi muerte en el caso de que yo padezca una enfermedad mortal o me encuentre en un estado de inconsciencia permanente.

Pido que el tratamiento se limite a las medidas que sirvan para mantenerme confortable y aliviar el dolor, incluso el dolor que pudiera ocurrir a causa de no aplicar el tratamiento para mantener la vida.

Además, en el caso de que me encuentre en el estado anteriormente descrito, doy a conocer mis consideraciones firmes acerca de las siguientes formas de tratamiento:

- Deseo no deseo reanimación cardiopulmonar.
- Deseo no deseo respiración mecánica.
- Deseo no deseo alimentación con sonda nasogástrica o alguna otra forma de nutrición (alimentación) invasora o artificial.
- Deseo no deseo alimentación con sonda nasogástrica o alguna otra forma de hidratación (agua) invasora o artificial.
- Deseo no deseo ninguna forma de cirugía o prueba de diagnóstico invasora.
- Deseo no deseo diálisis renal.
- Deseo no deseo antibióticos.

Entiendo que si no indico específicamente mi preferencia en cuanto a las formas de tratamiento indicadas arriba, es posible que reciba esa forma de tratamiento.

Otras instrucciones

- Deseo no deseo designar a otra persona como mi sustituto para que tome en mi nombre decisiones referentes a tratamiento médico en caso de que yo esté incapacitado y padezca una enfermedad mortal o me encuentre en un estado de inconsciencia permanente.

Nombre y dirección del sustituto (si corresponde)

Nombre y dirección del sustituto suplente (en caso de que el sustituto arriba designado no pueda presentarse)
