

CONSENTIMIENTO PARA NO RESUCITAR

Nombre del paciente impreso: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Paciente del centro de atención para pacientes terminales con capacidad para tomar decisiones (El paciente completa esta sección si es posible)

Solicito que no se inicien medidas de reanimación sobre mí para restaurar la función cardíaca/respiratoria, y doy mi consentimiento para que se ingrese una orden de no reanimar en mi expediente médico. Entiendo que esto se refiere únicamente a la provisión de resucitación cardiopulmonar (RCP) y no a otros procedimientos de soporte vital. Entiendo que, si bien no se realizará RCP, se harán todos los demás esfuerzos para mantenerme cómodo. Entiendo que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento.

Firma del paciente del centro de atención para pacientes terminales

Fecha

Firma de testigo o miembro del equipo del centro de atención para pacientes terminales

Fecha

O

Paciente del centro de atención para pacientes terminales sin capacidad para tomar decisiones (La persona autorizada completa esta sección si el paciente no tiene capacidad de firmar el consentimiento previo)

Solicito que no se inicien medidas de reanimación: sobre el paciente mencionado anteriormente para restaurar la función cardíaca/respiratoria, y doy mi consentimiento para que se ingrese una orden de no resucitar en el expediente médico del paciente. Entiendo que esto se refiere únicamente a la provisión de resucitación cardiopulmonar (RCP) y no a otros procedimientos de soporte vital. Entiendo que, si bien no se realizará RCP, se harán todos los demás esfuerzos para que el paciente se sienta cómodo. Declaro que, si el paciente no puede expresar sus propios deseos sobre este asunto, soy la persona autorizada más alta que puede dar su consentimiento a esta orden de no resucitar. Entiendo que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento.

En orden de prioridad: (Marque relación con el paciente)

Agente de salud Esposo/a Tutor designado por corte Hijo adulto Padre

Hermano adulto

Firma de la persona autorizada

Fecha

Firma de testigo o miembro del equipo del centro de atención para pacientes terminales

Fecha