

FORMULARIO PARA EL REGISTRO DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD

DI-2023-153-E-NEU-SSLD#MS

Apellido y Nombre persona paciente:

Mientras pueda expresarme eficientemente, esta directiva no debe ser utilizada.**1. Declaración de voluntad y competencia de la persona:**

Tengo conocimiento que de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente (Art. 60 del Código Civil y Comercial, Art. 11 de la Ley 26.529 y su decreto reglamentario 1089/2012, y Art. 13 de la Ley Provincial 2611) me asiste el derecho de dar directivas de manera anticipada, vinculadas con la atención de mi salud para que se cumplan en aquellas circunstancias en las que no sea capaz de expresarlas personalmente.

Por tal motivo, luego de una serena y adecuada reflexión, completo este documento con plena capacidad, de manera libre y voluntaria, y habiendo sido suficientemente informado/a por el equipo de salud tratante.

Yo,, conaños, con DNIN°....., nacid... el día de de..... y con domicilio en N°....., localidad....., provincia de....., con plena capacidad de obrar, debidamente informad... y actuando libremente otorgo el presente Documento de Directiva Anticipada en la atención sanitaria.

2. Criterios y preferencias personales, en el curso de la atención sanitaria, según sea posible:

Confío que, si me encuentro en una condición de salud incurable o irreversible sin expectativas razonables de recuperación, se atenderán las preferencias expuestas a continuación.

Comprendo que no necesito explicitar todos los posibles estados clínicos, ni los tratamientos que no deseo recibir, ya que el espíritu de este documento es solicitar los cuidados sanitario humanos y espirituales necesarios para proporcionar un digno final a mi vida, con el máximo alivio del sufrimiento y el dolor.

(Escoja opciones)

- Prefiero permanecer en mi domicilio habitual.
- Prefiero estar en un establecimiento de salud para mayor seguridad propia y de mi familia.

Documento duplicado: para Historia Clínica y otra para entregar a persona paciente

Página 1 de 4

Sello del Efector:

Otorgado por:

FORMULARIO PARA EL REGISTRO DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD

DI-2023-153-E-NEU-SSLD#MS

Apellido y Nombre persona paciente:

Quiero permanecer en compañía de mis seres queridos durante los últimos momentos.

Prefiero solo aquella asistencia que me proporcione un digno final, con el máximo alivio del sufrimiento y el dolor. (Escoja una opción)

Aunque eso signifique la disminución irreversible de mi estado de conciencia.

Solo si los mismos no conllevan la disminución de conciencia.

Prefiero que si transitoriamente, tengo períodos de lucidez, durante los mismos:
(Escoja una opción)

No se me informe sobre la cercanía de mi final.

Se me informe sobre la cercanía de mi final.

3. Instrucciones adicionales

Deseo recibir asistencia religiosa o espiritual. Puede indicar su religión o a quién contactar.

.....
.....

Otras. Puede detallar prácticas específicas y deseos particulares.

.....
.....
.....

4. Deseo dejar expresado el destino de mi propio cuerpo y órganos (Marcar lo que corresponda):

Deseo donar mis órganos y tejidos para trasplantar a otras personas que los necesiten.

No deseo donar mis órganos y tejidos para trasplante.

5. Datos de referencia de los testigos:

En presencia de.....DNIy
deDNI..... en
calidad de testigos, quienes declaran tener conocimiento acerca de la capacidad,

Documento duplicado: para Historia Clínica y otra para entregar a persona paciente

Sello del Efector:

Otorgado por:

FORMULARIO PARA EL REGISTRO DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD

DI-2023-153-E-NEU-SSLD#MS

Apellido y Nombre persona paciente:

competenciay discernimiento de la persona paciente arriba identificado.

6. Designación de representante (Opcional)

En lo que refiere a la interpretación y aplicación de este documento, designo como mi representante

a.....,DNI....., con domicilio en..... y teléfono....., quien deberá ser considerado/a mi interlocutor/a válido con elEquipo de Salud, y como garante de cumplimiento de mi voluntad aquí expresada.

De la misma manera, para el caso de imposibilidad o renuncia de mi representante, designo como representante sustituto (opcional) a

.....DNI, con domicilio en..... y teléfono.....

7. Deseo dejar explícitamente manifestado que NO se considere la consulta con la siguiente/s persona/s

.....

8. Revocabilidad/posibilidad de modificación

Me queda claro que en cualquier momento puedo dejar sin efecto el presente documento y tengo presente que puedo modificarlo todas las veces que lo considere necesario.

Firma: _____

Si no puede escribir y hacer su firma, puede firmar con una marca personal, o puede ayudarlealguien que usted elija.

Sello del Efector:

Otorgado por:

FORMULARIO PARA EL REGISTRO DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD

DI-2023-153-E-NEU-SSLD#MS

Apellido y Nombre persona paciente:

Cualquier otra indicación de cuidado de salud que considere pertinente expresar puede hacerlo en esta página:

Documento duplicado: para Historia Clínica y otra para entregar a persona paciente

Página 4 de 4

Sello del Efector:

Otorgado por:

Consulta a bioeticaeinvestigacionnqn@gmail.com – 4495590/5591 INT 7550