

FORMULARIO DE RECHAZO TERAPÉUTICO -MUERTE DIGNA- (Ley 26.742)

Ciudad y fecha:/...../200.....-

1. Yo,.....D.N.I....., siendo lashoras, manifiesto haber sido informado/a en términos claros y sencillos por el Dr./a que de acuerdo a la evaluación médica practicada se me ha diagnosticado..... Me ha sido explicado que la enfermedad que padezco es irreversible, incurable y/o se encuentra en etapa terminal, motivo por el cual el único tratamiento posible de realizar es de tipo paliativo.
2. En función de ello rechazo cualquier procedimiento quirúrgico, de reanimación artificial o medidas de soporte vital extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
3. Me opongo también a recibir procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estadio terminal irreversible o incurable.
4. Se me ha explicado que en todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas, prácticas y procedimientos destinados al adecuado control, y/o mejora (aunque sea transitoria) de mi estado de salud y/o alivio de mi sufrimiento.
5. Hago presente que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas completa y satisfactoriamente. Comprendo perfectamente todo lo mencionado en los puntos anteriores y dejo constancia que asumo a mi exclusivo cargo todas las consecuencias que mi negativa genere sobre mi estado de salud, deslindando de toda responsabilidad a la institución, los médicos, enfermeros, auxiliares, y demás profesionales que hasta el momento me han atendido en este establecimiento.
6. Se me ha aclarado que la firma de este documento no me compromete de forma definitiva, por lo que soy totalmente libre de retirar o modificar el presente rechazo, por cualquier motivo, debiendo para ello notificar fehacientemente al director médico de la institución la retractación o nueva decisión adoptada.

.....
Firma paciente.....
**Firma Testigo
(familiar, enfermero, etc.)**.....
Aclaración de firma.....
Aclaración de firma.....
Documento.....
Documento.....
Domicilio y teléfono contacto.....
Domicilio y teléfono contacto

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurre a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, procediendo por propia decisión.

1) Firma: Aclaración:
Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:
Documento: Teléfono:
Domicilio:

2) Firma: Aclaración:
Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:
Documento: Teléfono:
Domicilio: