



DECLARACIÓN DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

A mi familia, médicos/as y a toda persona que se ocupe de mi asistencia:

Yo, _____ DNI _____, siendo mayor de edad, en uso de la totalidad de mis capacidades, expreso de manera consciente, libre y autónoma mi voluntad en caso que, por alguna circunstancia, no pueda participar en las decisiones asistenciales referidas a mi persona y expresarla personalmente.

Estas directivas expresan mi derecho a rechazar tratamientos médicos, preventivos o paliativos y decisiones relativas a mi salud, que deberán ser aceptadas por el profesional a cargo quien, si obra de acuerdo con las mismas, no estará sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, porque así lo dispone el art. 11 de la Ley 26.529 sobre los Derechos del Paciente, modificada por la Ley 26.742 de Muerte Digna. Exijo que mi familia, médicos/as y toda persona que se ocupa de mi asistencia se consideren moralmente obligados a respetar mis deseos y que al hacerlo estén libres de toda responsabilidad.

Si yo padeciera una condición incurable o irreversible sin expectativas razonables de recuperación deseo que mi tratamiento en la etapa final persiga como objetivo mantener mi máximo bienestar y confort posibles, aliviar el dolor y otros síntomas. Declaro mi voluntad a que el médico responsable de mi tratamiento suspenda o no inicie intervenciones que solo prolonguen mi agonía.

Quiero expresar mis preferencias en cuanto a las intervenciones médicas, marcando con una cruz mi elección:

	SI	NO
Reanimación cardiopulmonar (RCP)		
Ventilación mecánica (respirador)		
Quimioterapia		
Radioterapia		
Diálisis		
Alimentación e hidratación artificiales		

Además, deseo:

	SI	NO
Morir en mi hogar si es posible		

Otras directivas:

DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE

En caso de duda en la interpretación de este documento, o para que tome decisiones sobre mis voluntades o posibles tratamientos no contemplados en el mismo, si yo no puedo hacerlo debido a la pérdida de capacidad de decidir y siempre que no contradigan ninguna de las voluntades que constan en este documento, designo a:

- 1) _____ mayor de edad, como mi representante ante el equipo sanitario
- 2) _____ mayor de edad, miembro del equipo asistencial del Instituto Alexander Fleming, quien conoce mis valores y creencias.

ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE

Yo _____ DNI _____ acepto ser el representante de _____ en el caso de que éste no pueda expresar sus deseos con respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directivas expresadas en este documento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona peticionante no pueda expresar por ella misma estas directivas y en el caso de que no haya revocado previamente este documento.

Firma:

Aclaración: _____

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Las personas abajo firmantes, mayores de edad, con plena capacidad de obrar, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que nos conste que haya sido incapacitado judicialmente y sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

Testigo primero

Nombre/s y apellido/s _____ DNI _____

Firma: _____ Aclaración: _____

Testigo segundo

Nombre/s y apellido/s _____ DNI _____

Firma: _____ Aclaración: _____

Esta declaración de directivas en vida expresa mis preferencias personales.

Firma del peticionante: _____

Fecha: _____

Aclaración: _____

Firma y sello del médico: _____

CLAÚSULA DE REVOCACIÓN

Las directivas anticipadas podrán revocarse con los mismos requisitos exigidos para su otorgamiento. No obstante, si esto no llegara a cumplirse formalmente, la sola expresión oral del paciente ante el médico tratante previamente a su aplicación será considerada suficiente para su modificación.

(*) La Ley 26.742 exige que las Directivas Anticipadas se establezcan por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. En caso que no Ud o su familia no cuenten con un profesional de confianza, el IAF puede facilitarle un contacto. Los costos asociados correrán por cuenta del paciente o familia.