

DECLARACIÓN SOBRE TRATAMIENTO MÉDICO (DIRECTRICES ANTICIPADAS)

Yo, _____, mayor de edad, _____
 _____ y vecino de _____

 (ocupación) (estado civil)

mediante este documento ejerzo mi derecho a dar directrices anticipadas sobre el tipo de tratamiento médico que quiero y/o no quiero recibir y, a tales efectos, establezco:

1. Que mi nombre y demás circunstancias personales son las arriba consignadas.
2. Que me encuentro en el disfrute pleno de mis facultades mentales y que me han explicado y he entendido sobre mis derechos bajo la Ley 160 de 17 de noviembre de 2001 que trata sobre mi derecho a recibir o rechazar tratamiento médico.
3. Con relación a la prolongación de mi vida, expresamente instruyo a la Institución donde me encuentre hospitalizado o recibiendo tratamiento médico, a los médicos y personal profesional de la salud que me estén brindando servicios médicos, a no iniciar las siguientes medidas y, que si éstas ya han comenzado, se descontinúen: (ponga sus iniciales en las que apliquen)

Iniciales _____	a. _____ Resucitación Cardiopulmonar (CPR)
Iniciales _____	b. _____ Ventilador Mecánico / Tubo Endotraqueal (DNI)
Iniciales _____	c. _____ Transfusiones de Sangre o sus derivados
Iniciales _____	d. _____ Pruebas Diagnósticas
Iniciales _____	e. _____ Diálisis
Iniciales _____	f. _____ Medios Diagnósticos Invasivos o Cirugías
Iniciales _____	g. _____ Otras instrucciones _____

4. Que éstos son mis deseos y mis directrices anticipadas para que se cumplan tal como lo he manifestado, por lo que relevo de toda responsabilidad civil a la Institución, médicos y personal profesional por haber actuado conforme a éstas directrices. Además, he entendido que la propia Ley 160 establece que ningún médico, institución de servicio de salud u otra persona actuando bajo la orden de un médico estará sujeto a responsabilidad civil o criminal por hacer valer las disposiciones de esta ley.
5. Que NO autorizo a nadie (ni a mi representante) a que pase por alto o anule las instrucciones aquí expuestas. Puede que mi familia o algunos parientes o amigos discrepen de mi postura, pero ello no le presta fuerza o solidez a mi rechazo de la sangre ni a las demás instrucciones que he dado.
6. Que designo a _____ como mandatario para que haga cumplir mis deseos y tome decisiones sobre aceptación y/o rechazo de tratamiento en caso de que yo, el declarante, no haya dispuesto sobre alguna condición o situación médica y no pueda comunicarme por mi mismo. Además, designo como mandatario sustituto a _____.
7. Que hago esta declaración libre y voluntariamente, libre de coacción, intimidación o amenaza.

En mérito de lo cual, firmo la presente en _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____. Hora _____

Firma del declarante

Primera Alternativa (Abogado):

Affidávit Número:

Jurada y Suscrita ante mí por _____, cuya circunstancias personales son las anteriormente expresadas y a quien Doy Fe de conocer y/o haber identificado mediante _____. Certifico que he auscultado con el declarante el carácter voluntario de esta declaración.

En _____, Puerto Rico a ____ de _____ de _____.

Notario Público

Segunda Alternativa (Médico):

Yo, _____ licencia número _____, luego de haber orientado y explicado al declarante _____ los alcances de la Ley 160 de 17 de noviembre de 2001, así como haberle orientado suficiente y adecuadamente sobre la oportunidad real de participar en forma significativa en las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud, incluyendo la discusión de opciones de tratamiento, opción de rehusar o no recibir ningún tratamiento, así como los costos, riesgos y probabilidades de éxito de dichas opciones de tratamiento o no tratamiento, y a mi mejor entender lo ha entendido libre y voluntariamente, suscribe en mi presencia al presente documento de Declaración sobre Tratamiento Médico.

En _____, Puerto Rico, hoy ____ de _____ de _____.

Declarante

Médico

Testigo

Testigo