

Formulario de

# Declaración jurada



Thomas Jefferson University Hospital  
Center City Campus  
Ford Road Campus  
Methodist Hospital Division  
Jefferson Hospital for Neuroscience

*continúa del interior*

- Deseo     no deseo ofrecer todo o parte de mi cuerpo como obsequio anatómico, con sujeción a las siguientes limitaciones (en su caso).

Esta declaración la hice el \_\_\_\_\_ día del \_\_\_\_\_ mes del año 20 \_\_\_\_\_

Declarante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

El declarante o la persona que a petición del declarante firma en su lugar, con conocimiento de causa y voluntariamente firmó o puso su marca sobre este documento en mi presencia.

Testigo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Lo siguiente es el formulario de declaración jurada para el Poder de representación para atención de la salud:

# Declaración

Yo, \_\_\_\_\_, disponiendo de todas mis facultades mentales y por voluntad propia presento esta declaración, cuyas instrucciones deberán seguirse en el caso de que yo no tenga capacidad. Esta declaración refleja mi firme y estable propósito de rechazar el tratamiento para mantener la vida bajo las circunstancias indicadas a continuación:

Pido al médico que me atiende que se abstenga de proporcionarme o suspenda, en su caso, cualquier tratamiento para mantener la vida cuyo único propósito sea prolongar el proceso de mi muerte en el caso de que yo padezca una enfermedad mortal o me encuentre en un estado de inconsciencia permanente.

Pido que el tratamiento se limite a las medidas que sirvan para mantenerme confortable y aliviar el dolor, incluso el dolor que pudiera ocurrir a causa de no aplicar el tratamiento para mantener la vida.

Además, en el caso de que me encuentre en el estado anteriormente descrito, doy a conocer mis consideraciones firmes acerca de las siguientes formas de tratamiento:

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Deseo | <input type="checkbox"/> no deseo reanimación cardiopulmonar.  |
| <input type="checkbox"/> Deseo | <input type="checkbox"/> no deseo respiración mecánica.  |
| <input type="checkbox"/> Deseo | <input type="checkbox"/> no deseo alimentación con sonda nasogástrica o alguna otra forma de nutrición (alimentación) invasora o artificial. |
| <input type="checkbox"/> Deseo | <input type="checkbox"/> no deseo alimentación con sonda nasogástrica o alguna otra forma de hidratación (agua) invasora o artificial.       |
| <input type="checkbox"/> Deseo | <input type="checkbox"/> no deseo ninguna forma de cirugía o prueba de diagnóstico invasora.   |
| <input type="checkbox"/> Deseo | <input type="checkbox"/> no deseo diálisis renal.  |
| <input type="checkbox"/> Deseo | <input type="checkbox"/> no deseo antibióticos.  |

Entiendo que si no indico específicamente mi preferencia en cuanto a las formas de tratamiento indicadas arriba, es posible que reciba esa forma de tratamiento.

## Otras instrucciones

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Deseo | <input type="checkbox"/> no deseo designar a otra persona como mi sustituto para que tome en mi nombre decisiones referentes a tratamiento médico en caso de que yo esté incapacitado y padezca una enfermedad mortal o me encuentre en un estado de inconsciencia permanente. |
|--------------------------------|--|

*Nombre y dirección del sustituto (si corresponde)*

---

---

---

*Nombre y dirección del sustituto suplente (en caso de que el sustituto arriba designado no pueda presentarse)*

---

---

---