

**RECHAZO TERAPÉUTICO DE FAMILIAR. PACIENTE EN ESTADO TERMINAL.**

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

1. Los que suscriben este instrumento manifestamos haber sido informados en términos claros y sencillos por parte del Dr./a ..... que de acuerdo a la evaluación médica practicada y atención que se le viene prestando a ..... (*consignar nombre completo del paciente*), la enfermedad que padece es irreversible, incurable y se encuentra en etapa terminal, motivo por el cual el único tratamiento posible de realizar es de tipo paliativo.
2. Con motivo de lo expuesto rechazamos cualquier procedimiento quirúrgico, de reanimación artificial o medidas de soporte vital extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan sufrimiento del paciente. Nos oponemos también a que reciba procedimientos de hidratación o alimentación que posibiliten únicamente la prolongación de su estado incurable e irreversible.
4. Comprendemos perfectamente lo mencionado en los puntos anteriores, haciendo constar que se nos ha dado la oportunidad de hacer preguntas con respecto a las posibles consecuencias de nuestra decisión, y todas ellas han sido contestadas completa y satisfactoriamente. Por tanto asumimos bajo nuestra exclusiva responsabilidad todas las consecuencias que produzca la decisión adoptada, aun el fallecimiento del paciente, deslindando de toda responsabilidad a la institución, los médicos, enfermeros, auxiliares y demás profesionales que hasta el momento han atendido al paciente, de cuyo estado de salud y evolución hemos sido permanentemente informados por la Dirección Médica desde que se iniciara su atención en esta institución.
5. Se nos ha aclarado que la firma de este documento no nos compromete en forma definitiva, toda vez que podemos retractarnos de la decisión adoptada, debiendo comunicar fehacientemente al director médico de la institución dicha retractación.

.....  
Firma.....  
Firma.....  
Aclaración de firma.....  
Aclaración de firma.....  
Documento.....  
Documento.....  
Vínculo con el paciente.....  
Vínculo con el paciente.....  
Domicilio y teléfono.....  
Domicilio y teléfono