

Directiva del paciente o del representante autorizado para rechazar la reanimación cardiopulmonar (CPR)

Esta plantilla cumple con las normas adoptadas por la Junta de Salud del Estado de Colorado (Colorado State Board of Health) en 6 CCR 1015-2

Datos del paciente

Nombre del paciente _____
(En letra de imprenta)

Si corresponde Nombre del representante/tutor legalmente autorizado/padre/madre del menor _____
(En letra de imprenta)

Fecha de nacimiento ___/___/___ Sexo Masculino Femenino Color de ojos _____ Color de cabello _____

Raza/Origen étnico Asiático o habitante de las Islas del Pacífico Afroamericano, no hispano Blanco, no hispano
 Indígena americano o nativo de Alaska Hispano Otro

Si corresponde Nombre del programa/proveedor de hospicio _____

Datos del médico

Nombre del médico _____
(En letra de imprenta)

Domicilio del médico _____

Teléfono del médico _____ N.º de matrícula de Colorado del médico _____

Testimonio de la directiva

Marque **SOLAMENTE** la información que corresponde:

- Paciente** Tengo 18 años o más, gozo de salud mental y actúo en forma voluntaria. Es mi deseo iniciar esta directiva en mi nombre. Se me informó que, como consecuencia de esta directiva, si mi corazón o mi respiración se detienen o no funcionan correctamente, no recibiré CPR y es posible que muera.
- Representante autorizado/tutor legalmente autorizado/padre/madre del menor** Tengo 18 años o más, gozo de salud mental y estoy legalmente autorizado a actuar en representación del paciente mencionado anteriormente en la emisión de esta directiva. Se me informó que, como consecuencia de esta directiva, si el corazón o la respiración del paciente se detienen o no funcionan correctamente, el paciente no recibirá CPR y es posible que muera.
- Donación de tejido** Por la presente efectúo una donación anatómica, que se concretará en el momento de mi muerte, de:
 Cualquier tejido necesario
Los siguientes tejidos Piel Córneas Hueso, tejidos relacionados y tendones

Por la presente indico al personal de servicios médicos de emergencia, a los proveedores de atención médica y a cualquier otra persona que no administre reanimación cardiopulmonar en caso de que mi corazón/respiración o el corazón/respiración de mi paciente se detengan o no funcionen correctamente. Comprendo que esta directiva no implica una negativa a recibir otras intervenciones médicas para mi atención y comodidad/la atención y comodidad de mi paciente. Si ingreso/mi paciente ingresa a un establecimiento de atención médica, esta directiva se implementará como una orden del médico, en espera de otras órdenes del médico.

 Firma del paciente

Firma del médico

 Representante autorizado/tutor legalmente autorizado/padre/madre del menor

Fecha

Fecha