

CONSENTIMIENTO DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO

Fecha de obtención del consentimiento: __/__/____

Nombre paciente:

Cedula de identidad N°:

Edad:

Nombre Representante Legal:

Parentesco:

Cédula de identidad N°:

Diagnósticos:

Yo, _____ RUT _____

Paciente o en representación del paciente ya individualizado, declaro que he sido informado por el médico _____ de la enfermedad, el pronóstico, las opciones terapéuticas en medicamentos y procedimientos, así como de sus complicaciones y efectividad. Se me explico que la limitación del esfuerzo terapéutico es la acción de establecer o fijar límites, de detenerse o no iniciar, de reducir o restringir, y no debe confundirse con “terminar” o “suspender”, si bien se pone límite a una terapia que no produce los beneficios esperados o no proporciona la recuperación de la salud, ya que ésta se encuentra irreparablemente dañada, siempre debe contemplar la proporción de los cuidados básico de enfermería, no permitir dolor, ni abandono del equipo de salud, y debe permitir el acompañamiento del enfermo.

Por lo anterior, declaro que comprendida la información que me ha sido entregada; se me ha permitido realizar preguntas y se me han aclarado mis dudas; se me ha instruido que siempre puedo solicitar más información en caso de que tenga dudas en este contexto y se me ha explicado que puedo expresar mi deseo de revocar este consentimiento en cualquier momento.

En consecuencia, el equipo médico ha decidido en conjunto con mi parecer favorable y para un mayor beneficio del paciente mantener las siguientes conductas:

- REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN CASO DE SER NECESARIO
__ SÍ __ NO
- TRASLADO A CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD EN CASO DE SER NECESARIO
__ SÍ __ NO

Declaro, recibir en acto copia del Consentimiento de Limitación del Esfuerzo Terapéutico.

Declaro: Comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el Consentimiento de Limitación del Esfuerzo Terapéutico.

Firma y RUT del paciente/familiar o representante

Nombre, RUT y firma del médico

REVOCATORIA: Mediante la presente vengo a expresar mi revocatoria al consentimiento informado otorgado más arriba.

**Firma y Rut del paciente o
responsable legal**

**Firma y Rut de testigo del paciente o
responsable legal**

Fecha: