

Request Regarding Resuscitative Measures

Request Made by Patient

I, (*patient name*) _____, hereby request to forgo resuscitative measures.

My physician, (*physician name*) _____, has explained to me the nature of resuscitative measures, their risks and benefits, the risks and benefits of refusing such resuscitative measures, and the alternatives to such resuscitative measures. I have had all of my questions answered by my physician.

After carefully considering all of the information my physician discussed with me, I request to forgo resuscitative measures.

I understand that the doctor named above and other doctors who provide services to me are not employees or agents of the hospital. They are independent medical practitioners.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(*patient/legal representative*)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: _____

Print name: _____
(*legal representative*)

Signature: _____
(*witness*)

Print name: _____
(*witness*)

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(*physician*)

Print name: _____
(*physician*)

Request Made by Legally Recognized Health Care Decision Maker

NOTE: If the patient is determined by his or her primary physician to lack the capacity to make health care decisions, a legally recognized health care decision maker may sign a request to forgo resuscitative measures on behalf of the patient.

I, *(name of legally recognized health care decision maker)* _____, hereby request to forgo resuscitative measures on behalf of *(patient name)* _____.

The patient's physician, *(physician name)* _____, has explained to me the nature of resuscitative measures, their risks and benefits, the risks and benefits of refusing such resuscitative measures, and the alternatives to such resuscitative measures. I have had all of my questions answered by the physician.

After carefully considering all of the information the physician discussed with me, I request to forgo resuscitative measures on behalf of the patient named above.

By signing this form, I acknowledge that this request regarding resuscitative measures is consistent with the known desires of, and with the best interest of, the individual who is the subject of the form (the patient named above).

I understand that the doctor named above and other doctors who provide services to me are not employees or agents of the hospital. They are independent medical practitioners.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(patient/legal representative)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: _____

Print name: _____
(legal representative)

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(witness)

Print name: _____
(witness)

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(physician)

Print name: _____
(physician)

Reference: Probate Code Sections 4780-4786

Solicitud Sobre Medidas de Resucitacion

Solicitud Efectuada por el Paciente

Yo, (*nombre del paciente*) _____, por la presente, solicito que no se tomen medidas de resucitación.

Mi médico, (*nombre de médico*) _____, me ha explicado la naturaleza de las medidas de resucitación, sus riesgos y beneficios, los riesgos y beneficios de rehusar dichas medidas de resucitación y las alternativas a dichas medidas de resucitación. Mi médico ha respondido todas mis preguntas.

Tras haber considerado cuidadosamente toda la información que mi médico discutió conmigo, solicito que no se tomen medidas de resucitación.

Entiendo que el médico cuyo nombre se indica anteriormente y otros médicos que me brindan servicios no son empleados ni agentes del hospital. Son médicos facultativos independientes.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(*paciente o representante legal*)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: _____

Nombre en letra de imprenta: _____
(*representante legal*)

Firma: _____
(*testigo*)

Nombre en letra de imprenta: _____
(*testigo*)

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(*physician*)

Print name: _____
(*physician*)

Solicitud Efectuada por la Persona Legalmente a Cargo de Tomar Decisiones

NOTA: Si el médico determina que el paciente es incompetente (o sea que es incapaz de entender o apreciar la naturaleza y las consecuencias de la decisión médica en cuestión), una persona legalmente a cargo de tomar decisiones podrá firmar en nombre del paciente una solicitud para que no se tomen decisiones de resucitación.

Yo, (*nombre de la persona legalmente a cargo de tomar decisiones*) _____
_____, por la presente solicito que no se tomen
medidas de resucitación en nombre de (*nombre del paciente*) _____.

El médico del paciente, (*nombre de médico*) _____,
me ha explicado la naturaleza de las medidas de resucitación, sus riesgos y beneficios, los riesgos
y beneficios de rehusar dichas medidas de resucitación y las alternativas a dichas medidas de
resucitación. El médico ha respondido todas mis preguntas.

Tras haber considerado cuidadosamente toda la información que el médico discutió conmigo,
solicito que no se tomen medidas de resucitación en nombre del paciente que se indica más
arriba.

Al firmar este formulario, indico que esta solicitud sobre medidas de resucitación es coherente con
los deseos conocidos del paciente que se indica más arriba y en su mejor interés.

Entiendo que el médico cuyo nombre se indica anteriormente y otros médicos que me brindan
servicios no son empleados ni agentes del hospital. Son médicos facultativos independientes.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(*paciente o representante legal*)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: _____

Nombre en letra de imprenta: _____
(*representante legal*)

Firma: _____
(*testigo*)

Nombre en letra de imprenta: _____
(*testigo*)

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(*physician*)

Print name: _____
(*physician*)

Reference: Probate Code Sections 4780-4786