



PLEASE ATTACH PATIENT LABEL OR PROVIDE:

NAME _____

MRN _____ FIN _____

CONSENTIMIENTO DE NO REANIMACIÓN (DNR)

Una orden DNR significa que si el corazón del paciente deja de latir o si el paciente deja de respirar, los proveedores de atención médica no usarán la reanimación cardiopulmonar (RCP). Los proveedores de atención médica no utilizarán procedimientos médicos para restablecer la respiración o la función cardíaca, como las compresiones torácicas externas, la descarga eléctrica, la inserción de un tubo para abrir las vías respiratorias, la inyección de medicamentos en el corazón o los masajes cardíacos con el pecho abierto.

Solicito que mis proveedores de atención médica se abstengan de cualquier intento de reanimación cardiopulmonar (RCP).

Entiendo que esta directiva permanecerá en vigor hasta que se revoque debidamente. Yo, mi tutor/a legal, mi agente con un poder médico o mi médico tratante podemos revocar este consentimiento en cualquier momento a través de una notificación a un proveedor de atención médica.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

o

Si el paciente da su consentimiento en forma oral pero no puede firmar:

Testigo calificado: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Testigo calificado*: _____ Fecha: _____ Hora: _____

*Este testigo no puede ser un empleado del médico tratante o de UMC que esté involucrado en la atención directa del paciente.

o

Se obtiene un consentimiento telefónico:

Fecha: _____ Hora de la llamada: _____ Número de teléfono llamado: _____

Nombre en letra de imprenta de la persona que otorga el consentimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Firma y título de la persona que redacta esta nota: _____ Fecha y hora de la firma: _____

Nombre y título en letra de imprenta del testigo autorizado: _____

o

Si el paciente no es capaz de dar su consentimiento:

Responsable de la toma de decisiones*: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación con el paciente: _____

* El responsable es una de las siguientes personas, en este orden: el tutor legal; el agente con poder médico o representante con poder médico; el cónyuge; un hijo adulto razonablemente disponible; el padre o la madre; el familiar vivo más cercano; el médico tratante y otro médico que no esté involucrado en la atención directa del paciente o que sea miembro del Comité de Ética Médica del Hospital.

Si dos médicos son los representantes, la firma del segundo médico: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Hora: _____

o

SI LA MUERTE DEL PACIENTE ES INMINENTE Y EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR:

Declaración del médico:

En mi juicio médico: (1) la muerte del paciente es inminente, independientemente de la realización de reanimación cardiopulmonar; y (2) la orden DNR es médicamente apropiada. El paciente no ha dado ninguna instrucción por escrito o en forma oral que sea contraria a esta orden. He informado al paciente o al responsable de la toma de decisiones del paciente [insertar nombre] _____ sobre esta orden.

Firma del médico: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

El médico deberá colocar la orden de DNR en la historia clínica del paciente tan pronto como sea posible con la firma, la fecha y la hora.

Interpretacion/ODI (Interpretacion bajo demanda) Si No _____

FECHA HORA (SI SE UTILIZA)

Formas alternativas de comunicacion utilizadas Si No _____

NOMBRE IMPRESO DEL INTERPRETE FECHA HORA



1439