



## **DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA PRE-HOSPITALIZACIÓN (NO RESUCITAR o DNR por sus siglas en inglés)**

**(IMPORTANTE – ESTE DOCUMENTO DEBE IMPRIMIRSE EN PAPEL CON TRASFONDO COLOR NARANJA)**

### **ASEGÚRESE DE PONER ESTA FORMA EN UN LUGAR TAN VISIBLE COMO SEA POSIBLE PARA LOS PRIMEROS RESPONDIENTES**

**INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES:** Una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización es un documento firmado por usted y su doctor que le informa a los técnicos de emergencias médicas (EMT por sus siglas en inglés) o al personal de la sala de emergencias de un hospital que no le resuciten. A este documento en ocasiones se le llama DNR (siglas en inglés de No Resucitar). Si usted tiene esta forma, el personal EMT y otro personal de emergencia no usará equipo, drogas/medicamentos, o aparatos para reiniciar su corazón o su respiración, pero ellos no suspenderán las intervenciones médicas que sean necesarias para proveer cuidado paliativo de comodidad o para aliviar el dolor.

Usted puede ya sea adjuntar una fotografía a esta forma O llenar la información personal.

Por favor tómese tiempo para llenar una forma de Carta Poder para el Cuidado de la Salud. Así, si usted no puede comunicar sus deseos, su agente puede firmar esta forma a su nombre, si eso es lo que usted desea.

Esta forma debe firmarla usted ante su testigo o notario. Su proveedor de servicios para el cuidado de la salud y su testigo o notario también deben firmar esta forma.

NO haga que los documentos sean firmados por ambos, un testigo y un notario, sólo elija a uno. Si usted no conoce a un notario o no puede pagar por uno, un testigo es aceptado legalmente.

**El/la Testigo o el/la notario/a público/a NO puede ser cualquier persona que:**

- (a) sea menor de 18 años de edad
- (b) esté emparentada con usted por medio de sangre, adopción, o matrimonio
- (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio
- (d) sea nombrada por usted como su agente
- (e) esté envuelta en proveerle a usted cuidado para la salud en el momento en el que esta forma sea firmada

**IMPORTANTE:** Bajo la ley de Arizona una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización o DNR debe imprimirse en papel con trasfondo color naranja tamaño carta o tamaño cartera para que sea válido.

# DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA PRE-HOSPITALIZACIÓN

En el evento de un paro cardiaco o respiratorio, yo me rehúso a cualquier medida de resucitación incluyendo compresiones cardiacas, intubación endotraqueal y otro manejo avanzado de las vías respiratorias, ventilación artificial, desfibrilación, administración de medicamentos cardiacos avanzados para apoyar la vida y procedimientos relacionados con una emergencia médica.

Nombre del/la Paciente en Letra de Molde: \_\_\_\_\_

Firma del/la Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*Si yo no puedo comunicar mis deseos, y he designado a un agente en una Carta Poder para el Cuidado de la Salud, mi agente elegido para el Cuidado de la Salud deberá firmar:**

Nombre en Letra de Molde del/la Agente en la Carta Poder para el Cuidado de la Salud:

Firma del/la Agente en la Carta Poder para el Cuidado de la Salud: \_\_\_\_\_

## PROVEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN O ADJUNTE UNA FOTOGRAFÍA RECIENTE:

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Género/Sexo \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_

Color de Ojos \_\_\_\_\_

Color de Cabello \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN SOBRE MI DOCTOR Y PROGRAMA DE HOSPICIO (si estoy en un programa de Hospicio):

Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Programa de Hospicio, si es aplicable (nombre): \_\_\_\_\_

## FIRMA DEL DOCTOR O DE OTRO PROVEEDOR DE CUIDADO PARA LA SALUD

Le he explicado esta forma y sus consecuencias al/la firmante y él/ella me aseguró que entiende que el resultado de cualquier cuidado rechazado arriba mencionado puede resultar en la muerte.

Firma del Proveedor de Cuidado para la Salud con Licencia: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## FIRMA DEL/LA TESTIGO O DEL/LA NOTARIO/A (NO DE AMBOS)

Yo estuve presente cuando esta forma fue firmada (o marcada). El/la paciente pareció estar de mente sana y libre de coerción.

Firma del/la Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CERTIFICACIÓN NOTARIAL:

ESTADO DE ARIZONA ) ss

CONDADO DE \_\_\_\_\_)

Nombre del/la Paciente/Nombre del/la Agente en la Carta Poder para el Cuidado de la Salud

Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí este \_\_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del/la Notario/a Público/a: \_\_\_\_\_ Mi Comisión Expira en: \_\_\_\_\_