



Departamento de Salud Pública de Illinois
DIRECTRIZ ANTICIPADA UNIFORME DE NO RESUCITAR

Directiva del Paciente

Yo, _____, nacido (a) el _____, por este medio hago saber lo siguiente en el evento de:
(su nombre completo en letra de molde o imprenta) (fecha de nacimiento)

1. PARO CARDIOPULMONAR COMPLETO (Cuando ambas corazón y respiración paran/cesan):

No intenten la resucitación cardiopulmonar (RCP)
(Se proveerán medidas para promover la comodidad y dignidad del paciente).

2. EMERGENCIA ANTES DEL PARO CARDIOPULMONAR (Cuando la respiración es forzada o ha parado/cesado y el corazón todavía está pulsando):

SELECCIONE UNO

Intenten la resucitación cardiopulmonar (RCP) -O-

No intenten la resucitación cardiopulmonar (RCP)
(Se proveerán medidas para promover la comodidad y dignidad del paciente).

Otras instrucciones _____

Autorización de Directriz del Paciente y Consentimiento a la Orden de No Resucitar

(Requerido para ser una Orden de No Resucitar válida)

Yo entiendo y autorizo la Directriz del Paciente mencionado arriba y consiento a una Orden de No Resucitar de un médico implementando esta Directriz del Paciente.

Nombre del individuo en letra de molde Firma del individuo Fecha
-O-

Nombre en letra del molde de Firma del representante legal Fecha
(marque el título apropiado):
guardián legal
O agente bajo una carta de poder para el cuidado de la salud
O un representante que tome sus decisiones para el cuidado de la salud

Testigo al Consentimiento (Se requiere tener un testigo para que sea una Orden de No Resucitar válida)

Yo tengo 18 años o mayor de edad y reconozco que dicha persona ha tenido una oportunidad de leer esta forma y haber testificado, dando al consentimiento por dicha persona o dicha persona ha reconocido él o ella/su firma o contraseña sobre esta forma en mi presencia.

Nombre del testigo en letra de molde Firma del testigo Fecha

Firma del Médico (Se requiere para que sea una Orden de No Resucitar válida)

Por este medio yo ejecuto esta Orden de No Resucitar en _____.
Fecha del día

Firma del médico que le atiende Nombre en letra de molde el médico que le atiende Número de teléfono del médico

◆ Envíe este formulario o una copia de ambos lados con el individuo al momento del traslado o del alta médica. ◆



Departamento de Salud Pública de Illinois
DIRECTRIZ ANTICIPADA UNIFORME DE NO RESUCITAR

Nombre del paciente _____

Haga un resumen la condición médica:

[Empty box for medical condition summary]

Quando deberá revisarse este formulario

Esta Orden de No Resucitar, en vigencia hasta que se revoque, deberá ser revisada periódicamente, particularmente si-

- El paciente/residente es trasladado de un lugar de cuidado o nivel de cuidado a otro, o
- Hay un cambio sustancial en la situación de salud del paciente/residente, o
- Las preferencias de tratamiento del paciente/residente cambian.

Cómo completar la revisión del formulario

1. Revise el reverso de este formulario.
2. Complete la siguiente sección.

Si este formulario ha de ser anulado, escriba "ANULADO" en letras grandes al reverso del formulario. Después de anular el formulario, puede completarse un nuevo formulario.

<u>Fecha</u>	<u>Verificador</u>	<u>Ubicación de la revisión</u>	<u>Resultado de la Revisión</u>
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> FORMULARIO ANULADO; nuevo formulario completo <input type="checkbox"/> FORMULARIO ANULADO; no se completó un nuevo formulario

<u>Fecha</u>	<u>Verificador</u>	<u>Ubicación de la revisión</u>	<u>Resultado de la Revisión</u>
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> FORMULARIO ANULADO; nuevo formulario completo <input type="checkbox"/> FORMULARIO ANULADO; no se completó un nuevo formulario

<u>Fecha</u>	<u>Verificador</u>	<u>Ubicación de la revisión</u>	<u>Resultado de la Revisión</u>
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> FORMULARIO ANULADO; nuevo formulario completo <input type="checkbox"/> FORMULARIO ANULADO; no se completó un nuevo formulario

Directrices Anticipadas

Yo también tengo las siguientes directrices anticipadas: **Persona de contacto** (nombre y número de teléfono)

- Carta de Poder para el Cuidado de la Salud _____
- Testamento en Vida _____
- Tratamiento de la Salud Mental
Declaración de Preferencia _____

◆ Envíe este formulario o una copia de ambos lados con el individuo al momento del traslado o del alta médica. ◆



• NO RESUCITAR • NO RESUCITAR • NO RESUCITAR • NO RESUCITAR • NO RESUCITAR • NO RESUCITAR •

• NO RESUCITAR • NO RESUCITAR • NO RESUCITAR • NO RESUCITAR • NO RESUCITAR • NO RESUCITAR •