

ORDEN PORTABLE DE NO INTENTAR RESUCITACIÓN (P-DNR)

Esta es una orden del médico y/o del enfermero licenciado de avanzada. Está basada en los deseos del paciente y de las indicaciones médicas sobre las órdenes de *No intentar la resucitación (DNR, por sus siglas en inglés)* en el caso de ataque cardíaco o respiratorio, tal como tratado con el paciente.

Apellido del paciente	
Nombre de pila e inicial del paciente	
Fecha de nacimiento del paciente	Últimos 4 dígitos del Seguro Social

A. Aplica solamente cuando el paciente no está respirando o no tiene pulso. Tilde la caja y complete las líneas obligatorias de la firma en las secciones A y B.

No intentar la resucitación (DNR)

(DNR significa: No compresiones torácicas, No entubación, No ventilación asistida, No desfibrilación, No resucitación farmacológica)

Nombre impreso del médico o enfermero de avanzada licenciado (ARNP) Firma del médico o enfermero de avanzada licenciado (ARNP) Fecha y hora

Otras instrucciones o circunstancias especiales (si corresponde)

CÓMO CAMBIAR ESTE FORMULARIO

Este formulario (P-DNR) **debe ser revisado** si:

- el paciente cambia su decisión ó
- hay un cambio substancial en la salud del paciente/residente, ó
- el paciente es admitido en otro centro para la salud

Si este formulario debiese ser anulado, escriba la palabra "ANULADO" en letras grandes, y luego firme, feche y registre la hora en el formulario. De corresponder, por favor pídale al paciente que destruya su tarjeta personal de No Resucitación, o que se quite el brazalete o collar que lo identifique como tal. Después de anular el formulario, otro formulario puede ser llenado. **Si no se llenara otro formulario, se administrará tratamiento completo y resucitación.**

B. Directivas anticipadas y otros deseos del paciente:

¿Tiene el paciente un:

Poder duradero para la salud? NO SÍ - Donde está el documento: _____
 Testamento en vida? NO SÍ - Donde está el documento: _____
 Donación de órganos o tejidos? NO SÍ - Donde está el documento: _____
 Tutor asignado por la justicia sobre la persona? NO SÍ - Donde está el documento: _____

Información del paciente, padre del menor, poder duradero para la salud, o tutor:

Nombre del paciente (en letra de imprenta) Firma (obligatorio) Fecha y hora

Dirección del padre del menor, poder duradero para la salud (DPOAH), o tutor Teléfono

Nombre impreso de la persona preparando el formulario (si corresponde)	Firma de la persona preparando el formulario	Fecha y hora
--	--	--------------

MANDAR EL ORIGINAL ROSA CON EL PACIENTE CUANDO ES TRANSFERIDO O DADO DE ALTA

FHC 1/29/07

¡NO ALTERE ESTE FORMULARIO!

¿Fue completada la tarjeta de P-DNR de más abajo y retenida por el paciente? NO SI

ESTA ES SU TARJETA PORTABLE DE DNR. SEPRELA Y MANTENGALA CON USTED EN TODO MOMENTO, INCLUSO SI DECIDE USAR UNA PULCERA NH-DNR.

<p>DNR PORTABLE</p> <p>ORDEN DE NEW HAMPSHIRE DE NO INTENTAR RESUCITACIÓN</p> <p>Como médico a cargo o médico de cabecera, o como enfermero de avanzada licenciado (ARNP), ordeno que esta persona NO SEA RESUCITADA en caso de ataque cardíaco o respiratorio.</p>	<p>DNR PORTABLE</p>
_____ Nombre del paciente (Impreso)	_____ Dirección del paciente
_____ Nombre del médico / ARNP (Impreso)	_____ Teléfono del paciente
_____ Firma del paciente / Fecha	_____ Dirección del médico o del ARNP
_____ Firma del médico/ARNP/Fecha	_____ Teléfono del médico o del ARNP
_____ Si corresponde Nombre del representante para el cuidado de la salud	_____ Dirección del representante para el cuidado de la salud
_____ Firma del representante / Fecha	_____ Teléfono del representante