



ORDEN DE NO RESUCITAR

Estado de Florida, Sección 401.45, Estatutos de Florida

DECLARACIÓN DEL PACIENTE O DE LA PERSONA AUTORIZADA

Yo, _____, _____,
(Firma o Escritura del Nombre Legal Completo) (Fecha de nacimiento)

siendo informado de mi derecho a rechazar la resucitación cardiopulmonar (RCP), incluida la ventilación artificial, la compresión cardíaca, la intubación endotraqueal y la desfibrilación, ordeno que se me retenga o retire la RCP.

Por: _____ Fecha: _____
(Firma del paciente o persona autorizada)

Yo, _____, estoy autorizado para firmar en nombre del paciente
(Firma o Escritura del Nombre de la Persona Autorizada)

como sustituto del paciente, apoderado o principal del paciente menor (según s. 765.101, F.S.); o estoy expresamente autorizado a tomar las decisiones de atención médica del paciente bajo tutela (según s. 744.102, F.S.), o poder notarial (según s. 709.2102, F.S.).

DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____, número de licencia _____,
(Firma o Escritura del Nombre Legal Completo)

soy el médico del paciente, el médico osteópata, la enfermera registrada de práctica autónoma o el asistente médico autorizado por la ley para firmar esta orden. Dirijo la retención o retirada de la RCP del paciente en caso de paro cardíaco o respiratorio del paciente.

Por: _____ Fecha: _____ Tel: _____
(Firma del proveedor de atención médica) (No. de Emergencia)

Una copia de esta orden reproducida en papel amarillo (cualquier tono) es válida como el original.

Corte por la línea y doble por la mitad para crear el dispositivo DNRO (tarjeta monedero).

DECLARACIÓN DEL PACIENTE O DE LA PERSONA AUTORIZADA	DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA
<p>Yo, _____, _____, (Firma o Escritura del Nombre Legal Completo) (Fecha de nacimiento)</p> <p>siendo informado de mi derecho a rechazar la resucitación cardiopulmonar (RCP), incluida la ventilación artificial, la compresión cardíaca, la intubación endotraqueal y la desfibrilación, ordeno que se me retenga o retire la RCP.</p> <p>Por: _____ Fecha: _____ (Firma del paciente o persona autorizada)</p> <p>Yo, _____, estoy autorizado/a a firmar en (Firma o Escritura del Nombre de la Persona Autorizada)</p> <p>nombre del paciente en calidad de <input type="checkbox"/> sustituto, <input type="checkbox"/> apoderado o <input type="checkbox"/> principal del paciente menor (según el s. 765.101, F.S.); o estoy expresamente autorizado para tomar las decisiones de atención médica del paciente bajo <input type="checkbox"/> una tutela (según el s. 744.102, F.S.), o <input type="checkbox"/> poder notarial (según s. 709.2102, F.S.).</p>	<p>Yo, _____, _____, (Firma o Escritura del Nombre Legal Completo)</p> <p>número de licencia _____,</p> <p>soy el <input type="checkbox"/> médico del paciente, <input type="checkbox"/> médico osteópata, <input type="checkbox"/> enfermera registrada de práctica autónoma, o <input type="checkbox"/> asistente médico autorizado por la ley para firmar esta orden. Dirijo la retención o retirada de la RCP del paciente en caso de paro cardíaco o respiratorio del paciente.</p> <p>Por: _____ (Firma del Proveedor de Atención Médica)</p> <p>Fecha: _____</p> <p>Tel: _____ (No. de Emergencia.)</p> <p style="text-align: center;"><i>Una copia de esta orden reproducida en papel amarillo (cualquier tono) es válida como el original.</i></p>