



SOLICITUD DE IDENTIFICACIÓN DE NO INTENTAR REANIMACIÓN PARA UN ADULTO

Información del paciente

(En letra de imprenta o a máquina)

Nombre _____ Sexo M F Fecha de nacimiento ____/____/____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____ Teléfono _____

A. Declaración del paciente

Yo, el paciente antes mencionado, tengo la capacidad de tomar una decisión informada y **no deseo recibir medidas de reanimación en caso de sufrir un paro respiratorio o cardíaco**. Por consiguiente, **indico al personal de Servicios Médicos de Urgencia que no proporcione medidas de reanimación**. Declaro que le he informado de mi decisión de solicitar una identificación de no intentar reanimación a cada uno de mis familiares dentro del primer grado de consanguinidad o afinidad, cuyos paraderos conozco o, en caso de que ninguno de dichos familiares viva y de que yo no cuento con un tutor legal, a mi cuidador, de haberlo.

Firma del paciente: _____ Número del Seguro Social _____ Fecha ____/____/____

B. Declaración del agente

Soy el agente del paciente antes mencionado (con un poder duradero para atención de salud). El paciente no desea recibir medidas de reanimación en caso de sufrir un paro respiratorio o cardíaco. **Indico al personal de Servicios Médicos de Urgencia que no proporcione medidas de reanimación en caso de un paro respiratorio o cardíaco**.

Nombre y dirección del agente (en letra de imprenta) _____

Firma del agente: _____ Teléfono _____ Fecha ____/____/____

Declaración del médico tratante

Como lo exigen los Estatutos Modificados de Nevada (NRS, por sus siglas en inglés) 450B.520(2), certifico que soy el médico tratante del paciente antes mencionado quien tiene la principal responsabilidad del tratamiento y la atención de dicho paciente y que el paciente padece una enfermedad terminal. El paciente tiene la capacidad de tomar una decisión informada, o mientras tenía dicha capacidad, firmó una instrucción escrita para que no se proporcionaran medidas de reanimación bajo ciertas circunstancias o un poder duradero para decisiones de atención de salud conforme a NRS 449.800 al 449.860 inclusive, o se emitió para él una orden de no reanimar conforme a NRS 450B.510.

Nombre del médico tratante (en letra de imprenta): _____ Teléfono: _____

Firma del médico tratante: _____ Número de licencia: _____

Sólo para uso interno:

Recibida: _____ Emitida: _____ Por: _____ N° DE IDENTIFICACIÓN DE DNR _____

INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE

1. Brindar la información solicitada en la sección “**Información del paciente**” de la solicitud.
2. Firmar y fechar la sección “**Declaración del paciente**” o “**Declaración del agente**” de la solicitud.
3. Hacer que su médico tratante llene y firme la “**Declaración del médico tratante**” en la solicitud.
4. Enviar por correo la solicitud llena a:

Southern Nevada Health District
Emergency Medical Services
P.O. Box 3902
625 Shadow Lane
Las Vegas, NV 89127
5. Enviar un cheque o giro postal por \$5.00, pagaderos a Southern Nevada Health District, junto con la solicitud llena.

INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO TRATANTE

Llene la “**Declaración del médico tratante**”:

1. Brindar su nombre, número de teléfono, número de licencia.
2. Firmar la “**Declaración del médico tratante**” donde se indica.

La Asamblea Legislativa de 1997 aprobó el proyecto de ley 29, que permite a los “pacientes que califiquen” solicitar una identificación de no intentar reanimación. La identificación de no intentar reanimación (DNR, por sus siglas en inglés) indica al personal de Servicios Médicos de Urgencia que no proporcione medidas de reanimación en caso de un paro respiratorio o cardíaco. El personal de Servicios Médicos de Emergencia (EMS, por sus siglas en inglés) proporcionará atención médica y de apoyo a los pacientes con identificaciones de DNR si el paciente no experimenta un paro respiratorio o cardíaco.

Un “paciente que califica” es quien ha firmado una declaración, conforme a NRS 449.600, que rige el retiro o el rechazo del tratamiento para prolongar la vida, y a quien su médico tratante haya diagnosticado una enfermedad terminal.

La identificación de no intentar reanimación será una tarjeta y un documento emitido por el Distrito de Salud de Southern Nevada que significa que la persona es un paciente calificado que no desea ser reanimado en caso de un paro respiratorio o cardíaco. NRS 450B.410.

Las medidas de reanimación corresponden a reanimación cardiopulmonar (RCP) o cualquiera de sus componentes, como compresiones de pecho, desfibrilación, cardioversión, ventilación asistida, intubación de las vías respiratorias y administración de medicamentos para el corazón.

Los pacientes que solicitan la identificación de no intentar reanimación deben analizarlo en detalle con sus familiares o cuidadores. Los familiares o cuidadores, por lo general, son quienes llaman a los Servicios Médicos de Emergencia cuando el paciente necesita asistencia médica. Tener presente y respaldar los deseos del paciente en esta área les permite informar de manera adecuada al personal de los Servicios Médicos de Emergencia que responden para atender al paciente.

Para obtener información adicional, llame a:
Servicios Médicos de Emergencia de Southern Nevada
Health District
(702) 759-1050



SOLICITUD DE

IDENTIFICACIÓN DE

NO INTENTAR REANIMACIÓN

PARA ADULTOS (18 AÑOS O MÁS)

Southern Nevada Health District
P.O. Box 3902
625 Shadow Lane
Las Vegas, NV 89127