



**SOLICITUD DE IDENTIFICACIÓN  
PARA LA NO REANIMACIÓN ARTIFICIAL  
(DNR)**

**Informacion del solicitante**

(Por favor escriba en letra de molde o a máquina)

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo  M  F Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Declaración del paciente**

Yo, el paciente antes mencionado, **no deseo recibir tratamiento de reanimación artificial en caso de un paro cardíaco o respiratorio.** Por lo tanto, yo o mi representante (con un poder de representación activo) **instruye al personal de Servicios Médicos de Emergencia que no administre el tratamiento de reanimación.**

Yo verifico que, o mi representante o yo, hemos notificado a cada miembro de mi familia inmediata de paradero conocido por mí y/o por mi tutor legal o persona responsable por mí, de mi decisión de solicitar una Identificación para la no-reanimación artificial.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del representante del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del representante del paciente: \_\_\_\_\_

**Informe del Médico de turno**

Conforme a las disposiciones de NRS 450B.520(2) o NRS 450B.525, yo certifico que el paciente antes nombrado está bajo mi cuidado y padece de una afección terminal. También certifico que el paciente:

*Marque 1, 2A o 2B si el paciente solicita una identificación para la no reanimación artificial. Si el médico de turno hace la solicitud en nombre del paciente, marque el número 3.*

1.  Tiene la capacidad de tomar una decisión con conocimiento de causa.
2. Estando capacitado para tomar una decisión informada, ejecutó lo siguiente:
  - A.  Una instrucción por escrito de negar el tratamiento de reanimación bajo ciertas circunstancias, o
  - B.  Un poder notarial activo para la atención médica conforme a NRS 449.800 hasta NRS 449.860, inclusive.
3.  Con la previa aprobación por escrito del paciente antes nombrado, yo he expedido una orden de no reanimar (DNR) al paciente. Los fundamentos para la orden de no reanimar (DNR) están documentados en el historial clínico del paciente.

Nombre del medico de turno: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
(Letra de molde)

Firma del medico de turno: \_\_\_\_\_ Número de licencia: \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo de la oficina:

Recibido: \_\_\_\_\_ Expedido \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_ Núm. de I.D. del DNR \_\_\_\_\_

## **INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE**

1. Proporcione la información solicitada en la sección **“Información del solicitante”** de la solicitud.
2. Firme y ponga la fecha en la sección **“Declaración del paciente”** de la solicitud.
3. Pídale al médico que le asiste que llene y firme la **“Declaración del médico de turno”** en la solicitud..
4. Envíe la solicitud por correo una vez que esté cumplimentada, a:  
  
Southern Nevada Health District  
Emergency Medical Services  
P.O. Box 3902  
625 Shadow Lane  
Las Vegas, NV 89127
5. Incluya un cheque o un giro postal por la cantidad de \$5.00, pagadero a Southern Nevada Health District, junto con la solicitud.

## **INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO DE TURNO**

Llene la **“Declaración del médico de turno”** como sigue a continuación::

1. Marcando uno de los apartados 1, 2A o 2B para indicar la capacidad del paciente para tomar una decisión con conocimiento de causas,
2. Proporcionando su nombre, número de teléfono, número de licencia, y
3. Firmando la **“Declaración del médico de turno”** en el lugar indicado.

La Legislatura de 1997 puso en ejecución el Proyecto de Ley 29 de la Asamblea, permitiendo a los “pacientes capacitados” a solicitar una identificación para la no-reanimación (DNR). La identificación DNR ordena al personal del servicio médico prehospitalario de urgencia (EMS) que impida el tratamiento de reanimación artificial en caso de paro cardíaco o respiratorio. El personal EMS proporcionará la atención médica y de apoyo de urgencia que sea pertinente a los pacientes que tengan Identificación DNR si el paciente no está experimentando un paro cardíaco o respiratorio.

El “paciente capacitado” es aquél que ha ejecutado una declaración, conforme al artículo 449.600 de la Ley Enmendada de Nevada, determinando que se impida o se retire el tratamiento de reanimación artificial y el cual ha sido considerado por el médico que lo asiste, como paciente con una afección terminal

La Identificación para la no-reanimación consistirá en una tarjeta y un documento expedidos por Southern Nevada Health District (Secretaría de Salubridad) indicando que la persona es un paciente capacitado que no desea que se le reanime en caso de paro cardíaco o respiratorio. Artículo 450B.410 de la Ley Enmendada de Nevada.

El tratamiento de reanimación artificial significa la reanimación cardiopulmonar (CPR) o cualquiera de sus componentes incluyendo las compresiones pectorales, la desfibrilación, cardioversión, ventilación asistida, entubación y administración de medicamentos.

Los pacientes que solicitan una Identificación para la no-reanimación deben consultar su decisión con sus familiares o personas que los cuidan. Los familiares o las personas que los cuidan son normalmente quienes llaman al servicio médico de urgencias (EMS) cuando el paciente necesita atención médica. El estar al corriente y apoyar los deseos del paciente en este área les permite informar adecuadamente al personal de EMS que acude a asistir al paciente.

Para más información llame a:  
Southern Nevada Health District EMS  
(Secretaría de Salubridad del Condado de Clark)  
(702) 759-1050



## **SOLICITUD DE IDENTIFICACIÓN PARA LA NO-REANIMACIÓN ARTIFICIAL**

Southern Nevada Health District  
(Secretaría de Salubridad)  
P.O. Box 3902  
625 Shadow Lane  
Las Vegas, NV 89127

