



**SOLICITUD DE IDENTIFICACIÓN DE NO INTENTAR  
REANIMACIÓN PARA UN MENOR**

**Información del paciente**

(En letra de imprenta o a máquina)

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

N° del Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono  
\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Código postal \_\_\_\_\_

---

**Declaración del padre, la madre o el tutor legal**

**Yo, el padre, la madre o el tutor legal del menor antes mencionado, no deseo que se tomen medidas de reanimación en caso de que dicho menor sufra un paro respiratorio o cardíaco. Por consiguiente, indico al personal de Servicios Médicos de Urgencia que no proporcione medidas de reanimación en caso de que el menor antes mencionado sufra un paro respiratorio o cardíaco.**

Nombre del padre, la madre o el tutor legal (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Código postal \_\_\_\_\_

Firma del padre, la madre o el tutor legal: \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Declaración del médico tratante**

Según lo exige el Estatuto Modificado de Nevada (NRS, por sus siglas en inglés) 450B.525, certifico que soy el médico del paciente antes mencionado quien tiene la principal responsabilidad del tratamiento y atención de dicho paciente y que el paciente padece una enfermedad terminal y se ha emitido una orden de no intentar reanimación para el paciente 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 “**Declaración del padre, la madre o el tutor legal**” en 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 &  
Trauma System  
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.

En conformidad con NRS 450B.525, el padre, la madre o el tutor legal de un menor pueden solicitar a la autoridad de salud una identificación de no intentar reanimación en nombre de un menor, en caso de que su médico tratante haya determinado que se encuentra en la etapa terminal de una enfermedad, y se haya emitido una orden de no intentar reanimación conforme a NRS 450B.510.

Una solicitud debe incluir, entre otras cosas; certificación del médico tratante del menor que indique que padece una enfermedad terminal y que se ha emitido una orden de no intentar reanimación conforme a NRS 450B.510; una declaración en la que se indique que el padre, la madre o el tutor legal del menor no desean que se tomen medidas de reanimación en caso de un paro respiratorio o cardíaco; el nombre del menor, la firma y el número de teléfono del padre, la madre o el tutor legal del menor.

El padre, la madre o el tutor legal del menor pueden revocar la autorización para rechazar una medida de reanimación, retirando o destruyendo, o solicitando el retiro o la destrucción de la identificación, o indicándole a una persona que desea que se retire o destruya la identificación.

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.

Para obtener información adicional, llame a:  
Southern Nevada Health District OEMSTS  
(702) 759-1050



**SOLICITUD DE**

**IDENTIFICACIÓN DE**

**NO INTENTAR REANIMACIÓN**

**PARA UN MENOR (MENOS DE 18 AÑOS)**

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