

Departamento de Salud Pública de Illinois

**DIRECTIVA ANTICIPADA UNIFORME: NO RESUCITAR (DNR, SIGLAS EN INGLÉS)**



**ÓRDENES DEL MÉDICO PARA TRATAMIENTO QUE SOSTIENE LA VIDA (POLST, SIGLAS EN INGLÉS)**

**LA LEY HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996) PERMITE COMPARTIR ESTA INFORMACIÓN CON PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA SI ES NECESARIO PARA EL TRATAMIENTO**

Siga estas órdenes hasta que se cambien. Las presentes órdenes médicas se basan en la condición médica del paciente y sus preferencias. La falta de completar cualquier sección no invalida el presente formulario e implica el inicio de todo tratamiento para dicha sección. Con un cambio importante de la condición, puede ser necesario escribir nuevas órdenes. Vea también Guidance for Health Care Professionals en <http://www.idph.state.il.us/public/books/advin.htm>.

Apellido del paciente	Nombre del paciente	Inicial
Fecha de nacimiento (mes/día/año)		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)		

**A RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR, siglas en inglés) El paciente no tiene pulso y no está respirando.**

- Marque Uno
- Intentar resucitación/CPR (La selección de CPR significa que se ha escogido Intubación y ventilación mecánica en la Sección B)
  - No intentar resucitación/DNR

*Quando el paciente no se encuentra en paro cardiopulmonar, siga las órdenes B y C.*

**B INTERVENCIONES MÉDICAS El paciente tiene pulso y/o está respirando.**

- Marque Uno
- Medidas solamente paliativas** (Permitir la muerte natural). Aliviar dolor y sufrimiento usando medicina a través de la ruta apropiada, posicionamiento, cuidado de heridas y otras medidas. Usar oxígeno, succión y tratamiento manual de obstrucción de las vías aéreas como sea necesario para el confort. **El paciente prefiere que no se lo traslade al hospital fpara tratamientos que sostienen la vida. Trasladarlo si las necesidades de confort no se pueden satisfacer en la ubicación actual. Plan de tratamiento: maximizar el confort por medio de manejar los síntomas.**
  - Intervenciones limitadas adicionales** Además del cuidado descrito en Medidas solamente paliativas, usar tratamiento médico, antibióticos, fluidos intravenosos y monitor cardiaco según se indica. No usar intubación ni ventilación mecánica. Se puede considerar un respaldo menos invasivo de las vías aéreas (por ej., CPAP, BiPAP). **Trasladar tal hospital si es indicado. Evitar por lo general la unidad de cuidados intensivos. Plan de tratamiento: proveer tratamientos médicos básicos.**
  - Intubación y ventilación mecánica** Además del cuidado descrito en Medidas solamente paliativas e Intervenciones limitadas adicionales, usar intubación y ventilación mecánica según se indica. **Trasladar al hospital y/o a la unidad de cuidados intensivos si es indicado. Plan de tratamiento: medidas de soporte vital, inclusive la intubación, en la unidad de cuidados intensivos.**
  - Órdenes adicionales** \_\_\_\_\_

**C NUTRICIÓN ARTIFICIALMENTE ADMINISTRADA Ofrecer comida por la boca, si es posible y según se desea.**

- Marque Uno (opcional)
- No administrar nutrición artificial con tubos. Otras instrucciones (por ej., duración del periodo de prueba)
  - Periodo definido de prueba de nutrición artificial con tubos. \_\_\_\_\_
  - Nutrición artificial con tubos a largo plazo. \_\_\_\_\_

**D DOCUMENTACIÓN DE CONVERSACIÓN (Marque todas las cajas apropiadas abajo)**

- Paciente  Agente según poder notarial de atención médica
- Padre o madre de menor de edad  Sustituto para tomar decisiones de atención médica (Vea Página 2 para lista)

**Firma del paciente o representante legal**

Firma ( <i>requerida</i> )	Nombre (en letra sencilla)	Fecha
----------------------------	----------------------------	-------

**Firma de testigo del consentimiento (Se requiere la firma para validar el formulario)**

Yo tengo 18 o más años de edad y reconozco que la persona nombrada arriba ha tenido la oportunidad de leer este formulario y he presenciado que la misma dio su consentimiento, o que la misma ha reconocido su firma o marca en el presente formulario en mi presencia.

Firma ( <i>requerida</i> )	Nombre (en letra sencilla)	Fecha
----------------------------	----------------------------	-------

**E FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE**

Mi firma abajo indica que según mi leal saber y entender las presentes órdenes son consecuentes con la condición médica y las preferencias del paciente.

Nombre del Médico Responsable, en letra sencilla ( <i>requerido</i> )	No. de teléfono ( ) -
---	--------------------------

Firma del Médico Responsable ( <i>requerida</i> )	Fecha ( <i>requerida</i> )	<b>Página 1</b>
---	----------------------------	-----------------

DIRECTIVA ANTICIPADA UNIFORME: NO RESUCITAR

DIRECTIVA ANTICIPADA UNIFORME: NO RESUCITAR

**\*\*ESTA PÁGINA TIENE PROPÓSITOS SOLAMENTE INFORMATIVOS\*\***

Apellido del paciente	Nombre del paciente	Inicial
-----------------------	---------------------	---------

La Directiva anticipada uniforme: No resucitar (DNR, siglas en inglés) del Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH, siglas en inglés) siempre se completa en forma voluntaria y es para personas que tienen una enfermedad o fragilidad avanzada o grave. La presente orden registra los deseos de usted en cuanto al tratamiento médico en su condición actual de salud. Una vez que se comienza en tratamiento médico inicial y quedan claros los riesgos y ventajas de terapias adicionales, es posible que los deseos de usted cambien en cuanto al tratamiento. La atención médica de usted y el presente formulario se pueden cambiar en cualquier momento para reflejar sus deseos nuevos. Sin embargo, ningún formulario puede tratar todas las decisiones de tratamiento médico que tal vez tengan que tomarse. Se recomienda el formulario Power of Attorney for Health Care Advance Directive (POAHC, o Directiva anticipada de poder notarial para la atención médica) para todos los adultos mentalmente capaces, independientemente de su condición de salud. Un POAHC le permite documentar en detalle sus instrucciones futuras del cuidado médico y nombrar a un Representante Legal para que hable a favor de usted si no puede hablar por sí mismo.

**Información de directivas anticipadas**

**Yo también tengo las siguientes directivas anticipadas (SECCIÓN OPCIONAL)**

- Poder notarial de atención médica     Declaración de testamento vital     Declaración de preferencia de tratamiento de salud mental

Nombre de persona de contacto	No. de teléfono de persona de contacto
-------------------------------	--

**Health Care Professional Information**

Nombre del preparador	No. de teléfono
Título del preparador	Fecha de preparación

**Compleción del formulario Directiva anticipada uniforme: No resucitar (DNR)**

- La compleción de un formulario DNR siempre es voluntaria, no se puede requerir y puede cambiarse en cualquier momento.
- Un formulario DNR debe reflejar las preferencias actuales de personas que tienen una enfermedad o fragilidad avanzada o grave. También se anima la compleción de un POAHC.
- Se aceptan órdenes verbales o por teléfono con la firma de seguimiento del médico responsable según las reglas de la instalación o comunidad.
- Se anima el uso del formulario original. Fotocopias y facsímiles en papel de cualquier color también son formularios legales y válidos.

**Repaso de un formulario Directiva anticipada uniforme: No resucitar (DNR)**

El presente formulario DNR debe revisarse periódicamente y en los siguientes casos:

- El paciente se traslada de un lugar o nivel de atención a otro,
- o si hay un cambio substancial en la condición de salud del paciente,
- o si las preferencias del paciente cambian en cuanto al tratamiento,
- o si hay un cambio en el profesional de cuidado principal del paciente.

**Anulación o revocación de un formulario Directiva anticipada uniforme: No resucitar (DNR)**

- A patient with capacity can void or revoke the form, and/or request alternative treatment.
- Un paciente mentalmente capaz puede anular o revocar el formulario, y/o pedir tratamientos alternativos.
- El cambiar, modificar o revisar un formulario DNR requiere la compleción de un formulario DNR nuevo.
- Tachar las secciones A hasta E y escriba "VOID" (anulado) en letras grandes si cualquier formulario DNR se reemplace o se hace inválido. Debajo de la palabra "VOID", escribir la fecha del cambio y volver a firmar.
- Si el formulario se incluye en un archivo médico electrónico, seguir todos los procedimientos de anulación de la instalación.

**Secuencia de prioridad de sustitutos para la toma de decisiones según la ley *Illinois Health Care Surrogate Act (755 ILCS 40/25)***

- |  |   |
|--|---|
| 1. Guardian of person (tutor personal) del paciente                  | 5. Hermano adulto                               |
| 2. Cónyuge del paciente o su compañero en una unión civil registrada | 6. Nieto adulto                                 |
| 3. Hijo adulto   | 7. Amigo íntimo del paciente                    |
| 4. Padre o madre   | 8. El administrador del patrimonio del paciente |

Para más información, visite la declaración de IDPH sobre la ley de Illinois en <http://www.idph.state.il.us/public/books/advin.htm>

**LA LEY HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996) PERMITE COMPARTIR ESTA INFORMACIÓN CON PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA SI ES NECESARIO PARA EL TRATAMIENTO**