



## Servicios Médicos de Emergencia de Kentucky Orden de No Resucitar (DNR)

**Nombre Legal Completo de la Persona** \_\_\_\_\_

**Nombre Legal Completo del Encargado (si es pertinente)** \_\_\_\_\_

Yo, la persona abajo firmante o el encargado que ha sido nombrado para hacer las decisiones del cuidado de salud de acuerdo con los Estatutos Revisados de Kentucky, por la presente decreto que en caso que yo tenga un paro cardiaco o respiratorio que se honre esta **Orden de No Resucitar (DNR)**. Entiendo que DNR significa que si me corazón deja de palpar o si yo dejo de respirar, no se empezará ningún procedimiento médico para volver a empezar mi respiración o la función de mi corazón, más específicamente no se puede empezar la inserción de un tubo en los pulmones, ni electrochoque al corazón ni resucitación cardiopulmonar (CPR) por el personal de servicios médicos de emergencia (EMS en inglés).

Entiendo que esta decisión no le impedirá al personal de servicios médicos de emergencia proveer otro cuidado médico.

Entiendo que puedo revocar esta orden DNR en cualquier momento destruyendo este formulario, sacándome la pulsera DNR, o diciéndole al personal EMS que quiero ser resucitado(a). Cualquier intento de modificar o cambiar el contenido, los nombres, o las firmas en el formulario EMS DNR hará que el formulario DNR sea inválido.

Entiendo que este formulario, o una pulsera estándar EMS DNR debe estar disponible y se le debe mostrar al personal de EMS apenas lleguen. Si no se les provee el formulario o la pulsera, el personal EMS seguirá sus protocolos normales que podrían incluir resucitación cardiopulmonar (CPR) u otros procedimientos de resucitación. Entiendo que si fallezco, el personal EMS necesitará este formulario y/o la pulsera para sus archivos.

Doy permiso para que esta Orden EMS DNR se le dé al personal médico de emergencia prehospital, médicos, enfermeras, u otro personal de cuidado de la salud como sea necesario para implementar esta directiva.

Por la presente declaro que esta **“Orden de No Resucitar (DNR)”** es mi deseo auténtico de no ser resucitado(a).

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona o del Encargado Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Estado de Kentucky

Condado de \_\_\_\_\_

Firmado y jurado ante mi por \_\_\_\_\_ hecho por su propio libre albedrío y acción, este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Notario Público  
Mi comisión expira el: \_\_\_\_\_

En lugar de tener este Formulario notariado, puede ser firmado por dos testigos no familiares de la persona indicada arriba.

ATESTIGUADO POR:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Este Formulario EMS De No Resucitar fue aprobado por la Junta Directiva de Licencia Médica de Kentucky en su reunión de marzo 1995.

Complete la porción de abajo, córtela, dóblela, y ponga la pulsera DNR

**Certifico que se ha ejecutado un Formulario EMS De No Resucitar (DNR).**

Nombre de la Persona (letra imprenta o a máquina) \_\_\_\_\_

Firma de la Persona o del Encargado Legal \_\_\_\_\_

# Servicios Médicos de Emergencia de Kentucky Orden de No Resucitar (DNR)

## INSTRUCCIONES

### PROPOSITO

Esta Orden EMS DNR ha sido desarrollada y aprobada por la Junta Directiva de Licencia Médica, en consulta con el Gabinete de Recursos Humanos. Cumple con el Capítulo 311 KRS como se enmendó en el Proyecto de Ley 311 pasado por la Asamblea General de 1991 que le ordena a la Junta Directiva de Licencia Médica de Kentucky a desarrollar un formulario estandarizado para autorizar a los proveedores de EMS a honrar directivas presentadas de antemano para detener o terminar el cuidado.

Para personas tratadas por paro cardiaco o respiratorio, medidas de resucitación que se niegan incluyen compresiones externas del pecho, intubación, desfibrilación, administración de medicinas cardiacas y respiración artificial. La Orden EMS DNR no afecta la provisión de otro cuidado médico, incluyendo la administración de oxígeno, succión, control de hemorragia, administración de analgésicos y cuidado para estar cómodo.

### APLICABILIDAD

Esta Orden EMS DNR se aplica solamente intentos de resucitación por proveedores de cuidado de la salud en un lugar prehospital (Ej., EMT certificado-Primeros en Responder, Técnicos Médicos de Emergencia y Paramédicos) — en los hogares de los pacientes, en un recinto de cuidado a largo plazo, durante el transporte de ida y vuelta a un recinto de cuidado de la salud, o en otros lugares fuera de hospitales de cuidado intenso.

### INSTRUCCIONES

Cualquiera persona adulta puede ejecutar una Orden EMS DNR. La persona para quien se ejecuta la Orden firmará y pondrá la fecha en la Orden y puede autenticar la Orden mediante un Notario Público de Kentucky o hacer que su firma sea atestiguada por dos personas no relacionadas con ellos. El albacea de la Orden también debe poner su nombre en imprenta o escrito a máquina en el área designada y su firma en el encarte de la pulsera del Orden EMS DNR encontrado en la parte de abajo del formulario de la Orden EMS DNR. El encarte de la pulsera se sacará y se pondrá en una pulsera de hospital y se pondrá en la muñeca o tobillo del albacea de la Orden.

Si la persona para quien el albacea de la Orden EMS DNR se piensa que es incapaz de dar consentimiento informado, o es un menor, el encargado legal de la persona firmará y pondrá la fecha en la Orden y puede autenticar el formulario mediante un Notario Público de Kentucky o hacer que dos personas no relacionadas a la persona para quien se ejecutó el formulario ni relacionadas con el encargado legal de cuidado de salud atestigüen su firma. El encargado legal de cuidado de la salud también completará la información requerida en el encarte de la pulsera EMS DNR encontrada en la parte de abajo del formulario de la Orden EMS DNR. La pulsera se sacará y se pondrá en una pulsera de hospital y se pondrá en la muñeca o en el tobillo de la persona par quien esta Orden se ejecutó.

**La Orden EMS DNR completa, original o la Pulsera EMS DNR deben estar fácilmente disponible al personal EMS para que la Orden EMS DNR se honre.** Los intentos de resucitación pueden ser iniciados hasta que el formulario o pulsera se presente y la identidad del paciente sea confirmada por el personal EMS. Se recomienda que la Orden EMS DNR se exhiba en un lugar prominente cerca del paciente y/o la pulsera esté en la muñeca o en el tobillo del paciente.

### REVOCAACION

Una Orden EMS DNR puede ser revocada cuando sea oralmente o quemándola, haciéndola pedazos, cancelándola, obliterándola o destruyendo la orden a cuyo nombre fue ejecutada o por el encargado legal del cuidado de salud.

**DEBE SER ENTENDIDO POR LA PERSONA EJECUTANDO ESTA ORDEN EMS DNR O POR SU ENCARGADO LEGAL DE CUIDADO DE SALUD, QUE SI LA PERSONA NOMBRADA EN LA ORDEN EMS DNR FALLECE MIENTRAS EL PERSONAL EMS PREHOSPITAL ESTE PRESENTE, LA ORDEN EMS DNR O LA PULSERA EMS DNR SE LE DEBE DAR AL PERSONALPREHOSPITAL PARA SUS ARCHIVOS.**

All returned checks shall be subject to a processing charge in the amount Twenty Five Dollars (\$25.00). In addition, any applicant or licensee issuing a check which is returned shall be deemed to have violated KRS 311A.050(2)(a). That person shall be sanctioned which may result in a fine, suspension, or license revocation.