

Estado de Illinois

Orden de No Resucitar (DNR)

Yo, _____, (nombre completo en letra de molde) **NO AUTORIZO LA ADMINISTRACIÓN DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.** Yo (o mi representante legal) comprendo (comprendemos) que esta orden permanecerá en vigencia hasta tanto sea revocada por mí (o mi representante legal), o por el médico interviniente. Yo (o mi representante legal) ratifico que no se administrará reanimación cardiopulmonar (CPR) en caso de detenerse la respiración o los latidos cardíacos. (Se requieren las firmas de [a] el paciente **O BIEN** el representante legal, [b] el médico, y [c] dos testigos.)

Nombre del paciente en letra de molde Firma del paciente Fecha

Nombre del médico en letra de molde Firma del médico Fecha

Fecha de vigencia

Nombre del testigo en letra de molde Firma del testigo Fecha

Domicilio del testigo

Nombre del testigo en letra de molde Firma del testigo Fecha

Domicilio del testigo

Firma del representante legal para prestar consentimiento en nombre de un paciente que carece de capacidad para tomar decisiones

(Si el paciente carece de capacidad para tomar decisiones, se requiere firmar esta sección.)

Nombre en letra de molde del guardián legal **O BIEN** del mandatario con poder para atención de la salud duradero, **O BIEN** persona con capacidad de decisión alternativa (circular la opción correspondiente)

Domicilio

Ciudad, estado, código postal

Firma del representante legal

Fecha



Departamento de Salud Pública de Illinois
535 W. Jefferson St., Springfield, IL 62671
217-785-2080,
TTY (sólo para personas con incapacidad auditiva)
800-547-0466