

# Cómo llenar el formulario para una orden de No reanimación fuera del hospital



**TEXAS**  
Health and Human  
Services

Texas Department of State  
Health Services

# Introducción

**DNR**

**DO NOT RESUSCITATE**

request limited emergen

heart stops beating or if I st  
tioning will be inst

cord number)

# Formulario para la orden de No reanimación fuera del hospital

## ¿Qué es?

---

La orden de No reanimación fuera del hospital (OOH DNR) le permite rechazar tratamientos específicos de soporte vital fuera del hospital.

### **Estos tratamientos incluyen:**

- Reanimación cardiopulmonar (CPR)
- Manejo avanzado de las vías respiratorias (intubación)
- Desfibrilación (AED)
- Ventilación artificial
- Estimulación cardíaca transcutánea (uso de marcapasos externo)

## ¿Por qué necesito uno?

---

Un formulario o una identificación para una orden de OOH DNR indicará a los proveedores médicos que no deben utilizar CPR ni otras técnicas para prolongar la vida.

Si usted no tiene una orden de No reanimación (OOH DNR), los profesionales de la salud pueden hacer todo lo médicamente posible para reanimarlo.

## ¿Qué debo hacer?

---

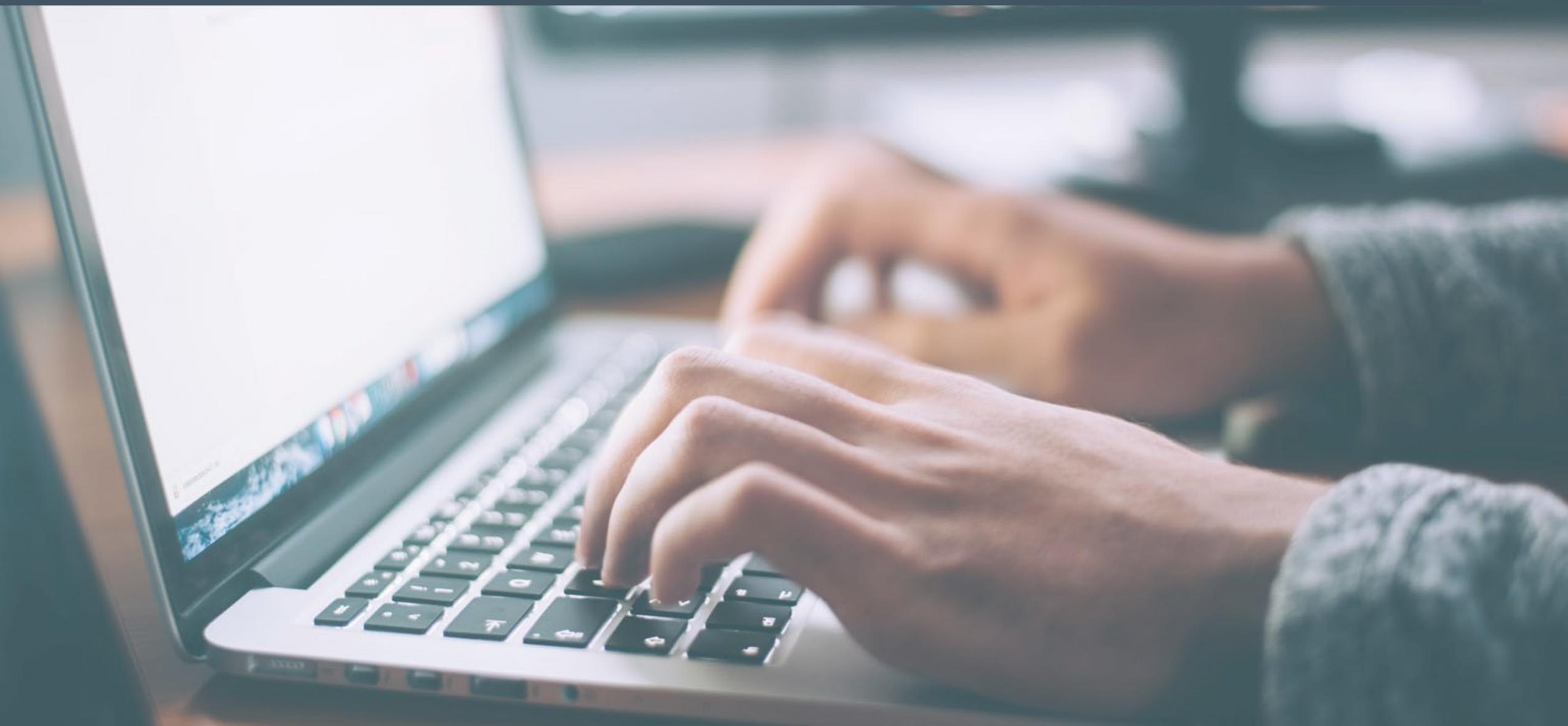
- Llene el formulario. Conserve el formulario original.
- Hable con su familia, un clérigo o amigos.
- También puede notificar esta decisión a los profesionales médicos llevando un collar o una pulsera de identificación aprobados.

# Puntos para recordar

- Cualquier persona puede utilizar una orden de OOH DNR.
- Los padres o tutores de menores diagnosticados con una enfermedad terminal o irreversible pueden completar un formulario para la orden de OOH DNR en nombre del paciente.
- Para demostrar que tiene una orden de OOH DNR, usted debe tener: su formulario original, una copia del formulario completado o un collar o pulsera de identificación aprobados.
- La orden de OOH DNR se refiere a decisiones de atención médica, no a asuntos financieros.



¿Dónde encuentro el formulario?



# Obtenga el formulario de OOH DNR

**Pida a su médico el formulario de OOH DNR,**

o bien,

**visite el sitio web del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas.**

[dshs.texas.gov/dshs-ems-trauma-systems/out-hospital-do-not-resuscitate-program](https://dshs.texas.gov/dshs-ems-trauma-systems/out-hospital-do-not-resuscitate-program)

Aquí puede descargar el formulario.

- El formulario está disponible en inglés y español.
- Imprima el formulario en papel estándar, tamaño carta de 8 1/2 x 11.
- Imprima el formulario con la orden de OOH DNR en la parte delantera de la hoja y, en el reverso, imprima las instrucciones.
- Puede hacer copias de un formulario de OOH DNR ya completado.



# Profesionales de la salud

Distribución de formularios para que los pacientes, familiares y médicos los llenen

Los formularios de OOH DNR en blanco deben incluir el propio formulario con la orden de OOH DNR en una cara de la hoja y las instrucciones en la otra cara.

Las instrucciones contienen información importante. El paciente, la familia, los testigos y los médicos deben revisarlas antes de firmarlas.

**Nota:** El personal de los servicios médicos de emergencia **puede** aceptar un formulario de OOH DNR que parezca haber sido llenado correctamente, aunque las instrucciones no estén en el lado opuesto de la hoja.

# Recursos adicionales

## **El sitio web del DSHS también contiene:**

- Preguntas frecuentes sobre: OOH DNR
- Información sobre cómo pedir los dispositivos médicos para OOH DNR
- Enlaces a la legislación sobre la No reanimación fuera del hospital



## **En el sitio web de Salud y Servicios Humanos de Texas encontrará otros formularios sobre las voluntades anticipadas:**

- Instrucciones a los médicos y familiares o representantes
- Poder notarial médico (MPOA)
- Poder notarial duradero (SDPOA)
- Declaración para el tratamiento de salud mental (DMHT)

Visite:

[hhs.texas.gov/formas/advance-directives](https://hhs.texas.gov/formas/advance-directives)

# Cómo llenar el formulario de OOH DNR

Name (print) \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



# ¿Quién debe llenar el formulario?

**Paciente:** Llene el nombre legal del paciente y su fecha de nacimiento. Seleccione masculino/femenino.

**Declaración:** Las secciones A-F definen quién debe llenar el formulario de OOH DNR en nombre del paciente.

Nombre legal completo de la persona	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino
				<input type="checkbox"/> Femenino

## Vamos a desglosarlo.

### Sección A.

Esta casilla es para un paciente mayor de 18 años y en uso de sus facultades. El paciente debe firmar con su nombre el documento, fecharlo y escribir su nombre a máquina o con letra de molde.

<b>A. Declaración de la persona adulta:</b> Soy competente y tengo al menos 18 años. Ordeno que ninguna de las siguientes medidas de reanimación inicie o continúe en mi persona: reanimación cardiopulmonar (CPR), estimulación cardíaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial.					
Firma de la persona	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>	Nombre en letra de molde	<input type="text"/>

# Sección B

La Sección B se completa en nombre de una persona adulta que no esté en pleno uso de sus facultades o no pueda comunicarse.

## ¿Quién puede firmar?

- Un tutor legal
- La persona con poder notarial médico para actuar por el paciente
- Un apoderado en las instrucciones para el médico en nombre de una persona que no esté en pleno uso de sus facultades mentales o físicas o no pueda comunicarse

La persona que actúe en nombre del paciente debe marcar la casilla apropiada, firmar y fechar el formulario, y luego escribir su nombre a máquina o con letra de molde.

### B. Declaración de un tutor legal, representante o apoderado en nombre de la persona adulta incapacitada o que sea incapaz de comunicarse:

Yo soy el:  tutor legal;  representante con un poder para la atención médica;  apoderado con instrucciones para los médico de la persona mencionada anteriormente incapacitada o de alguna forma sea mental o físicamente incapaz de comunicarse.

En base a los deseos conocidos de la persona, o a una determinación en el mejor interés de la persona, **ordeno que ninguna de las siguientes medidas de reanimación inicie o continúe para la persona: reanimación cardiopulmonar, estimulación cardiaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial.**

Firma de la persona

Fecha

Nombre en letra de molde

# Sección C

La sección C se completa en nombre de una persona adulta que no esté en pleno uso de sus facultades o no pueda comunicarse.

## ¿Quién puede firmar?

- El cónyuge del paciente
- Los hijos adultos del paciente que estén razonablemente disponibles
- Los padres del paciente
- El pariente vivo más cercano del paciente

El familiar que actúe en nombre del paciente debe marcar la casilla apropiada en esta sección, firmar y fechar el formulario, y luego escribir su nombre a máquina o con letra de molde.

**C. Declaración de un pariente calificado en nombre de la persona adulta incapacitada o que sea incapaz de comunicarse:** Soy la persona mencionada anteriormente:

cónyuge,     hijo adulto,     padre,     o familiar vivo más cercano y estoy autorizado para tomar decisiones sobre su tratamiento bajo la sección 166.088 del Código de Salud y Seguridad.

Tengo el conocimiento de que la persona adulta es incapacitada o de alguna forma es mental o físicamente incapaz de comunicarse y no tiene un tutor legal, representante o apoderado. En base a los deseos conocidos de la persona, o a una determinación en el mejor interés de la persona, **ordeno que ninguna de las siguientes medidas de reanimación inicie o continúe para esta persona: reanimación cardiopulmonar, estimulación cardíaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial.**

Firma de la persona



Fecha



Nombre en letra de molde



# Sección D

La sección D se completa por un médico.

## El médico puede firmar si:

- ha visto que un paciente ha dado instrucciones previas a un médico, o bien,
- observa a una persona dando una orden de OOH DNR mediante comunicación no escrita.

El médico debe marcar la casilla apropiada en esta sección, firmar y fechar el formulario, y escribir su nombre a máquina o con letra de molde, y dar su número de licencia.

**D. Declaración de un médico basada en las instrucciones para los médicos por parte de la persona ahora incapacitada o en una comunicación no escrita al médico por parte de una persona competente:** Soy el médico responsable de la persona mencionada anteriormente y:

he visto pruebas de las instrucciones presentadas a los médicos con anterioridad por parte del adulto ahora incapacitado;

u observé que se dio una orden de OOH DNR ante dos testigos de manera no escrita.

**Ordeno que ninguna de las siguientes medidas de reanimación inicie o continúe para esta persona: reanimación cardiopulmonar, estimulación cardíaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial.**

Núm. de licencia

Firma del médico responsable



Fecha



Nombre en letra de molde



# Sección E

La sección E se completa en nombre de un menor.

## ¿Quién puede firmar?

- El padre o madre del menor
- El tutor legal
- El responsable de la custodia

## Un médico debe diagnosticar que el menor padece una enfermedad terminal o irreversible.

La persona que actúe en nombre del menor debe marcar la casilla apropiada en esta sección, firmar y fechar el formulario, y luego escribir su nombre a máquina o con letra de molde.

### E. Declaración en nombre de una persona menor de edad:

Yo soy el:  padre;  tutor legal;  responsable de la custodia del menor.

Un médico ha diagnosticado al menor con una enfermedad terminal o irreversible. **Ordeno que ninguna de las siguientes medidas de reanimación inicie o continúe para esta persona: reanimación cardiopulmonar, estimulación cardíaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial.**

Firma de la persona



Fecha

Nombre en letra de molde

# Sección F

La sección F la llenan dos médicos en nombre de un paciente adulto que no esté en sus plenas facultades o no tenga capacidad de comunicarse y no cuente con un tutor, apoderado o familiar.

El médico que atiende al paciente puede completar la orden de DNR firmando con su nombre y fechando el formulario, con el consentimiento de un segundo médico.

- El segundo médico **no** debe estar involucrado en los cuidados del paciente.
- El segundo médico puede ser un representante del comité ético o médico del centro de salud.

**No se requieren las firmas de testigos o *notary public* cuando dos médicos firman la orden de OOH DNR en esta sección.**

**F. Instrucciones de dos médicos en nombre del adulto, que es incapacitado o que no se puede comunicar, y que no tiene un tutor, representante, apoderado o familiar:** Los deseos específicos de la persona se desconocen, pero las medidas de reanimación, bajo un criterio médico razonable, se consideran ineficaces, o bien, no son en el mejor interés de la persona. **Instruyo a los profesionales de la salud que atienden en entornos fuera de un hospital, incluido el servicio de emergencias de un hospital, que no inicien o continúen las siguientes medidas para esta persona: reanimación cardiopulmonar, estimulación cardiaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial.**

Firma del médico responsable	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>	Nombre en letra de molde	<input type="text"/>	Núm. de licencia	<input type="text"/>
Firma del segundo médico	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>	Nombre en letra de molde	<input type="text"/>	Núm. de licencia	<input type="text"/>

# Testigos

Usted tiene dos opciones de testigos al llenar el formulario de OOH DNR.

- Dos testigos • un *notary public* deben certificar con su firma que han sido testigos de la firma del paciente o la firma de las personas que actúen en nombre del paciente en las secciones A-E.



# Cuándo usar dos testigos

## **El testigo número uno es un “testigo cualificado” y no puede ser:**

- La persona designada para tomar decisiones sobre el tratamiento en nombre del paciente
- Alguien emparentado con el paciente por consanguinidad o matrimonio
- Alguien que tiene derecho a cualquier parte de la herencia de la persona
- Una persona que tenga alguna reclamación sobre el patrimonio del paciente
- El médico tratante o un empleado del médico tratante
- Un empleado de algún centro de salud en el cual se esté atendiendo al paciente, siempre y cuando participe en la prestación de atención directa al paciente (no se considera que los trabajadores sociales, consejeros espirituales y las personas que ofrecen servicios de nutrición prestan atención directa al paciente)
- Un funcionario, director, socio o empleado de las oficinas de un centro de salud en el cual el paciente está siendo atendido, o de cualquier organización matriz del centro de salud

## **Testigo número dos**

- Puede ser una persona adulta en uso de sus facultades



# Usar un notario

Un *notary public* puede dar fe de la firma de la persona que llena el formulario, en sustitución de dos testigos.

**Nota:** El *notary public* no puede dar fe del testimonio de la persona que da una orden de OOH-DNR de forma no escrita.

# Declaración del médico

El médico que atiende al paciente **debe:**

- Firmar y fechar el formulario
- Escribir su nombre a máquina o con letra de molde
- Dar su número de licencia

Las firmas electrónicas son aceptables, según la [sección 166.011](#) del capítulo 166 del Código de Salud y Seguridad.





# Firmas finales

La [sección 166.083](#) del capítulo 166 del Código de Salud y Seguridad establece que toda persona que firme el formulario **debe** firmarlo nuevamente en la parte de abajo para dar fe de que el formulario ha sido llenado por completo.

# Dispositivos médicos para la OOH DNR



# Pedir un dispositivo médico de OOH DNR

Después de llenar completamente el formulario para una orden de OOH DNR en Texas, el paciente puede comprar, por su cuenta, un dispositivo de identificación de OOH DNR. El personal de los Servicios médicos de emergencia (EMS) aceptará el dispositivo en lugar de un formulario original para una orden de OOH DNR. Aquí encontrará una lista de fabricantes autorizados:

[dshs.texas.gov/dshs-ems-trauma-systems/out-hospital-do-not-resuscitate-program](https://dshs.texas.gov/dshs-ems-trauma-systems/out-hospital-do-not-resuscitate-program)

## Dispositivo de identificación de plástico

---

Una identificación intacta, inalterada y fácilmente reconocible con las palabras "Texas" y "Do Not Resuscitate" (No reanimar). (O una representación de la forma geográfica de Texas y la palabra "STOP" impresa sobre la imagen geográfica).



## Dispositivo de identificación metálico

---

Una pulsera o un collar de metal intacto, inalterado y fácilmente reconocible con las palabras "Texas Do Not Resuscitate - OOH".



# Preguntas





# Contáctenos

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar el formulario para una orden de OOH DNR, visite nuestro sitio web o comuníquese con nuestra oficina.

## Sitio web

[www.dshs.texas.gov/dshs-ems-trauma-systems/out-hospital-do-not-resuscitate-program](http://www.dshs.texas.gov/dshs-ems-trauma-systems/out-hospital-do-not-resuscitate-program)

## Correo electrónico

emsinfo@dshs.texas.gov

## Teléfono

512-834-6700