



**ESTADO DE LA FLORIDA**  
**ORDEN DE NO RESUCITAR**  
(Sírvese usar lapicero)

Nombre legal completo del paciente \_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre en letras de imprenta o a máquina) (Fecha)

**DECLARACIÓN DEL PACIENTE**

Con consentimiento prestado a sabiendas, yo, el infrascrito por la presente ordeno que no se me dé resucitación cardio-pulmonar o en su defecto me la corten.

(Si no ha firmado el paciente, marque el cuadrado pertinente)

- Sustituto
- Tutor judicial
- Apoderado (tal como se define en el capítulo 765 de los Estatutos de la Florida)
- Mandatario con poder ilimitado (según el capítulo 709 de los Estatutos de la Florida)

\_\_\_\_\_  
(Firma pertinente) (Escriba el nombre en letras de imprenta o a máquina)

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO**

Yo, el infrascrito, médico con licencia para el ejercicio de la profesión según el capítulo 458 ó 459 de los Estatutos de la Florida, soy el médico del paciente que se indica arriba. Por la presente ordeno que al paciente no se le dé resucitación cardio-pulmonar (ventilación artificial, compresión cardíaca, intubación endotraqueal y desfibrilación) o que se la corten en el caso de que el paciente sufra de un paro cardíaco o respiratorio.

\_\_\_\_\_  
(Firma del médico) (Fecha) (Número telefónico Emergencia)

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre en letras de imprenta) (Número de la licencia profesional del médico)

Según el estatuto 401.45 de los Estatutos de la Florida, las salas de emergencia de los hospitales, los hogares para ancianos, casas de reposo, agencias de atención médica a domicilio, hospicios, instalaciones para el cuidado familiar adulto y los servicios médicos de emergencia pueden aceptar ya sea al original o una copia de la presente orden de no resucitar.

Formulario 1890. Revisado en febrero de 2000

<p style="text-align: center;"><b><u>DECLARACIÓN DEL MÉDICO</u></b></p> <p>Yo, el infrascrito, médico con licencia para el ejercicio de la profesión según el capítulo 458 ó 459 de los Estatutos de la Florida, soy el médico del paciente que se indica arriba. Por la presente ordeno que al paciente no se le dé resucitación cardio-pulmonar (ventilación artificial, compresión cardíaca, intubación endotraqueal y desfibrilación) o que se la corten en el caso de que el paciente sufra de un paro cardíaco o respiratorio.</p> <p>_____ (Firma del médico) (Fecha) Número telefónico (Emergencia)</p> <p>_____ (Escriba el nombre en letras de imprenta o a máquina) (Número de la licencia profesional del médico)</p> <p>Según el estatuto 401.45 de los Estatutos de la Florida, las salas de emergencia de los hospitales, los hogares para ancianos, casas de reposo, agencias de atención médica a domicilio, hospicios, instalaciones para el cuidado familiar adulto y los servicios médicos de emergencia pueden aceptar ya sea al original o una copia de la presente orden de no resucitar.</p> <p style="text-align: right;"><small>Formulario 1890. Revisado en febrero de 2000</small></p>	<p style="text-align: right;"><small>EMS</small></p> <p style="text-align: center;"><b>ESTADO DE LA FLORIDA</b> <b>ORDEN DE NO RESUCITAR</b> (Sírvese usar lapicero)</p> <p>Nombre legal completo del paciente _____ <small>(Escriba el nombre en letras de imprenta o a máquina) (Fecha)</small></p> <p style="text-align: center;"><b><u>DECLARACIÓN DEL PACIENTE</u></b></p> <p>Con consentimiento prestado a sabiendas, yo, el infrascrito por la presente ordeno que no se me dé resucitación cardio-pulmonar o en su defecto me la corten. (Si no ha firmado el paciente, marque el cuadrado pertinente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sustituto</li> <li><input type="checkbox"/> Apoderado (tal como se define en el capítulo 765 de los Estatutos de la Florida)</li> <li><input type="checkbox"/> Tutor judicial</li> <li><input type="checkbox"/> Mandatario con poder ilimitado (según el capítulo 709 de los Estatutos de la Florida)</li> </ul> <p>_____ (Firma pertinente) (Escriba el nombre en letras de imprenta o a máquina)</p>
--	---