



ESTADO DE INDIANA — DECLARACIÓN Y ORDEN DE NO REANIMAR FUERA DEL HOSPITAL

(STATE OF INDIANA — OUT OF HOSPITAL DO NOT RESUSCITATE DECLARATION AND ORDER)

State Form 49559 (R / 9-11)



El formulario en español es solo para fines educativos. Spanish version for educational purposes only.

Esta declaración y orden entran en vigor en la fecha de su firma y quedan vigentes hasta la muerte del declarante o su revocación.

DECLARACIÓN DE NO REANIMAR FUERA DEL HOSPITAL

Declaración realizada el _____ día de _____ de _____, encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con por lo menos dieciocho (18) años de edad, intencional y voluntariamente hago conocer mi deseo de que no se prolongue de forma artificial el proceso de mi muerte de acuerdo con las circunstancias establecidas a continuación.

Declaro:

El médico a cargo de mi atención certificó por escrito que soy una persona que reúne los requisitos, lo que significa que tengo una afección o enfermedad en fase terminal de tales características que en caso de sufrir insuficiencia cardíaca o pulmonar la reanimación no sería exitosa o en poco tiempo sufriría insuficiencia cardíaca o pulmonar repetidamente, y como consecuencia la muerte.

Si sufro insuficiencia cardíaca o pulmonar en un lugar que no sea un hospital de atención aguda, ordeno que no realicen o suspendan los procedimientos de reanimación cardiopulmonar, y se debe permitir la muerte natural. Mi atención médica puede incluir cualquier procedimiento médico necesario para proporcionarme cuidados paliativos o aliviar el dolor.

Comprendo que puedo revocar esta *Declaración de no reanimar fuera del hospital* en cualquier momento, por escrito con fecha y firma, si destruyo o cancelo este documento o les comunico a los profesionales médicos presentes mi deseo de revocar esta declaración.

Comprendo plenamente el alcance de esta declaración

Firma del declarante

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nombre del declarante en letra de molde

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ciudad y estado de residencia

Conozco personalmente al declarante y considero que está en pleno uso de sus facultades mentales. No firmé por, en nombre de o a pedido del declarante en lo que antecede. No soy el padre, la madre, el cónyuge ni un hijo del declarante. No tengo derecho a recibir ninguna parte del patrimonio del declarante ni tengo la responsabilidad directa de pagar por la atención médica del declarante. Estoy en pleno uso de mis facultades mentales y tengo por lo menos dieciocho (18) años de edad.

Firma del testigo

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nombre en letra de molde

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Fecha (mes, día, año)

Firma del testigo

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nombre en letra de molde

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Fecha (mes, día, año)

ORDEN DE NO REANIMAR FUERA DEL HOSPITAL

Yo, _____, el médico a cargo de la atención de _____, he certificado que el declarante es una persona que reúne los requisitos para hacer una *Declaración de no reanimar fuera del hospital* y ordeno que otros profesionales médicos que hayan recibido aviso de esta *Declaración y orden de no reanimar fuera del hospital* no inicien ni continúen procedimientos de reanimación cardiopulmonar a favor del declarante a menos que se revoque la *Declaración de no reanimar fuera del hospital*.

Firma del médico a cargo

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nombre en letra de molde del médico a cargo

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Número de cédula profesional

Fecha (mes, día, año)