

**ESTADO DE ARIZONA**  
**INSTRUCCIÓN PREHOSPITALARIA DE ATENCIONES MÉDICAS (NO RESUCITAR)**  
**(IMPORTANTE—ESTE DOCUMENTO TIENE QUE ESTAR EN PAPEL CON FONDO ANARANJADO)**

**INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES:** Una Instrucción Prehospitalaria de Atenciones Médicas es un documento firmado por usted y su médico que les informa a los técnicos de emergencia médica (EMTs) o al personal de emergencia del hospital que no lo resuciten. A veces, a esto se le llama un DNR – No Resucitar. Si tiene este formulario, los EMTs y otro personal de emergencia no usarán equipo, medicamentos o aparatos para volver a arrancar su corazón o respiración, pero no retendrán intervenciones médicas que sean necesarias para suministrar cuidados de comodidad y para aliviar el dolor. **IMPORTANTE:** Bajo las leyes de Arizona, una Instrucción Prehospitalaria de Atenciones Médicas o DNR tiene que estar en papel tamaño carta o en papel tamaño billetera con un fondo anaranjado para ser válida.

Usted puede adherir una foto a este formulario, o completar la información personal. También tiene que completar el formulario y firmarlo delante de un testigo. Su proveedor de servicios de atención médica y su testigo tienen que firmar este formulario.

**1. Mi Instrucción y Mi Firma:**

**En caso de paro cardíaco o respiratorio, rehúso todas las medidas de resucitación incluyendo compresión cardíaca, intubación endotraqueal y otro control avanzado de las vías respiratorias, respiración artificial, desfibrilación, administración de medicamentos cardíacos avanzados para mantenimiento de vida y procedimientos médicos de emergencia relacionados.**

Paciente (Firma o Señal): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PROPORCIONE LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:**

**O**

**ADHIERA UNA FOTOGRAFIA RECIENTE AQUI:**

Mi Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Mi Sexo \_\_\_\_\_  
Mi Raza \_\_\_\_\_  
El Color de mis Ojos \_\_\_\_\_  
El Color de mi Pelo \_\_\_\_\_

**2. Información Sobre Mi Médico y Hospicio (si estoy en un Hospicio):**

Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Programa de Hospicio, de ser pertinente (nombre): \_\_\_\_\_

**3. Firma del Médico u Otro Proveedor de Servicios de Atención Médica:**

He explicado este formulario y sus consecuencias al firmante y tengo la certeza de que el firmante comprende que el rehusar cualquiera de las atenciones indicadas anteriormente pudiera resultar en la muerte.

Firma del Proveedor Autorizado de Servicios de Atención Médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**4. Firma del Testigo de Mi Directriz:**

Estuve presente cuando este formulario fue firmado (o marcado con señal). El paciente parecía estar entonces lúcido y libre de coacción.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_