



# ORDEN DE NO REANIMAR FUERA DEL HOSPITAL (OOH DNR) DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS

*Este documento entra en vigor inmediatamente en la fecha de ejecución para los profesionales de la salud que atienden en entornos fuera de un hospital. Tendrá efecto hasta que un médico autorizado o una persona legalmente autorizada declare fallecida a la persona o hasta que sea revocado el documento. Se brindará atención para la comodidad de la persona en caso necesario.*

Nombre legal completo de la persona \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  Masculino  
 Femenino

**A. Declaración de la persona adulta:** 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 cardiaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial.**

Firma de la persona \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nombre en 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 \_\_\_\_\_

**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 cardiaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial.**

Firma de la persona \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

**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 cardiaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial.** Núm. de licencia \_\_\_\_\_

Firma del médico responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nombre en 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 cardiaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial.**

Firma de la persona \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

**DOS TESTIGOS:** (Consulte los requisitos al reverso). Hemos sido testigos de que la persona adulta competente mencionada anteriormente o el declarante autorizado firmó arriba y, si corresponde, la persona adulta mencionada anteriormente dio una orden de OOH-DNR al médico responsable mediante una comunicación no escrita.

Firma del testigo 1 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Firma del testigo 2 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

La persona mencionada anteriormente compareció personalmente ante mí y firmó la declaración antes mencionada el: \_\_\_\_\_

Notary Public en el Estado de Texas y Condado de \_\_\_\_\_ Sello del Notary Public

Firma y sello: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde del Notary Public: \_\_\_\_\_

**[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:** Soy el médico responsable de la persona mencionada anteriormente y he visto que existe esta orden en sus expedientes médicos. 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. Núm. de licencia \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ Núm. de licencia \_\_\_\_\_

Firma del segundo médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ Núm. de licencia \_\_\_\_\_

**Todas las personas que han firmado anteriormente deben firmar a continuación, para reconocer que este documento se ha llenado correctamente.**

Firma de la persona \_\_\_\_\_ Firma del tutor/representante/apoderado/familiar \_\_\_\_\_

Firma del médico responsable \_\_\_\_\_ Firma del segundo médico \_\_\_\_\_

Testigo 1 firma \_\_\_\_\_ Testigo 2 firma \_\_\_\_\_ Firma del Notary Public \_\_\_\_\_

## **INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA ORDEN DE OOH DNR**

**PROPÓSITO:** La orden de no reanimar fuera del hospital (OOH DNR) al reverso, cumple con el capítulo 166 del Código de Salud y Seguridad (HSC), de que las personas o sus representantes autorizados pueden ordenar a los profesionales de la salud que desistan de sus intentos de reanimación y permitan que la persona tenga una muerte natural en paz y con dignidad. Dicha orden NO afecta la prestación de otro tipo de atención de emergencia, incluida la atención para la comodidad de la persona.

**APLICABILIDAD:** La orden de OOH DNR se aplica a los profesionales de la salud en entornos fuera de un hospital, incluidos los consultorios médicos, las clínicas y los departamentos de emergencias.

**IMPLEMENTACIÓN:** Una persona adulta competente, de al menos 18 años, su representante autorizado o un pariente calificado puede ejecutar o presentar una orden de OOH DNR. El médico responsable de la persona documentará la existencia de la orden en el expediente médico permanente de la persona. La orden de OOH DNR puede ejecutarse de la siguiente forma:

**Sección A.** Si la persona adulta es competente y tiene al menos 18 años, firmará y fechará la orden en la Sección A.

**Sección B.** Si la persona adulta es incapacitada o de alguna forma es mental o físicamente incapaz de comunicarse y tiene ya sea un tutor legal, un representante con un poder para la atención médica o un apoderado con instrucciones para los médicos, el tutor, el representante o el apoderado, puede ejecutar la orden de OOH DNR al firmarla y fecharla en la Sección B.

**Sección C.** Si la persona adulta es incapacitada o de alguna forma es mental o físicamente incapaz de comunicarse y no tiene un tutor, un representante o un apoderado, entonces un pariente calificado puede ejecutar la orden de OOH DNR al firmarla y fecharla en la Sección C.

**Sección D.** Si la persona es incapacitada y su médico responsable ha visto pruebas de las instrucciones presentadas anteriormente a los médicos de la persona u observó que la persona presentó de forma apropiada una orden de OOH DNR no escrita, el médico puede ejecutar la orden a nombre de la persona al firmarla y fecharla en la Sección D.

**Sección E.** Si la persona es un menor de edad (que tiene menos de 18 años), a quien un médico ha diagnosticado con una enfermedad terminal o irreversible, entonces los padres, el tutor legal o el responsable de la custodia del menor pueden ejecutar la orden de OOH DNR al firmarla y fecharla en la Sección E.

**Sección F.** Si la persona adulta es incapacitada o de alguna forma es mental o físicamente incapaz de comunicarse y no tiene un tutor, un representante, un oapoudneparriario calificado disponible que actúe en su representación, entonces el médico responsable puede ejecutar la orden de OOH DNR al firmarla y fecharla en la Sección F con el consentimiento de un segundo médico (que la firme en la Sección F) que no participe en el tratamiento de la persona o sea representante del comité de ética o médico del complejo de salud en el que la persona es un paciente.

Además, deben firmar y fechar la orden de OOH DNR dos testigos adultos competentes quienes han atestiguado, ya sea que la persona adulta competente firmó en la Sección A o el declarante autorizado firmó en la Sección B, C o E y, según corresponda, han atestiguado que la persona adulta competente dio la orden de OOH DNR mediante comunicación no escrita al médico responsable, quien debe firmar en la Sección D y también en la sección de la declaración del médico.

De manera opcional, la persona adulta competente o el declarante autorizado puede firmar la orden de OOH DNR en presencia de un *Notary Public*. Sin embargo, un *Notary Public* no puede dar fe de haber presenciado que se dio una orden de OOH DNR de forma no escrita, que se debe cumplir y de la cual solo los dos testigos pueden dar fe. No se requiere la firma del testigo o del *Notary Public* cuando dos médicos ejecutan la Sección F de la orden de OOH DNR. El original o una copia de la orden de OOH DNR completa y debidamente llena o que la persona porte un dispositivo de OOH DNR es prueba suficiente de la existencia de la orden de OOH DNR original, y cualquiera de las dos formas será respetada por los profesionales de salud de respuesta.

**REVOCACIÓN:** La persona, el representante autorizado de la persona o el médico que ejecutó la orden de OOH DNR puede revocarla en CUALQUIER momento. La revocación puede ser mediante comunicación verbal con los profesionales de salud de respuesta, la destrucción de la orden de OOH DNR o la remoción de todos los dispositivos de identificación de OOH DNR que tiene la persona.

**REVOCACIÓN AUTOMÁTICA:** La orden de OOH DNR se revoca automáticamente si se sabe que la persona está embarazada o en caso de circunstancias no naturales o sospechosas.

### **DEFINICIONES**

**Médico responsable:** Un médico, seleccionado por, o asignado a la persona, con la responsabilidad primaria del tratamiento y la atención de la persona, que tiene licencia del Colegio de Médicos de Texas, o está debidamente acreditado y lleva el grado de oficial de los servicios uniformados de los Estados Unidos y está en servicio activo en este estado. [Sección 166.002(12) del HSC].

**Profesional de la salud:** significa los médicos, las enfermeras, los médicos asistentes y el personal de servicios médicos de emergencia y, a menos que el contexto exija lo contrario, incluye al personal del departamento de emergencias del hospital. [Sección 166.081(5) del HSC]

**Pariente calificado:** La persona que cumple los requisitos de la sección 166.088 del HSC. Este establece que un familiar adulto puede ejecutar la orden de OOH DNR en nombre de la persona adulta que no ha ejecutado ni dictado una orden de OOH DNR y que es incapacitado o de alguna forma es mental o físicamente incapaz de comunicarse y no tiene tutor legal, representante con poder para la atención médica o apoderado con instrucciones para los médicos, y el familiar está disponible según una de las siguientes categorías por orden de prioridad:

1) cónyuge de la persona; 2) hijo adulto disponible de la persona; 3) los padres de la persona; o 4) el familiar vivo más cercano de la persona. Dicho pariente calificado puede ejecutar la orden de OOH DNR en nombre de la persona mencionada.

**Testigos calificados:** ambos testigos deben ser adultos competentes, que han atestiguado que la persona adulta competente firmó en la Sección A, o que el representante autorizado de la persona firmó ya sea en la Sección B, C o E de la orden de OOH DNR o, según corresponda, han atestiguado que la persona adulta competente dio una orden de OOH DNR mediante comunicación no escrita al médico responsable, quien firmó en la Sección D. De manera opcional, la persona adulta competente, el tutor, el representante, el apoderado o el pariente calificado puede firmar la orden de OOH DNR en presencia de un *Notary Public* en lugar de dos testigos calificados. No se requiere la firma del testigo o del *Notary Public* cuando dos médicos ejecutan la orden firmando la Sección F. Uno de los testigos debe cumplir los requisitos de la sección 166.003(2) del HSC, el cual exige que al menos uno de los testigos: (1) sea nombrado por la persona para tomar las decisiones sobre el tratamiento; (2) tenga relación sanguínea o por matrimonio con la persona; (3) tenga derecho a alguna parte del patrimonio de la persona después de su muerte, ya sea por un testamento o por ley; (4) haya presentado un reclamo al momento en que se dio la orden de OOH-DNR contra cualquier parte del patrimonio de la persona después de la muerte de la persona; o (5) sea el médico responsable; (6) sea un empleado del médico responsable o (7) un empleado del centro de atención médica en el que la persona es un paciente si el empleado brinda atención directa al paciente o es un funcionario, director, socio o empleado de la administración del centro de atención médica o cualquier oficina corporativa del centro de atención médica.

**Informe sobre problemas con este formulario al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS)** o pida formularios de la orden de OOH DNR o dispositivos de identificación al teléfono (512) 834-6700.

*La firma electrónica o digital del declarante, el testigo, el Notary Public o el médico debe cumplir con los criterios descritos en la sección 166.011 del HSC.*