

APÉNDICE II

Orden médica portátil de Alabama de no intentar la reanimación  
Sin RCP/Permitir la muerte natural

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del Paciente/Residente (LETRA DE MOLDE) y  
fecha de nacimiento:

Instrucciones. Esta orden es válida solo si se completa la Sección I, II, III O IV Y si un médico completó la Sección V.

**Sección I. Consentimiento del Paciente/Residente.**

Yo, el paciente/residente abajo firmante, dispongo que se me suspendan las medidas de reanimación en caso de cese cardiopulmonar. Hablé sobre esta decisión con mi médico y entiendo las consecuencias de esta decisión.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Residente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Sección II. Paciente/Residente incompetente con instrucciones de ONR en Voluntades Anticipadas.**

El paciente/residente no es competente o ya no puede entender, apreciar ni controlar su tratamiento médico y no tiene esperanza de recuperar esa aptitud. El paciente/residente autorizó previamente una Voluntad Anticipada para la Atención Médica debidamente formalizada con instrucciones de que no se brinde ningún tratamiento de soporte vital y forma parte de su historia clínica.

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor o del representante del centro

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Sección III. Apoderado para la atención médica o consentimiento de un abogado de hecho.**

Yo, el abajo firmante, soy el apoderado de atención médica o abogado de hecho designado por el paciente/residente para tomar decisiones con respecto a la prestación, suspensión o abandono del tratamiento de soporte vital para el paciente/residente. Por la presente dispongo que se suspendan las medidas de reanimación al paciente/residente en caso de cese cardiopulmonar. Una copia de la designación del apoderado o abogado de hecho (p. ej., testamento en vida, poder, etc.) se hizo parte de la historia clínica del paciente/residente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado o Abogado de Hecho

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Sección IV. Consentimiento por sustituto.**

Yo, el abajo firmante, soy el sustituto certificado para tomar decisiones, tras consultar con el médico tratante, con respecto a proporcionar, suspender o abandonar el tratamiento de soporte vital para el paciente/residente. Después de consultar con el médico tratante, por medio de la presente dispongo que se suspendan las medidas de reanimación del paciente/residente en caso de cese cardiopulmonar. Creo que esta decisión se ajusta lo más posible a lo que el paciente/residente habría querido. Tomo esta decisión de buena fe y sin considerar el beneficio financiero o la carga que pueda acumularse para mí o para el proveedor de servicios médicos como resultado de esta decisión. Se incluyó una copia de la Certificación de Sustitutos para la toma de Decisiones de Atención Médica en la historia clínica del paciente/residente.

---

**Firma del sustituto**

---

**Nombre en letra de molde**

---

**Fecha****Sección V. Autorización del médico.**

Con base en la información anterior, por la presente dispongo a todo el personal médico, personal de emergencias y personal paramédico que suspendan las medidas de reanimación, es decir, reanimación cardiopulmonar, compresión torácica, intubación endotraqueal y otro tratamiento avanzado de las vías respiratorias, ventilación artificial, medicamentos de reanimación y desfibrilación cardíaca, en caso de cese cardiopulmonar en el paciente/residente.

Además, dispongo la implementación de todos los cuidados paliativos razonables, como oxígeno, succión, control del sangrado, administración de medicamentos para el dolor por parte del personal así autorizado y otras terapias para brindar comodidad y aliviar el sufrimiento del paciente/residente; y para brindar apoyo al paciente, familiares, amigos y otras personas presentes.

---

**Firma del médico**

---

**Nombre en letra de molde**

---

**Fecha**