

Orden de No Resucitar (DNR) - Formulario

Datos del Paciente

Nombre completo

Fecha de nacimiento

Nºmero de identificación

Declaración

Yo, el abajo firmante, solicito que, en caso de paro cardíaco o respiratorio, no se realicen maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) ni otras medidas de reanimación.

Firma del Paciente o Representante

Firma

Fecha

Firma del Profesional de Salud

Nombre del profesional de salud

Firma

Fecha

Nºmero de licencia profesional