State of Florida
DO NOT RESUSCITATE ORDER

(please use ink)

Patient's Full Legal Name:_____ Date: _____
(Print or Type Name)

PATIENT'S STATEMENT

Based upon informed consent, I, the undersigned, hereby direct that CPR be withheld or withdrawn.
(If not signed by patient, check applicable box):

- ☐ Surrogate
- ☐ Court appointed guardian
- ☐ Proxy (both as defined in Chapter 765, F.S.)
- ☐ Durable power of attorney (pursuant to Chapter 709, F.S.)

(Applicable Signature) (Print or Type Name)

PHYSICIAN'S STATEMENT

I, the undersigned, a physician licensed pursuant to Chapter 458 or 459, F.S., am the physician of the patient named above. I hereby direct the withholding or withdrawing of cardiopulmonary resuscitation (artificial ventilation, cardiac compression, endotracheal intubation and defibrillation) from the patient in the event of the patient's cardiac or respiratory arrest.

(_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _

(Signature of Physician) (Date) Telephone Number (Emergency)

(Print or Type Name) (Physician's Medical License Number)

DH Form 1896, Revised December 2004

PHYSICIAN'S STATEMENT

I, the undersigned, a physician licensed pursuant to Chapter 458 or 459, F .S., am the physician of the patient named above. I hereby direct the withholding or withdrawing of cardiopulmonary resuscitation (artificial ventilation, cardiac compression, endotracheal intubation and defibrillation) from the patient in the event of the patient's cardiac or respiratory arrest.

(_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _

(Signature of Physician) (Date) Telephone Number (Emergency)

(Print or Type Name) (Physician's Medical License Number)

DH Form 1896,Revised December 2004

State of Florida
DO NOT RESUSCITATE ORDER

Patient's Full Legal Name (Print or Type) (Date)

PATIENT'S STATEMENT

Based upon informed consent, I, the undersigned, hereby direct that CPR be withheld or withdrawn.
(If not signed by patient, check applicable box):

- ☐ Surrogate
- ☐ Proxy (both as defined in Chapter 765, F.S.)
- ☐ Court appointed guardian
- ☐ Durable power of attorney (pursuant to Chapter 709, F.S.)

(Applicable Signature) (Print or Type Name)

Estado de Florida ORDEN DE NO RESUCITAR (por favor, use tinta)

Este lado del formulario está destinado únicamente a la traducción. Los proveedores de Servicios Médicos de Emergencia y el personal médico sólo deben acatar la versión en inglés del presente formulario. "División de Operaciones Médicas de Emergencia, Oficina de Traumatología"

Nombre legal completo del paciente:_____ Fecha: _____

(Escriba el nombre con letra de imprenta o digítelo)

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Sobre la base del consentimiento informado, yo, quien suscribe, por medio de la presente ordeno que no se me proporcione RCP.

(Si este documento no está firmado por el paciente, marque la casilla pertinente):

- □ Responsable del sujeto
- □ Tutor designado por el tribunal
- □ Apoderado (ambos, según se definen en el Capítulo 765 de los Estatutos de Florida)
- □ Poder de duración indeterminada para fines de atención médica (de acuerdo con el Capítulo 709 de los Estatutos de Florida)

(Firma correspondiente) (Escriba el nombre con letra de imprenta o digítelo)

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Yo, quien suscribe, un médico licenciado de acuerdo con el Capítulo 458 ó 459 de los Estatutos de Florida, soy el médico del paciente anteriormente mencionado. Por medio de la presente, ordeno que no se proporcione resucitación cardiopulmonar (ventilación artificial, compresión torácica, intubación endotraqueal y desfibrilación) al paciente en caso de que éste sufra un paro cardíaco o respiratorio.

(_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _

(Firma del médico) (Fecha) Número telefónico (Emergencia)

(Escriba el nombre con letra de imprenta o digítelo) (Número de licencia médica)

FORMULARIO 1896 DEL DEP. DE SALUD, revisado en diciembre de 2004

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Yo, quien suscribe, un médico licenciado de acuerdo con el Capítulo 458 ó 459 de los Estatutos de Florida, soy el médico del paciente anteriormente mencionado. Por medio de la presente, ordeno que no se proporcione resucitación cardiopulmonar (ventilación artificial, compresión torácica, intubación endotraqueal y desfibrilación) al paciente en caso de que éste sufra un paro cardíaco o respiratorio.

(_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _

(Firma del médico) (Fecha) Número telefónico (Emergencia)

(Escriba el nombre con letra de imprenta o digítelo) (Número de licencia médica)

FORMULARIO 1896 DEL DEP. DE SALUD, revisado en diciembre de 2004

Estado de Florida ORDEN DE NO RESUCITAR

Nombre legal completo del paciente (Fecha)
(Escriba con letra de imprenta o digítelo)

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Sobre la base del consentimiento informado, yo, quien suscribe, por medio de la presente ordeno que no se me proporcione RCP. **(Si este documento no está firmado por el paciente, marque la casilla pertinente):**

- □ Responsable del sujeto
- □ Apoderado (ambos, según se definen en el Capítulo 765 de los Estatutos de Florida)
- □ Tutor designado por el tribunal
- □ Poder de duración indeterminada para fines de atención médica (de acuerdo con el Capítulo 709 de los Estatutos de Florida)

(Firma correspondiente) (Escriba el nombre con letra de imprenta o digítelo)

Eta Laflorid LÒD PA RESISITE (tanpri itilize lank)

Kote fòm sa a se pou tradiksyon sèlman. Founisè Sèvis Medikal Dijans ak fonksyonè medikal dwe onore vèzyon Anglè fòm sa a. Divizyon Pou Operasyon Medikal Dijans, Biwo Twoma

Non Legal Konplè pasyan an:_____ Dat: _____

(Ekri an Majiskil oswa Tape Non an)

DEKLARASYON PASYAN AN

Baze sou konsantman enfòme an, mwen, ki siyen la, ak prezant sa a deklare pou yo pa fè CPR sou mwen ditou.

(Si pasyan an pat siyen limenm, tcheke kazye ki apwopriye an):

- □ Reprezantan Swen Sante
- □ Gadyen Tribinal la Chwazi
- □ Pwokirè (tou de jan li dekri nan Chapit 765, F.S.)
- □ Responsablite Pwokirasyon Dirab (daprè Chapit 709, F.S.)

(Siyati ki Aplikab) (Ekri an Majiskil oswa Tape Non an)

DEKLARASYON DOKTÈ AN

Mwen, ki siyen la a, yon doktè sètifye daprè Chapit 458 oswa 459, F.S., mwen doktè pasyan an ki nonmen anwo la. Mwen dirije pou yo kenbe ak elimine resisitasyon kadyopilmonè (vantilasyon atifisyèl, konpresyon kadyak, endotrakyal entibasyon akdefibrilasyon) pou pasyan an Sizoka pasyan an ta gen yon epizòd arèdkè oswa respiratwa.

(_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _

(Siyati Doktè an) (Dat) Nimewo Telefòn (Ijans)

(Ekri an Non an Majiskil) (Nimewo Lisans Medikal Doktè an)

Fòm 1896 DH, Revize Desanm 2004

DEKLARASYON DOKTÈ AN

Mwen, ki siyen la a, yon doktè sètifye daprè Chapit 458 oswa 459, F.S., mwen doktè pasyan an ki nonmen anwo la. Mwen dirije pou yo kenbe ak elimine resisitasyon kadyopilmonè (vantilasyon atifisyèl, konpresyon kadyak, endotrakyal entibasyon akdefibrilasyon) pou pasyan an sizoka pasyan an ta gen yon epizòd arèdkè oswa respiratwa.

(_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _

(Siyati Doktè an) (Dat) Nimewo Telefòn (Ijans)

(Ekri an Majiskil oswa Tape Non an) (Nimewo Lisans Medikal Doktè an)

Fòm 1896 DH, Revize Desanm 2004

Eta Laflorid LÒD PA RESISITE

Non Legal Konplè pasyan an (Ekri an Majiskil oswa Tape) (Dat)

DEKLARASYON PASYAN AN

Baze sou enfòmasyon konsanti, mwen, ki siyen la, ak prezant sa a dirije pou yo pa fè CPR oswa elimine. **(Si pasyan an pat siyen limenm, tcheke kazye ki apwopriye an):**

- □ Reprezantan Swen Sante
- □ Pwokirè (tou de fason ki dekri nan Chapit 765, F.S.)
- □ Gadyen Tribinal la Chwazi
- □ Responsablite Pwokirasyon Dirab (daprè Chapit 709, F.S.)

(Siyati ki Aplikab) (Ekri an Majiskil oswa Tape Non an)