

**CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES DE LA
UNIVERSIDAD DE MICHIGAN
ORDEN DE NO RESUCITAR**

[UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS
DO NOT RESUSCITATE ORDER]

BIRTHDATE

NAME

CPI No.

(Use card if available)

SEX: M F

VISIT No. _____

Yo he discutido mi condición médica con mi doctor, _____.
En el evento que mi corazón y mi respiración paren, pido que ninguna persona intente resucitarme.
Esta orden es valida hasta que sea revocada por mí.

En facultad de mis sentidos, ejecuto esta orden voluntariamente y entendiendo su significado.

[I have discussed my health status with my physician. I request that in the event my heart and breathing should stop, no person shall attempt to resuscitate me. This order is effective until it is revoked by me. Being of sound mind, I voluntarily execute this order, and I understand its full import.]

(Firma del declarante)

[Declarant's signature]

(Fecha)

[Date]

(Escriba a máquina o imprima el nombre completo del declarante)

[Type or print declarant's full name]

(Fecha)

[Date]

(Firma de la persona que firmó en lugar del declarante, si se aplica)

[Signature of person who signed for declarant, if applicable]

(Fecha)

[Date]

(Escriba a máquina o imprima el nombre completo)

(Type or print full name)

(Firma del doctor)

[Physician's signature]

(Fecha)

[Date]

(Escriba a máquina o imprima el nombre completo del doctor)

[Type or print physician's full name]

**VERIFICACION DE LOS TESTIGOS
ATTESTATION OF WITNESSES**

El individuo que ha ejecutado esta orden aparenta estar en buena facultad mental, bajo ninguna coacción, fraude o influencia excesiva. Al ejecutar esta orden, el individuo ha recibido (no ha recibido) un brazalete de identificación.

[The individual who has executed this order appears to be of sound mind, and under no duress, fraud, or undue influence. Upon executing this order, the individual has (has not) received an identification bracelet.]

(Firma del testigo)

[Witness signature]

(Fecha)

[Date]

(Firma del testigo)

[Witness signature]

(Fecha)

[Date]

(Escriba a máquina o imprima el nombre del testigo)

[Type or print witness's name]

(Escriba a máquina o imprima el nombre del testigo)

[Type or print witness's name]

**ESTE FORMULARIO FUE PREPARADO Y LLEVADO ACABO DE ACUERDO A LA
LEY PARA EL PROCEDIMIENTO DE NO RESUCITAR DE MICHIGAN**

[THIS FORM WAS PREPARED PURSUANT TO, AND IN COMPLIANCE WITH,
THE MICHIGAN DO-NOT-RESUSCITATE PROCEDURE ACT]