

# Órdenes Médicas de Tratamiento para el Sustento de Vida (POLST)

Siga estas órdenes médicas hasta que las órdenes cambien. Cualquier sección incompleta implica tratamiento completo para esa sección.

Apellido del paciente:	Nombre del paciente :	Segundo nombre del paciente	Últimos 4 núm Seq So: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
------------------------	-----------------------	-----------------------------	--

Dirección: (calle / ciudad / estado / código postal):	Fecha de nacimi. : (mes/día/año) _____ / _____ / _____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
---	---	--

<b>A</b> <i>Marque una</i>	<b>RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP):</b> <i>No responde, sin pulso y sin respiración.</i>
	<input type="checkbox"/> <b>Trate de resucitar/ RCP</b> <span style="float: right;">Si el paciente no tiene paro cardiopulmonar, siga las órdenes de B y C.</span> <input type="checkbox"/> <b>No trate de resucitar/ No RCP</b>

<b>B</b> <i>Marque una</i>	<b>INTERVENCIONES MÉDICAS:</b> <i>Si el paciente tiene pulso y está respirando.</i>
	<input type="checkbox"/> <b>Solamente Medidas de Alivio.</b> Provea tratamientos para aliviar el dolor y sufrimiento mediante el uso de cualquier medicamento por cualquier vía, cambio de posición, cuidados de las heridas y otras medidas. Use oxígeno, succión y tratamiento manual para tratar la obstrucción de la vía respiratoria conforme sea necesario para el alivio. <b>El paciente prefiere no ser trasladado al hospital para tratamiento de sustento de vida. Trasládese si no se puede ofrecer alivio en la ubicación actual.</b> <b>Plan de tratamiento: Provea tratamientos para la comodidad mediante el manejo de síntomas.</b>  <input type="checkbox"/> <b>Tratamiento Limitado.</b> Además de los cuidados descritos en Solamente Medidas de Alivio, use tratamiento médico, antibióticos, fluidos intravenosos, y monitor cardíaco tal y como indicado. No intubación, intervención avanzada de la vía respiratoria o ventilación mecánica. Se podría considerar apoyo menos intrusivo (Presión positiva continua de la vía aérea (CPAP), Presión positiva de la vía aérea bi nivel (BiPAP)). <b>Traslade al hospital si está indicado. Generalmente evite la unidad de cuidados intensivos.</b> <b>Plan de Tratamiento: Suministre tratamientos médicos básicos.</b>  <input type="checkbox"/> <b>Tratamiento Completo</b> Además de los cuidados descritos en Solamente Medidas de Alivio y Tratamiento Limitado, use intubación, intervención avanzada de la vía respiratoria y ventilación mecánica tal y como indicado. <b>Traslade al hospital y/o a la unidad de cuidados intensivos si está indicado.</b> <b>Plan de Tratamiento: Todos los tratamientos, incluyendo el respirador.</b>  <b>Órdenes adicionales:</b> _____

<b>C</b> <i>Marque una</i>	<b>NUTRICIÓN ADMINISTRADA ARTIFICIALMENTE:</b> <i>Ofrezca comida por la boca cuando sea posible.</i>
	<input type="checkbox"/> Nutrición por tubo a largo plazo. <span style="float: right;"><b>Órdenes adicionales (como definir la duración de un periodo de prueba):</b></span> <input type="checkbox"/> Periodo definido de prueba para la nutrición artificial por tubo. _____ <input type="checkbox"/> No nutrición artificial por tubo. _____

<b>D</b> <i>Se debe rellenar</i>	<b>DOCUMENTACIÓN DE LA DISCUSIÓN: (REQUERIDO)</b> <i>Véase atrás para más información.</i>
	<input type="checkbox"/> Paciente (Si el paciente no está capacitado, se deberá marcar un casillero abajo) <input type="checkbox"/> Representante de Cuidados de Salud (seleccionado legalmente por la directiva anticipada o por la corte) <input type="checkbox"/> Sustituto definido por la normativa del lugar o Sustituto para un paciente con discapacidades de desarrollo o una condición de salud mental significativa (Nota: Requisitos especiales a completar- véase al dorso) Nombre del Representante/Sustituto: _____ Relación: _____

<b>E</b>	<b>FIRMA DEL PACIENTE O SUSTITUTO Y DECLINAR PARTICIPAR EN LA INSCRIPCIÓN EN OREGON POLST</b>
	Firma: <u>recomendado</u> <span style="float: right;">Este formulario se enviará al Registro POLST a no ser que el paciente lo decline; si es así, marque el casillero: <input type="checkbox"/></span>

<b>F</b> <i>Debe Escribir nombre firmar y fechar</i>	<b>ATESTACIÓN DEL MÉDICO/ DR. OSTEÓPATA / ENFERMERO / ASISTENTE MÉDICO) (REQUERIDO)</b>
	<b>Signed POLST Orders must be completed in English for ready access by EMS</b>

ENVÍE EL FORMULARIO CON EL PACIENTE CUANDO SEA TRASLADADO O DADO DE ALTA. ENTREGUE UNA COPIA DE LOS DOS LADOS AL REGISTRO SI EL PACIENTE NO DECLINÓ EN LA SECCIÓN E

**Información para el paciente nombrado en este formulario NOMBRE DEL PACIENTE:**

El formulario POLST **siempre es voluntario** y es normalmente para personas con una seria enfermedad o que están delicadas. POLST registra sus deseos para tratamiento médico en su estado de salud actual (expresa sus deseos de tratamiento si ocurriera algo esta noche). Una vez que el tratamiento médico inicial haya comenzado y los riesgos y beneficios de terapia adicional estén claros, sus deseos de tratamiento podrían cambiar. Su tratamiento médico y este formulario pueden modificarse en todo momento para expresar sus nuevos deseos. Sin embargo, ningún formulario puede tratar todas las decisiones de tratamiento médico que se tendrán que tomar. Se recomienda una Directiva Anticipada a todos los adultos competentes y le permite documentar con todo detalle sus instrucciones futuras de tratamiento médico y/o nombrar a un Representante de Cuidados de Salud para que hable por usted si usted no puede hacerlo. Considere repasar su Directiva Anticipada y entregar una copia a su profesional de cuidados médicos.

**Información de Contacto (Opcional)**

Representante de Cuidados de Salud o Sustituto:	Relación:	Número de teléfono:	Dirección:
---	-----------	---------------------	------------

**Información del Profesional de Cuidados de Salud**

Nombre del preparador del formulario:	Título del preparador:	Número de teléfono:	Fecha que se preparó:
Médico supervisor del Asistente Médico:		Número de teléfono:	
Profesional de Atención Primaria:			

**Instrucciones para Profesionales de Cuidados de Salud**

**Completar POLST**

- Completar POLST siempre es voluntario y no se puede mandar a un paciente que lo haga.
- Una orden de RCP en la Sección A es incompatible con una orden de Solamente Medidas de Alivio en la Sección B (no se aceptará en el Registro).
- Para información sobre representantes de salud legalmente seleccionados y su autoridad, refiérase a ORS 127.505-127.660.
- Debería mostrar las preferencias actuales de personas con enfermedades avanzadas o que están delicadas. Además, anímelos a que completen una Directiva Anticipada.
- Órdenes verbales /telefónicas son aceptables si sigue la firma de un Médico/Dr. Osteópata/Enfermero/Asistente medico según las normas del centro/comunidad.
- Es preferible usar el formulario original. También son legales y válidos las fotocopias, fax y formularios de registro electrónico.
- Las personas con discapacidades de desarrollo o con una condición de salud mental significativa requieren consideración adicional antes de completar el formulario POLST; dirijase a *Consejos para Profesionales de Salud* al [www.or.polst.org](http://www.or.polst.org).

**Información del Registro Oregon POLST**

<p><b>Profesionales de Cuidados de Salud:</b></p> <p>(1) Está <b>obligado</b> a enviar una copia de los <u>dos</u> lados de este formulario POLST al Registro Oregon POLST a no ser que el paciente lo decline.</p> <p>(2) Se deben completar las siguientes secciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre completo del paciente</li> <li>• Fecha de nacimiento</li> <li>• Firma del médico, Dr. o asistente</li> <li>• Fecha de la firma</li> </ul>	<p><b>Información de Contacto del Registro:</b></p> <p>Teléfono: 503-418-4083                  Fax o eFAX: 503-418-2161  <a href="http://www.orpolstregistry.org">www.orpolstregistry.org</a>  <a href="mailto:polstreg@ohsu.edu">polstreg@ohsu.edu</a></p> <p>Oregon POLST Registry                  3181 SW Sam Jackson Park Rd.                  Mail Code: CDW-EM                  Portland, Or 97239</p>	<p><b>Pacientes:</b></p> <p>Los paquetes con información del Registro enviados por correo pueden tardar hasta cuatro semanas en llegar</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p><b>PUEDA COLOCAR LA ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO AQUÍ:</b></p> </div>
---	---	---

**Actualizar POLST: Un Formulario POLST Form sólo necesita revisarse si las preferencias del paciente han cambiado.**

Este POLST debería repasarse periódicamente, incluyendo cuando:

- El paciente es trasladado de un lugar de cuidados o de un nivel de cuidados a otro (incluyendo ser dado de alta o de baja), o
- Existe un cambio sustancial en el estado de salud del paciente.

Si los deseos del paciente no han cambiado, el Formulario POLST no se necesita revisar, actualizar, reescribir ni reenviar al Registro.

**Invalidar POLST: Se debe enviar una copia del POLST invalidado al Registro, a no ser que el paciente optó por no participar.**

- Una persona capacitada o el sustituto válido de una discapacitada puede invalidar el formulario y requerir tratamiento alternativo.
- Cruce con una línea desde la Sección A hasta la E y escriba "INVALIDAR" con letras grandes si se reemplaza o invalida el POLST.
- Envíe una copia del formulario invalidado al Registro POLST (**requerido**, a no ser que el paciente haya declinado participar).
- Si está incluido en un archivo médico electrónico, siga los procedimientos de invalidación del centro o comunidad.

Para permiso para usar el formulario bajo copyright, póngase en contacto con OHSU Center for Ethics in Health Care a [polst@ohsu.edu](mailto:polst@ohsu.edu) o (503) 494-3965. Información del Programa POLST Oregon está disponible en la red en [www.or.polst.org](http://www.or.polst.org) o al [polst@ohsu.edu](mailto:polst@ohsu.edu)

**ENVÍE EL FORMULARIO CON EL PACIENTE CUANDO SEA TRASLADADO O DADO DE BAJA, ENTREGUE UNA COPIA AL REGISTRO**