



EMSA #111 B
(En vigor 10/1/2014)*

Órdenes del médico de tratamiento para el mantenimiento de la vida (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)

Primero siga estas órdenes y después póngase en contacto con el médico. Una copia firmada de las POLST es una orden médica legalmente válida. Cualquier sección que no esté llenada implica tratamiento completo para esa sección. **Las POLST son un complemento a una directiva anticipada y no tienen el objetivo de reemplazar ese documento.**

Apellido del paciente:	Fecha de preparación del formulario:
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Segundo nombre del paciente:	Nº de registro médico: (opcional)

A

Resucitación cardiopulmonar (RCP):

Si el paciente no tiene pulso y no está respirando.

Si el paciente NO está sufriendo un paro cardiopulmonar, seguir las órdenes en las secciones B y C.

Marque uno

- Intentar resucitación/RCP (Si selecciona RCP en la sección A **tiene que** seleccionar Tratamiento completo en la sección B)
- No intentar resucitación/DNR (permitir la muerte natural)

B

Intervenciones médicas:

Si el paciente se encuentra con pulso y/o está respirando.

Marque uno

- Tratamiento completo** – el objetivo primario es prolongar la vida por cualquier medida que sea eficaz desde el punto de vista médico. Además del tratamiento descrito en Tratamiento selectivo y Tratamiento enfocado en la comodidad, usar entubación, intervenciones avanzadas en las vías respiratorias, ventilación mecánica y cardioversión según sea indicado.
- Tratamiento completo durante un período de prueba.**
- Tratamiento selectivo** – el objetivo es tratar los problemas médicos y evitar las medidas onerosas. Además del tratamiento descrito en Tratamiento enfocado en la comodidad, usar tratamiento médico, antibióticos intravenosos y fluidos intravenosos según sea indicado. No entubar. Se puede usar presión positiva no invasora en las vías respiratorias. Evitar en general los cuidados intensivos.
- Solicitar el traslado al hospital solo** si no se pueden suplir las necesidades de comodidad en la ubicación actual.
- Tratamiento enfocado en la comodidad** – el objetivo primario es maximizar la comodidad. Aliviar el dolor y el sufrimiento con medicación por cualquier medio necesario; usar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias. No usar los tratamientos indicados en Tratamiento completo y Tratamiento selectivo a menos que sean consecuentes con el objetivo de comodidad. **Solicitar el traslado al hospital solo si no se pueden suplir las necesidades de comodidad en la ubicación actual.**

Órdenes adicionales: _____

C

Nutrición administrada artificialmente:

Ofrecer alimentos por boca, si es posible y deseado.

Marque uno

- Administrar nutrición artificial a largo plazo, incluyendo la alimentación por tubo. Órdenes adicionales: _____
- Período de prueba de nutrición artificial, incluyendo la alimentación por tubo. _____
- No administrar nutrición por medios artificiales, incluyendo la alimentación por tubo. _____

D

Información y firmas:

Hablado con: Paciente (paciente tiene capacidad de hacerlo) Encargado de tomar decisiones reconocido legalmente

- Directiva anticipada con fecha _____, disponible y revisada → Agente para la atención de la salud, si fue nombrado en la directiva anticipada:
- Directiva anticipada no está disponible Nombre: _____
- No hay una directiva anticipada Teléfono: _____

Firma del Médico

Mi firma a continuación indica que a mi mejor saber y entender estas órdenes son consecuentes con el estado médico y las preferencias del paciente.

Nombre del médico en letra de molde:	Nº de teléfono del médico:	Nº de licencia profesional del médico:
Firma del médico: (requerida)	Fecha:	

Firma del paciente o encargado de tomar decisiones reconocido legalmente

Sé que este formulario es voluntario. Al firmar este formulario, el encargado de tomar decisiones reconocido legalmente reconoce que este pedido relativo a medidas de resucitación es consecuente con los deseos conocidos y el mejor interés del paciente que es objeto del formulario.

Nombre en letra de molde:	Relación: (escribir Sí mismo si es el paciente)
Firma: (requerida)	Fecha:
Dirección postal (calle/ciudad/estado/código postal):	Número de teléfono:
Office Use Only: / Solo para uso de la oficina:	

Enviar el formulario con el paciente cuando sea trasladado o dado de alta



EMSA #111 B
(En vigor 10/1/2014)*

Órdenes del médico de tratamiento para el mantenimiento de la vida (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)

Primero siga estas órdenes y después póngase en contacto con el médico. Una copia firmada de las POLST es una orden médica legalmente válida. Cualquier sección que no esté llenada implica tratamiento completo para esa sección. **Las POLST son un complemento a una directiva anticipada y no tienen el objetivo de reemplazar ese documento.**

Apellido del paciente:	Fecha de preparación del formulario:
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Segundo nombre del paciente:	Nº de registro médico: (opcional)

A **Resucitación cardiopulmonar (RCP):** *Si el paciente no tiene pulso y no está respirando. Si el paciente NO está sufriendo un paro cardiopulmonar, seguir las órdenes en las secciones B y C.*

Marque uno

Intentar resucitación/RCP (Si selecciona RCP en la sección A **tiene que** seleccionar Tratamiento completo en la sección B)

No intentar resucitación/DNR (permitir la muerte natural)

B **Intervenciones médicas:** *Si el paciente se encuentra con pulso y/o está respirando.*

Marque uno

Tratamiento completo – el objetivo primario es prolongar la vida por cualquier medida que sea eficaz desde el punto de vista médico. Además del tratamiento descrito en Tratamiento selectivo y Tratamiento enfocado en la comodidad, usar entubación, intervenciones avanzadas en las vías respiratorias, ventilación mecánica y cardioversión según sea indicado.

Tratamiento selectivo – el objetivo es tratar los problemas médicos y evitar las medidas onerosas. Además del tratamiento descrito en Tratamiento enfocado en la comodidad, usar tratamiento médico, antibióticos intravenosos y fluidos intravenosos según sea indicado. No entubar. Se puede usar presión positiva no invasora en las vías respiratorias. Evitar en general los cuidados intensivos.

Solicitar el traslado al hospital solo si no se pueden suplir las necesidades de comodidad en la ubicación actual.

Tratamiento enfocado en la comodidad – el objetivo primario es maximizar la comodidad. Aliviar el dolor y el sufrimiento con medicación por cualquier medio necesario; usar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias. No usar los tratamientos indicados en Tratamiento completo y Tratamiento selectivo a menos que sean consecuentes con el objetivo de comodidad. **Solicitar el traslado al hospital solo si no se pueden suplir las necesidades de comodidad en la ubicación actual.**

Órdenes adicionales: _____

C **Nutrición administrada artificialmente:** *Ofrecer alimentos por boca, si es posible y deseado.*

Marque uno

Administrar nutrición artificial a largo plazo, incluyendo la alimentación por tubo. Órdenes adicionales: _____

Período de prueba de nutrición artificial, incluyendo la alimentación por tubo. _____

No administrar nutrición por medios artificiales, incluyendo la alimentación por tubo. _____

D **Información y firmas:**

Hablado con: Paciente (paciente tiene capacidad de hacerlo) Encargado de tomar decisiones reconocido legalmente

Directiva anticipada con fecha _____, disponible y revisada → Agente para la atención de la salud, si fue nombrado en la directiva anticipada:

Directiva anticipada no está disponible Nombre: _____

No hay una directiva anticipada Teléfono: _____

Firma del Médico
Mi firma a continuación indica que a mi mejor saber y entender estas órdenes son consecuentes con el estado médico y las preferencias del paciente.

Nombre del médico en letra de molde:	Nº de teléfono del médico:	Nº de licencia profesional del médico:
Firma del médico: (requerida)	Fecha:	

Firma del paciente o encargado de tomar decisiones reconocido legalmente
Sé que este formulario es voluntario. Al firmar este formulario, el encargado de tomar decisiones reconocido legalmente reconoce que este pedido relativo a medidas de resucitación es consecuente con los deseos conocidos y el mejor interés del paciente que es objeto del formulario.

Nombre en letra de molde:	Relación: (escribir Sí mismo si es el paciente)	
Firma: (requerida)	Fecha:	
Dirección postal (calle/ciudad/estado/código postal):	Número de teléfono:	Office Use Only: / Solo para uso de la oficina:

Enviar el formulario con el paciente cuando sea trasladado o dado de alta