

Formulario POLST Nacional: Una Orden Médica Portable

Los proveedores de atención médica deben llenar este formulario sólo después de una conversación con su paciente o el(la) representante del (de la) paciente. El proceso de toma de decisiones de POLST es para los pacientes que corren el riesgo de sufrir un evento clínico que ponga en peligro su vida porque tienen una condición médica grave que limita su vida, que puede incluir la fragilidad avanzada (www.polst.org/guidance-appropriate-patients-pdf).

Información del (de la) paciente.

Tener un formulario POLST es siempre voluntario.

Ésta es una orden médica, no una directiva anticipada. Para obtener información sobre POLST y entender este documento, visite: www.polst.org/form

Primer nombre del (de la) paciente: _____
 Segundo nombre/Inicial: _____ Nombre preferido: _____
 Apellido: _____ Sufijo (Jr., Sr., etc.): _____
 F. de Nac. (dd/mm/aaaa): _____ / _____ / _____ Estado en el que se llenó el formulario: Arizona
 Género: M F X Últimos 4 dígitos del No. de Seguro Social (opcional): xxx-xx-_____

A. Órdenes de reanimación cardiopulmonar. Siga estas órdenes si el paciente no tiene pulso y no respira.

Elija 1	<input type="checkbox"/> Sí RCP: Intentar la reanimación, incluyendo la ventilación mecánica, desfibrilación y cardioversión. (Requiere seleccionar Tratamientos Completos en la Sección B)	<input type="checkbox"/> NO RCP: No intentar la reanimación. (Puede seleccionar cualquier opción de la Sección B)
---------	---	---

B. Órdenes de tratamiento inicial. Siga estas órdenes si el paciente tiene pulso y/o respira.

Reevalúe y hable de las intervenciones con el(la) paciente o el(la) representante del(a) paciente regularmente para asegurarse de que los tratamientos están cumpliendo con los objetivos de atención del(a) paciente. Considere un ensayo temporal de las intervenciones basado en los objetivos y los resultados específicos.

Elija 1	<input type="checkbox"/> Tratamientos completos (requeridos si elige RCP en la sección A). <u>Objetivo: Intentar mantener la vida por todos los medios médicaamente efectivos.</u> Proporcionar los tratamientos médicos y quirúrgicos apropiados para intentar prolongar la vida, incluyendo los cuidados intensivos. <input type="checkbox"/> Tratamientos selectivos. <u>Objetivo: intentar restaurar la función evitando los cuidados intensivos y los esfuerzos de reanimación (ventilador, desfibrilación y cardioversión).</u> Puede utilizarse presión positiva no invasiva en las vías respiratorias, antibióticos y fluidos intravenosos según se indique. Evitar los cuidados intensivos. Trasladar al hospital si las necesidades de tratamiento no pueden satisfacerse en la ubicación actual. <input type="checkbox"/> Tratamientos centrados en la comodidad. <u>Objetivo: Maximizar la comodidad mediante el manejo de los síntomas; permitir la muerte natural.</u> Utilizar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para la comodidad. Evitar los tratamientos enumerados en Tratamientos Completos o Selectivos, a menos que sean consistentes con el objetivo de la comodidad. Trasladar al hospital sólo si no se puede lograr la comodidad en el entorno actual.
---------	--

C. Órdenes o instrucciones adicionales. Estas órdenes son adicionales a las anteriores (por ejemplo, hemoderivados, diálisis). [Los protocolos de Servicios Médicos de Emergencia pueden limitar la capacidad de actuación del personal en las órdenes de esta sección].

D. Nutrición asistida médica (Ofrezca alimentos por vía oral si el(la) paciente lo desea, si es seguro y lo tolera)

Elija 1	<input type="checkbox"/> Proporcionar alimentación a través de sondas quirúrgicas nuevas o existentes <input type="checkbox"/> Periodo de prueba para la nutrición artificial, pero sin sondas quirúrgicas	<input type="checkbox"/> No se desean medios artificiales de nutrición <input type="checkbox"/> Se habló, pero no se decidió nada (se proporcionó el estándar de atención)
---------	---	---

E. FIRMA: Paciente o representante del(a) paciente (los documentos firmados electrónicamente son válidos)

Entiendo que este formulario es voluntario. He hablado de mis opciones de tratamiento y objetivos de atención con mi proveedor. Si firmo como representante del(a) paciente, los tratamientos son consistentes con los deseos conocidos del(a) paciente y en su mejor interés.

(requerida)		El formulario POLST válido y llenado más recientemente sustituye a todos los formularios POLST llenados anteriormente.
Si no es el paciente, escriba el nombre completo:		Autoridad:

F. FIRMA: Proveedor de atención médica (los documentos firmados electrónicamente son válidos) Las órdenes verbales son aceptables con firma de seguimiento.

He hablado de esta orden con el(la) paciente o su representante. Las órdenes reflejan los deseos conocidos del (de la) paciente, a mi saber y entender.

[Nota: Sólo los proveedores de atención médica autorizados por la ley para firmar el formulario POLST en el estado donde se llenó pueden firmar esta orden]

(requerida)	Fecha (dd/mm/aaaa): Requerida / /	No. de Teléfono: ()
Nombre completo:	No. de Licencia/Cert.:	
Firma del médico que supervisa:	<input checked="" type="checkbox"/> N/A	No. de Licencia:

Nombre completo del(a) paciente:

Información de contacto (Opcional, pero de gran ayuda)

Contacto de emergencia del (de la) paciente. (Nota: Anotar a una persona aquí no le otorga autoridad para ser un(a) representante legal. Sólo una directiva anticipada o la ley estatal pueden otorgar esa autoridad).

Nombre completo:	<input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Otro contacto de emergencia	No. Teléf: Día: () Noche: ()
------------------	--	--

Nombre del médico de cabecera:

Teléfono:

()

Nombre de la agencia

 Paciente está en un hospicio

Teléfono de la agencia: ()

Información sobre el llenado del formulario (Opcional, pero de gran ayuda)

Se revisó la directiva anticipada del (de la) paciente para confirmar que no hubiera conflicto con órdenes

POLST:

(Un formulario POLST no sustituye a una directiva anticipada o a un testamento vital)

 Sí; fecha en el documento revisado: _____ Si existe un conflicto, se notifica al(a) paciente (si el(la) paciente carece de capacidad, se anota en el historial) Directiva anticipada no está disponible Directiva anticipada no existe

Se verifica a todos los que
participaron en la conversación:

 Paciente con capacidad para tomar decisiones Tutor designado por el tribunal Padre o madre del (de la)
menor Suplente legal / Apoderado médico Otro: _____

Profesional que asiste al proveedor de atención médica con el llenado del
formulario (si aplica): Nombre completo:

Fecha (dd/mm/aaaa):

/ /

No. Teléfono:

()

Esta persona ¿qué es del (de la) paciente?
 Trabajador social Enfermera Clero Otro: _____

Información e instrucciones del formulario

• **Llenado de un formulario POLST:**

- El proveedor debe documentar las bases para este formulario en las notas del historial médico del (de la) paciente.
- El(la) representante del (de la) paciente es determinado(a) por la ley estatal aplicable y, de acuerdo con la ley estatal, puede ser capaz de suscribir o anular este formulario POLST sólo si el(la) paciente carece de capacidad para tomar decisiones.
- Sólo pueden firmar este formulario los proveedores de atención médica autorizados para firmar los formularios POLST en su estado o en el D.C. Consulte www.polst.org/state-signature-requirements-pdf para saber quién está autorizado en cada estado y en el D.C.
- El original (si está disponible) se entrega al paciente; el proveedor guarda una copia en el historial médico.
- Los últimos 4 dígitos del SSN son opcionales, pero pueden ayudar a identificar / relacionar a un paciente con su formulario.
- Si se utiliza un formulario POLST traducido durante la conversación, adjunte la traducción al formulario en inglés firmado.

• **Uso de un formulario POLST:**

- Cualquier sección incompleta en el POLST no crea ninguna suposición sobre las preferencias de tratamiento del (de la) paciente. Proporcione el estándar de atención.
- No se debe usar desfibrilador (incluyendo desfibriladores externos automáticos) ni compresiones torácicas si se elige " No RCP ".
- Para todas las opciones, use el medicamento por cualquier vía adecuada, el posicionamiento, el cuidado de las heridas y otras medidas para aliviar el dolor y el sufrimiento.

• **Revisión de un formulario POLST: Este formulario no caduca, pero debe ser revisado siempre que el(la) paciente:**

- (1) sea trasladado(a) de un entorno o nivel de atención a otro;
- (2) tenga un cambio sustancial en su estado de salud;
- (3) cambie de médico de cabecera; o
- (4) cambie sus preferencias de tratamiento o sus objetivos de atención.

• **Modificación de un formulario POLST:** Este formulario no se puede modificar. Si se necesitan cambios, anule el formulario y llene un nuevo formulario POLST.• **Anulación de un formulario POLST:**

- **Si un(a) paciente o su representante (en el caso de pacientes sin capacidad) quiere anular el formulario:** destruya el formulario en papel y póngase en contacto con el proveedor de atención médica del(a) paciente para anular las órdenes en el historial médico del(a) paciente (y en el registro POLST, si aplica). La ley estatal puede limitar la autoridad del representante del paciente para anular.
- **Para los proveedores de atención médica:** destruya la copia del(a) paciente (si es posible), anote en el historial del(a) paciente que el formulario está anulado y notifique a los registros (si aplica).

• **Formularios adicionales.** Pueden obtenerse entrando en www.polst.org/form

Según lo permita la ley, este formulario puede agregarse a un registro electrónico seguro para que los proveedores de atención puedan hallarlo.

Información de contacto en Arizona:

Arizona Hospital & Healthcare Association – líder estatal AzPOLST.org

602-445-4300

Para códigos de barras/etiqueta de identificación