LADO 1: Órdenes Médicas

This form is for translation purposes only. It is not a medical order. It is not a valid Nevada POLST.

		estas instrucciones, luego contacte al		ore/segurido fioribre o inicial		
médico / A	PRN (Enfermera Practicant	e) / PA (Asistente médico). Cualquier	Fecha de nacimie (mes/día/año)		Género	
sección no	completada implica un trat	tamiento completo para esa sección.	/ /		M F	
Α	RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP): El paciente / residente no tiene pulso y no respira					
	☐ Intento de resucitad	ión cardiopulmonar (RCP)				
Escoger	ger					
uno						
	INTERVENCIONES MÉDICAS – Marque sólo uno – El paciente/residente tiene pulso o está respirando.					
B Escoger uno						
	☐ Tratamiento completo. Objetivo - prolongar la vida por todos los medios médicos posibles. Se proporcionarán medidas de apoyo de vida completa, incluyendo la intubación, la ventilación mecánica y la intervención avanzada de las vías respiratorias, además del tratamiento descrito en el tratamiento de enfoque selectivo y el tratamiento selectivo. Traslado al hospital / admisión a la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) como se indica. Otras instrucciones:					
	☐ Tratamiento selectivo. Objetivo - tratar las condiciones médicas como se indica a continuación: Además del tratamiento centrado en la comodidad, usar tratamiento médico / antibióticos IV / fluidos intravenosos IV / monitor cardíaco como se indica. No habrá intubación, intervenciones avanzadas de vía aérea o ventilación mecánica. Puede usarse presión positiva no invasiva en las vías respiratorias. Traslado hospitalario como se indica. Generalmente, se evitará la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). Otras instrucciones:					
	☐ Tratamiento enfoque en la comodidad. Objetivo - Maximizar la comodidad con el manejo de los sistemas Aliviar el dolor y el sufrimiento con medicamentos de cualquier forma que sea necesario; puede usarse oxígeno o succión y el tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para la comodidad. Enviar al hospital solamente si las necesidades de comodidad no se pueden suplir en el entorno actual. Otras instrucciones:					
С	ADMINISTRACIÓN ARTIFICIAL DE NUTRICIÓN Y LÍQUIDOS - ofrezca alimentos y líquidos por la boca cuando sea posible y si el paciente lo desea					
	☐ Alimentación artificial a largo plazo o por tubo alimenticio o sonda					
	☐ Prueba de fluidos intravenosos IV, no más de					
	☐ Prueba de nutrición artificial / o por tubo alimenticio, no más de					
	□ No nutrición artificial ni por tubo alimenticio					
	□ No usar fluidos intravenosos IV					
	Otras instrucciones:					
D	DETERMINACIÓN DE CAPACIDAD DE DECISIÓN — Completación requerida por el proveedor de salud (MD, APRN o PA)					
Requerido	Al momento de completar esta orden médica, el paciente:					
	☐ Tiene capacidad de decisión ☐ No tiene capacidad de decisión					
	Para entender y comunicar sus preferencias de atención médica para las opciones de este formulario médico.					
E Los artículos destacados en negro son obligatorios	VALIDACIÓN DE FIRMAS (Obligatorio) — Directiva anticipada e información sustituta en página 2					
	Fecha (Obligatorio)	Firma del médico/APRN/PA (Obliga	-	de licencia del médico /APRN		
	xxxxxxxxxxxxxxx	*****************	(Obligator	io) xxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxx	xxxxxxxxxxxxx	
	Nombre del médico /APRN/ (por escrito, obligatorio) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx					
	Paciente / Agente (Poder duradero del Abogado para el cuidado de salud — PDDA-CDS) / Padre del menor / Tutor legal (marque uno)					
	He conversado sobre este formulario, las opciones de tratamiento y las implicaciones para mantenerme con vida con					
	mi/el proveedor de salud del paciente. Este formulario refleja mis deseos/los deseos más conocidos del paciente.					
	Firma xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx					
	O si el paciente carece de capacidad y no tiene un agente conocido (Poder duradero del Abogado para el cuidado de salud – PDDA-CDS) o tutor legal, complete lo siguiente:					
	Autorización de Sustitución de atención medica. También se requiere completar la parte 2, №1.C.					
	Firma_xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx					
	Enviar	el original con el paciente cuano	lo sea dado de a	lta o transferido		

NEVADA POLST (Orden del proveedor para el tratamiento de mantención de la vida) Nombre del paciente: Fecha de nacimiento: **LADO 2: Información Adicional** 1. Representante/Información Sustituta — A continuación puede haber más información sobre las preferencias del paciente: A. Voluntad Anticipada (VA): Testamento Vital, Declaración Jurada, Poder duradero del Abogado para el cuidado de salud (PDDA-CDS) □ NO □ SI AD completa con Testamento vital en registro de datos: 🔘 NO 🔘 SI - Número de Registro, si lo sabe:_ Otra ubicación de VA: Poder duradero del Abogado para el cuidado de salud (PDDA-CDS) — Esta información debe tomarse directamente de la PDDA - CDS válido, no sólo verbalmente: Primer Agente designado: Teléfono: Segundo Agente designado: _ Teléfono: _ **B. Tutor legal designado por la corte \(\sigma\)** NO **\(\sigma\)** SI Nombre: Teléfono: C. Substituto del cuidado de la salud: Nombre (por escrito):_ Relación: Teléfono: **2. PREPARADOR:** Escribir el nombre: Titulo/Cargo(MSW, RN, etc.) 3. REGISTRO: El médico o proveedor escribirá sus iniciales en el casillero de la derecha para verificar que el paciente ha recibido la información sobre enviar el formulario POLST completo y firmado a Nevada Lockbox en: www.nevadalockbox.nv.gov 4. DONANTE DE ÓRGANOS ☐ He declarado en mi licencia de conducir o en mi tarjeta de identidad del estado que soy un donante de órganos Términos de uso • El POLST SIEMPRE ES VOLUNTARIO y no puede imponerse al paciente. El POLST ha sido creado para quienes estén gravemente enfermos o débiles, y para quienes un profesional del cuidado de la salud no se sorprendería si el paciente falleciera dentro de un año; a los demás se les debería ofrecer Voluntad Anticipada (AD) con la designación PDDA-CDS. Esta orden médica debe respetarse en todas las instancias del cuidado de la salud. Las órdenes de pacientes internados deberían reflejar las ordenes POLST. Las órdenes POLST deberán seguirse hasta que sean reemplazadas por otras órdenes. En caso de que un paciente tenga tanto la identificación No Resucitar (NR) como la POLST, se deberá seguir la más reciente. Se aceptan como válidas las versiones fotocopiadas, faxeadas o de tipo electrónico, siempre y cuando tengan las firmas requeridas según la Sección E. Cuando no se pueda lograr la comunidad en el entorno presente, el paciente deberá ser transferido a un entorno que le provea dicha comodidad. Cómo completar un POLST Si un paciente no posee capacidad de decisión, su representante legal (PDDA-CDS, tutor legal o padre de un menor) puede completar un POLST. Si el paciente no tiene representante legal y carece de capacidad de decisión, entonces un substituto puede completar un POLST en lugar del paciente. Son substitutos (en este orden), el esposo(a), la mayoría de los hijos(as), adultos(as), cualquier o ambos padres, la mayoría de los hermanos(as) adultos, el adulto familiar de sangre más cercano al paciente, ya sea biológico o por adopción y que este razonablemente disponible, o "un adulto que haya demostrado cuidado especial por el bienestar del paciente, quien esté familiarizado con los valores del paciente, que esté dispuesto y sea capaz de tomar decisiones del cuidado de la salud del paciente." Un POLST no reemplaza a una declaración de Voluntad Anticipada. Una Voluntad Anticipada (VA) puede designar a alguien que tome decisiones (PDDA-CDS) en el caso de que el paciente se vuelva discapacitado, en cuyo caso se sugiere que se completen documentos adicionales sobre las preferencias de tratamientos. Siempre revise si hay inconsistencias entre los documentos del término de la vida y realice las correcciones respectivas. La completación de un POLST debería realizarse después de una conversación sobre los objetivos del paciente, sus valores, y como las preferencias de tratamiento impactarán tanto su duración de vida como su calidad de vida. Cualquier sección incompleta no crea una suposición sobre las preferencias de tratamiento del paciente en esa sección. Los pacientes dados de alta deberían poner el POLST cerca de su cama o en la puerta del refrigerador en donde los paramédicos han sido entrenados para buscar la información. **Revisión del POLST** - Este POLST debe revisarse periódicamente, si: El paciente es transferido de un entorno de cuidado a otro nivel, o si Hay un cambio importante en el estatus de salud del paciente, o si Las preferencias de tratamiento del paciente han cambiado. **Revocando el POLST** Si el paciente posee la capacidad de tomar decisiones, sólo el paciente puede revocar un POLST Si el paciente no posee la capacidad de tomar decisiones, el representante legal del paciente puede revocar un POLST, o el substituto del paciente puede revocar el POLST solamente cuando el POLST haya sido completado por él mismo(a) substituto

del paciente (refiérase a cómo completar un POLST, en este mismo documento).

nbre del paciente:	Fecha de nacimiento: