

ÓRDENES DEL MÉDICO PARA EL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (POLST, SIGLAS EN INGLÉS) DE NEW JERSEY

Siga estas órdenes, luego comuníquese con el médico/enfermera practicante especializada (APN, siglas en inglés). Esta Hoja de Orden Médica está basada en la condición médica actual de la persona mencionada abajo y sus deseos expresados verbalmente o en una directiva anticipada por escrito. Cualquier sección no completada significa que debe darse tratamiento completo para esa sección. Toda persona será tratada con dignidad y respeto.

NOMBRE DE LA PERSONA (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)

FECHA DE NACIMIENTO

A	OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN <i>(Ver el reverso para obtener instrucciones. Esta sección no constituye una orden médica.)</i>	
B	INTERVENCIONES MÉDICAS: <i>La persona está respirando y/o tiene pulso</i> <input type="checkbox"/> Tratamiento completo. Usar todas las intervenciones médico-quirúrgicas apropiadas indicadas para soporte vital. Si está en una instalación de enfermería, trasladar a un hospital si está indicado. Ver la sección D para estado de reanimación. <input type="checkbox"/> Tratamiento limitado. Usar tratamiento médico apropiado tal como antibióticos y líquidos intravenosos según estén indicados. Puede usar presión de las vías respiratorias positiva no invasiva. Generalmente evite los cuidados intensivos. <input type="checkbox"/> Trasladar a un hospital para intervenciones médicas. <input type="checkbox"/> Trasladar a un hospital únicamente si las necesidades de bienestar no pueden satisfacerse en la ubicación actual. <input type="checkbox"/> Sólo tratamiento del síntoma. Usar tratamiento de bienestar agresivo para aliviar el dolor y el sufrimiento usando cualquier medicamento por cualquier vía, posición, tratamiento de heridas y otras medidas. Usar oxígeno, succión y tratamiento manual de obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para el bienestar. Usar antibióticos solo para proporcionar bienestar. Trasladar únicamente si las necesidades de bienestar no pueden satisfacerse en la ubicación actual. Órdenes adicionales: _____	
C	LÍQUIDOS Y NUTRICIÓN ADMINISTRADOS ARTIFICIALMENTE: <i>Siempre ofrezca alimentos/líquidos por vía oral si es posible y se desean.</i> <input type="checkbox"/> Sin nutrición artificial. <input type="checkbox"/> Período de prueba de nutrición artificial definido. <input type="checkbox"/> Nutrición artificial a largo plazo.	
D	REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR, siglas en inglés) <i>La persona no tiene pulso y/o no está respirando</i> <input type="checkbox"/> Intentar la reanimación/CPR <input type="checkbox"/> No intentar la reanimación/(DNAR siglas en inglés) Permitir la <u>m</u> uerte <u>n</u> atural	CONTROL DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS <i>La persona tiene dificultad respiratoria pero tiene pulso</i> <input type="checkbox"/> Intubar/usar respiración artificial según sea necesario <input type="checkbox"/> No intubar - Usar O ₂ , tratamiento manual para aliviar la obstrucción de las vías respiratorias, medicamentos para bienestar <input type="checkbox"/> Orden adicional (por ejemplo, período de prueba definido de respiración artificial) _____
E	Si pierdo mi capacidad de tomar decisiones, autorizo a mi representante para tomar decisiones, que se menciona abajo, para modificar o revocar las órdenes POLST de NJ en consulta con mi médico/APN de acuerdo con mis metas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Representante de atención médica identificado en una directiva anticipada <input type="checkbox"/> Otro representante para tomar decisiones	
	Nombre del representante en letra de imprenta (dirección al reverso) Número telefónico	
F	FIRMAS: <i>He discutido esta información con mi médico/APN.</i> Nombre en letra de imprenta _____ Firma _____ <input type="checkbox"/> Persona nombrada arriba <input type="checkbox"/> Representante de atención médica/Tutor legal <input type="checkbox"/> Cónyuge/Compañero en unión civil <input type="checkbox"/> Padre del menor <input type="checkbox"/> Otro representante	¿Ha hecho una donación anatómica la persona mencionada anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <i>Estas órdenes son congruentes con la condición médica de la persona, preferencias conocidas y la información mejor conocida.</i> Nombre del médico/APN+ en LETRA DE IMPRENTA Número telefónico Firma del médico/APN (obligatoria) Fecha/Hora Número de licencia profesional

HIPAA PERMITE LA DIVULGACIÓN DE LAS POLST A OTROS PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN SEA NECESARIO

NOMBRE DE LA PERSONA EN LETRA DE IMPRENTA (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN DE LA PERSONA EN LETRA DE IMPRENTA

INFORMACIÓN DE CONTACTO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE QUE TOMA DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA EN LETRA DE IMPRENTA

DIRECCIÓN

NÚMERO TELEFÓNICO

INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA

CÓMO COMPLETAR LAS POLST

- Deben ser completadas por un médico o enfermera practicante especializada.
- Se recomienda enfáticamente usar el formulario original. Fotocopias y faxes de los formularios de las POLST firmados pueden usarse.
- Cualquier sección no completada del formulario de las POLST significa que debe darse tratamiento completo para esa sección.

CÓMO REVISAR LAS POLST

Las órdenes POLST son órdenes reales que se transfieren con la persona y son válidas en todos los entornos en New Jersey. Se recomienda que las órdenes POLST se revisen periódicamente, especialmente cuando:

- La persona se traslade de un entorno de atención médica o nivel de atención a otro, o
- Hay un cambio sustancial en el estado de salud de la persona, o
- Las preferencias de tratamiento de la persona cambian.

CÓMO MODIFICAR Y ANULAR LAS POLST - *Un individuo con capacidad para tomar decisiones puede siempre modificar/anular las órdenes polst en cualquier momento.*

- Un representante, si está designado en la Sección E en la parte frontal de este formulario, puede en cualquier momento anular el formulario para las POLST, cambiar de idea acerca de las preferencias de tratamiento o ejecutar un nuevo documento de POLST basado en los deseos conocidos de la persona, o en otro documento como una directiva anticipada.
- Un representante puede solicitar modificar las órdenes basándose en los deseos conocidos de la persona, o si no se conocen, en lo mejor para esa persona.
- Para anular las POLST, trace una línea por todas las secciones y escriba "VOID" (NULO) en letras grandes y mayúsculas. Firme y feche esta línea.

SECCIÓN A

¿Cuáles son los objetivos específicos que tratamos de alcanzar con este plan de atención médica? Esto puede determinarse haciendo una pregunta sencilla: ¿Cuáles son sus expectativas para el futuro? Los ejemplos incluyen pero no están limitados a:

- Longevidad, cura, remisión
- Mejor calidad de vida
- Vivir lo suficiente para asistir a un evento familiar (boda, cumpleaños, graduación)
- Vivir sin dolor, náuseas, dificultad para respirar
- Comer, manejar, cuidar del jardín, disfrutar a los nietos

Se insta a los proveedores médicos a que compartan información referente al pronóstico para que la persona establezca objetivos realistas.

SECCIÓN B

- Cuando se selecciona "tratamiento limitado", indique también si la persona prefiere o no ser trasladada a un hospital para recibir atención médica adicional.
- Los medicamentos intravenosos para aumentar el bienestar pueden ser apropiados para una persona que ha seleccionado "sólo tratamiento del síntoma."
- La presión de las vías respiratorias positiva no invasiva incluye la presión de las vías respiratorias positiva continua (CPAP, siglas en inglés), o la presión de las vías respiratorias positiva de dos niveles (BiPAP, siglas en inglés).
- Las medidas de bienestar siempre se proporcionarán.

SECCIÓN C

Siempre deberán ofrecerse los líquidos y la nutrición oral si es posible desde el punto de vista médico, y si cumplen con los objetivos de atención determinados por la persona o representante. La administración de nutrición e hidratación ya sea oral o por medio invasivo deberá ser dentro del contexto de los deseos, religión y creencias culturales de la persona.

SECCIÓN D

Haga una selección de las preferencias de la persona con respecto a CPR y una selección por separado con respecto al control de las vías respiratorias. Podría considerarse un período de prueba definido de respiración artificial, por ejemplo, si se necesita más tiempo para evaluar la situación clínica actual, o si la necesidad esperada sería a corto plazo y podría proporcionar algún beneficio paliativo.

SECCIÓN E

Esta sección aplica en situaciones donde la persona tiene capacidad para tomar decisiones cuando se completa el formulario de POLST. El representante puede solo anular o modificar un formulario de POLST existente, o ejecutar uno nuevo, si es nombrado por la persona en esta sección.

SECCIÓN F

Para que el formulario de POLST sea válido debe ser firmado por un profesional médico, es decir un médico o APN. Las órdenes verbales son aceptables cuando el seguimiento por escrito es firmado por el médico/APN de acuerdo con las normas de la institución/comunidad. Las órdenes POLST deben ser firmadas por la persona/representante. Indique en la línea de firma si la persona/representante no puede firmar, se niega a firmar, o se da un consentimiento verbal. Recuerde a la persona/representante que una vez completado y firmado, este formulario de las POLST anulará cualquier documento de POLST previo.

ENVÍE EL FORMULARIO ORIGINAL CON LA PERSONA SIEMPRE QUE SEA TRASLADADA