

National POLST Form: A Portable Medical Order

Los proveedores de atención médica deben completar este formulario solo después de una conversación con su paciente o con el representante del mismo. Las decisiones de POLST es para pacientes que están en riesgo de un evento clínico potencialmente mortal porque tienen una afección médica grave que limita la vida, que puede incluir fragilidad avanzada (www.polst.org/guidance-appropriate-patients-pdf)

Información del Paciente.

Tener un formulario POLST es voluntario.

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

Primer Nombre del Paciente: _____
 Segundo Nombre/Inicial: _____ Nombre Preferido: _____
 Apellido: _____ Sufijo: _____
 Fecha Nac (mm/dd/aaaa) ____ / ____ / ____ State where form was completed: Arizona
 Género: ☐ H ☐ M ☐ X Últimos 4 dígitos del número 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: Intento de reanimación, incluida la ventilación mecánica, desfibrilación y cardioversión. (Requiere elegir tratamientos completos en Sección B)	<input type="checkbox"/> NO RCP: no intente reanimación. (Puede elegir cualquier opción en la Sección B)
---------	---	---

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

Reevalúe y discuta las intervenciones con el paciente o el representante del paciente con regularidad para garantizar que los tratamientos cumplan con los objetivos de atención del paciente. Considere una prueba contrarreloj de intervenciones basadas en objetivos y resultados específicos.

- ☐ **Todos los tratamientos (obligatorios si elige RCP en la Sección A).** Objetivo: intentar mantener la vida por todos los medios médicamente efectivos. Proporcionar los tratamientos médicos y quirúrgicos adecuados según se indique para intentar prolongar la vida, incluidos los cuidados intensivos.
- ☐ **Tratamiento Selectivos.** Objetivo: intentar restaurar la función evitando los cuidados intensivos y los esfuerzos de reanimación (ventilador, desfibrilación y cardioversión). Puede usar presión positiva no invasiva en las vías respiratorias, antibióticos y líquidos intravenosos según se indique. Evite los cuidados intensivos. Traslado al hospital si no se pueden satisfacer las necesidades de tratamiento en la ubicación actual.
- ☐ **Tratamientos Centrados en la Comodidad.** Objetivo: Maximizar la comodidad mediante el manejo de los síntomas; permitir la muerte natural. Use oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para mayor comodidad. Evite los tratamientos enumerados en tratamientos completos o selectos a menos que sean consistentes con objetivo de comodidad. Transfiera al hospital solo si no se puede lograr la comodidad en el entorno actual.

C. Órdenes o Instrucciones Adicionales. Estos pedidos se suman a los anteriores (por ejemplo, Hemoderivados, diálisis).


[Los protocolos de EMS pueden limitar la capacidad de respuesta de emergencia para actuar según las órdenes de esta sección.]

D. Nutrición con Asistencia Médica (Ofrezca comida por vía oral si lo desea el paciente, seguro y tolerado)

Elija 1	<input type="checkbox"/> Proporcionar alimentación a través de tubos nuevos o existentes colocados quirúrgicamente.	<input type="checkbox"/> No se desea ningún medio artificial de nutrición
	<input type="checkbox"/> Período de prueba para nutrición artificial pero sin tubos colocados quirúrgicamente	<input type="checkbox"/> Se discutió pero no se tomó una decisión (estándar de atención brindada)


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

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

 (requerido)	El formulario POLST válido completado más recientemente reemplaza a todos los formularios POLST previamente completados.
Si es diferente al paciente imprimir nombre completo:	Autoridad

F. FIRMA: Proveedor de Atención Médica (Los documentos firmados electrónicamente son válidos) Se aceptan órdenes verbales con firma de seguimiento.

He discutido esta orden con el paciente o su representante. Las órdenes reflejan los deseos conocidos del paciente, según mi leal saber y entender. [Nota: Solo los proveedores de atención médica autorizados por ley para firmar el formulario POLST en el estado donde se completó pueden firmar esta orden]

 (requerido)	Fecha (mm/dd/aaaa) Requerido ____ / ____ / ____	# Tel: ()
Nombre Completo Impreso:		Licencia / # Cert
Firma del médico supervisor:	<input checked="" type="checkbox"/> N/A	# Licencia

Nombre Completo del Paciente:

Información de contacto (opcional pero útil)

Contacto de emergencia del paciente. (Nota: Incluir a una persona aquí no le concede autoridad para ser un representante legal. Solo una directiva anticipada o ley estatal puede otorgar esa autoridad).

Nombre Completo:	<input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> Otro Contacto de Emergencia	# Tel: Día: () Noche: ()
------------------	--	--

Nombre del Proveedor de Atención Primaria:	Teléfono: ()
--	------------------------------------

<input type="checkbox"/> El paciente está inscrito en un hospicio	Nombre de la agencia: Teléfono de la agencia: ()
---	---

Información para completar el formulario (opcional pero útil)

Se revisó la directiva anticipada del paciente para confirmar que no existe conflicto con las órdenes POLST: (A POLST form does not replace an advance directive or living will)	<input type="checkbox"/> Sí; fecha del documento revisado: _____ <input type="checkbox"/> Existe un conflicto, se notifica al paciente (si el paciente no tiene capacidad, se indica en la tabla) <input type="checkbox"/> Directiva anticipada no disponible <input type="checkbox"/> No existe ninguna directiva anticipada
---	--

Revisa a todos los que participó en la discusión:	<input type="checkbox"/> Paciente con capacidad de decisión <input type="checkbox"/> Sustituto legal / agente de atención médica	<input type="checkbox"/> Tutor designado por el tribunal <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Padre de menor
---	---	--	---

Proveedor de atención médica de asistencia profesional con formulario completo (si corresponde): Nombre completo	Fecha (mm / dd / aaaa): / /	Nro Teléfono: ()
---	--------------------------------	---

Este individuo es del paciente:	<input type="checkbox"/> Trabajador social <input type="checkbox"/> Enfermero <input type="checkbox"/> Clero <input type="checkbox"/> Otro: _____
---------------------------------	--

Información e instrucciones del formulario

• Completar un formulario POLST:

- El proveedor debe documentar la base de este formulario en las notas de la historia clínica del paciente.
- El representante del paciente está determinado por la ley estatal aplicable y, de acuerdo con la ley estatal, puede ejecutar o anular este formulario POLST solo si el paciente carece de capacidad para tomar decisiones.
- Solo los proveedores de atención médica autorizados y autorizados a firmar formularios POLST en su estado o en D.C. pueden firmar este formulario. Ver www.polst.org/statesignature-requirements-pdf para quién está autorizado en cada estado y D.C.
- Se entrega el original (si está disponible) al paciente; El proveedor guarda una copia en el expediente médico.
- Los últimos 4 dígitos del SSN son opcionales, pero pueden ayudar a identificar / hacer coincidir a un paciente con su formulario.
- Si se utiliza un formulario POLST traducido durante la conversación, adjunte la traducción al formulario en inglés firmado.

• Usando un formulario POLST:

- Cualquier sección incompleta de POLST no crea ninguna presunción sobre las preferencias de tratamiento del paciente. Brindar atención estándar.
- No se deben utilizar desfibriladores (incluidos los desfibriladores externos automáticos) ni compresiones torácicas si se elige "No RCP".
- Para todas las opciones, use la medicación por cualquier vía, posición, cuidado de heridas y otras medidas adecuadas para aliviar el dolor y el sufrimiento.

• Revisión de un formulario POLST:

- (1) se transfiere de un entorno o nivel de atención a otro;
- (2) tiene un cambio sustancial en el estado de salud;
- (3) cambia de proveedor primario; o
- (4) cambia sus preferencias de tratamiento u objetivos de atención.

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

• Anulación de un formulario POLST:

- **Si un paciente o un representante del paciente (para pacientes que carecen de capacidad) desea anular el formulario:** Destruya el formulario en papel y comuníquese con el proveedor de atención médica del paciente para anular las órdenes en el registro médico del paciente (y el registro POLST, si corresponde). La ley estatal puede limitar a la autoridad representativa del paciente para anular.
- **Para proveedores de atención médica:** destruya la copia del paciente (si es posible), anote en el formulario de registro del paciente y notifique a los registros (si corresponde).

Formularios Adicionales: Pueden ser obtenidos llenando a www.polst.org/form

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

Información de contacto de Arizona:
 Hospital de Arizona & Asociación de Cuidado de la Salud - líder estatal
 AzPOLST.org
 1-602-445-4300

Para códigos de barras /
 etiqueta de identificación