



Estado de Illinois
Departamento de Salud Pública

FORMULARIO DE ÓRDENES DEL MÉDICO PARA
EL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (POLST) DEL IDPH

Para los pacientes: el uso de este formulario es completamente voluntario. Si lo desea, pídale a alguien de confianza que lo acompañe cuando hable con el médico sobre el tratamiento de soporte vital (POLST, por sus siglas en inglés). **Para el personal de atención médica:** Complete este formulario solo después de haber tenido una conversación con el paciente o el representante del paciente. El proceso para tomar una decisión de POLST es para pacientes que corren el riesgo de sufrir un evento clínico potencialmente mortal porque tienen una condición médica grave que limita su vida, que puede incluir fragilidad avanzada. Con un cambio significativo en la condición médica, es posible que sea necesario escribir órdenes nuevas.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE. Para los pacientes: el uso de este formulario es completamente voluntario.		
Apellido del paciente		Primer nombre del paciente
		Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Dirección (calle/ciudad/estado/código postal)	
A. <i>(Seleccione una opción)</i>	ÓRDENES PARA PACIENTE EN PARO CARDÍACO. Siga si el paciente NO tiene pulso.	
	<input type="checkbox"/> SÍ REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP): intente la reanimación cardiopulmonar (RCP). Utilice todas las modalidades indicadas según el protocolo médico estándar. (Requiere elegir tratamiento completo en la Sección B).	<input type="checkbox"/> NO RCP: no intente la reanimación.
B. <i>La sección puede dejarse en blanco</i>	ÓRDENES PARA PACIENTE SIN PARO CARDÍACO. Verifique si el paciente tiene pulso. Maximizar la comodidad es el objetivo sin importar la opción de tratamiento que se seleccione. (Cuando no se seleccione ninguna opción, siga el tratamiento completo).	
	<input type="checkbox"/> Tratamiento completo: el objetivo principal es intentar prevenir el paro cardíaco mediante el uso de todos los tratamientos indicados. Utilice intubación, ventilación mecánica, cardioversión y todos los demás tratamientos indicados.	
	<input type="checkbox"/> Tratamiento Selectivo: el objetivo principal es el tratamiento de condiciones médicas con medidas médicas limitadas. No intube ni utilice ventilación mecánica invasiva. Puede usar formas no invasivas de presión positiva en las vías respiratorias, incluidas la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP, por sus siglas en inglés) y la presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias (BiPAP, por sus siglas en inglés). Puede usar líquidos intravenosos, antibióticos, vasopresores y antiarrítmicos según se indique. Traslade al hospital si está indicado.	
<input type="checkbox"/> Tratamiento enfocado en la comodidad: el objetivo principal es maximizar la comodidad a través del manejo de los síntomas. Permitir la muerte natural. Use la medicación por cualquier vía según sea necesario. Utilice oxígeno, aspiración y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias. No use los tratamientos indicados en tratamiento completo y selectivo a menos que sea compatible con el objetivo de comodidad. Traslade al hospital solo si no se puede lograr la comodidad en el entorno actual.		
C. <i>La sección puede dejarse en blanco</i>	Órdenes o instrucciones adicionales. Estas órdenes se suman a las anteriores (p. ej., suspender productos sanguíneos, no diálisis). [Los protocolos de servicios médicos de emergencia (EMS, por sus siglas en inglés) pueden limitar la capacidad de los servicios de emergencia para actuar según las órdenes de esta sección].	
D. <i>La sección puede dejarse en blanco</i>	ÓRDENES DE NUTRICIÓN ADMINISTRADA MÉDICAMENTE. Ofrézcale comida por la boca si lo tolera. (Cuando no se haya realizado ninguna selección, proporcione el estándar de atención).	
	<input type="checkbox"/> Proporcione nutrición e hidratación artificiales por cualquier medio, incluidas las sondas colocadas con cirugía, nuevas o existentes.	
	<input type="checkbox"/> Período de prueba para nutrición e hidratación artificiales, pero NO sondas colocadas con cirugía.	
<input type="checkbox"/> No se desea nutrición ni hidratación artificial.		
E. <i>Obligatorio</i>	Firma del paciente o el representante legal. (Los documentos firmados por vía electrónica son válidos)	
	<input checked="" type="checkbox"/> Nombre en letra de imprenta (obligatorio)	Fecha
	Firma (obligatoria) He discutido las opciones de tratamiento y los objetivos de atención con un profesional de la salud. Si firmo como representante legal, a mi leal saber y entender, los tratamientos seleccionados son consistentes con las preferencias del paciente.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	
Relación del firmante con el paciente:		
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Agente bajo poder notarial de atención médica	<input type="checkbox"/> Suplente para la toma de decisiones de atención médica (consulte la página 2 para ver la lista de prioridades)
<input type="checkbox"/> Representante del menor		
F. <i>Obligatorio</i>	Profesional de salud calificado. Médico, residente con licencia (segundo año o superior), enfermera de práctica avanzada o asistente médico. (Los documentos firmados por vía electrónica son válidos).	

<input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del médico autorizado en letra de imprenta <i>(obligatorio)</i>	Teléfono
<input checked="" type="checkbox"/>	Firma del médico autorizado <i>(obligatorio)</i> a mi leal saber y entender, estas órdenes son consistentes con las preferencias del paciente.	Fecha <i>(obligatorio)</i>

****ESTA PÁGINA ES OPCIONAL: se usa con fines informativos****

Apellido del paciente	Primer nombre del paciente	Inicial del segundo nombre
-----------------------	----------------------------	----------------------------

El uso del Formulario de órdenes del médico para el tratamiento de soporte vital (POLST) del Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH, por sus siglas en inglés) siempre es voluntario. Esta orden registra los deseos de tratamiento médico de un paciente en su estado de salud actual. El paciente o el representante del paciente y un proveedor de atención médica deben reevaluar y discutir las intervenciones de forma periódica para garantizar que los tratamientos cumplan con los objetivos de atención del paciente. Este formulario se puede cambiar para reflejar nuevos deseos en cualquier momento.

Ningún formulario puede abordar todas las decisiones de tratamiento médico que pueden ser necesarias. El poder notarial para instrucciones anticipadas de atención médica (POAHC, por sus siglas en inglés) se recomienda para todos los adultos capaces, sin importar su estado de salud. Un POAHC le permite a una persona documentar, en detalle, instrucciones de atención médica futuras y nombrar a un representante legal para que hable en su nombre si no puede hablar por sí mismo.

Instrucciones anticipadas disponibles para el paciente al momento de completar este formulario

<input type="checkbox"/> Poder notarial de atención médica	<input type="checkbox"/> Declaración de testamento en vida	<input type="checkbox"/> Declaración para tratamiento de salud mental	<input type="checkbox"/> Ninguno disponible
--	--	---	---

Información profesional de atención médica

Nombre del médico	Teléfono
Título del médico	Fecha

Cómo completar el formulario de POLST del IDPH

- Completar un formulario de POLST siempre es voluntario, no puede ser obligatorio y puede cambiarse en cualquier momento.
- Una POLST debe reflejar las preferencias actuales de las personas que completan el Formulario de POLST; fomente la realización de un POAHC.
- Se acepta el consentimiento verbal o telefónico del paciente o del representante legal.
- Las órdenes verbales o telefónicas son aceptables con la firma de seguimiento de un médico autorizado de acuerdo con la política de la instalación o la comunidad.
- Se recomienda el uso del formulario original. Las copias y fotocopias digitales, incluidos los faxes, en papel de CUALQUIER COLOR son legales y válidas.
- Los formularios con firmas electrónicas son legales y válidos.
- Un profesional de la salud calificado puede tener licencia en Illinois o en el estado donde el paciente recibe tratamiento.

Revisión de un formulario de POLST

Este formulario de POLST debe revisarse de forma periódica y a la luz de las necesidades y los deseos continuos del paciente. Estos incluyen lo siguiente:

- transferencias de un entorno de atención o nivel de atención a otro;
- cambios en el estado de salud del paciente o uso de dispositivos implantables (p. ej., DAI/estimuladores cerebrales);
- el tratamiento en curso y las preferencias del paciente; y
- un cambio en el profesional de atención primaria del paciente.

Anulación o revocación de un formulario de POLST

- Un paciente con capacidad puede anular o revocar el formulario, o solicitar un tratamiento alternativo.
- Cambiar, modificar o revisar un formulario de POLST requiere completar un nuevo formulario.
- Dibuje una línea a través de las secciones A y E y escriba "ANULADO" en la página si algún formulario de POLST se reemplaza o deja de ser válido.
- Debajo de "ANULADO" escrito, escriba la fecha de cambio y vuelva a firmar.
- Si está incluido en un registro médico electrónico, siga todos los procedimientos de evacuación del centro.

Orden de prioridad de la Ley de Sustitución de Atención Médica de Illinois (755 ILCS 40/25)

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Guardián de la persona del paciente 2. Cónyuge o pareja del paciente de una unión civil registrada 3. Hijos adultos 4. Padres | <ol style="list-style-type: none"> 5. Hermanos adultos 6. Nietos adultos 7. Un amigo cercano del paciente 8. El guardián del patrimonio del paciente 9. El custodio temporal del paciente designado según la subsección (2) de la Sección 2-10 de la Ley de Tribunales de Menores de 1987 si el tribunal ha dictado una orden que otorga dicha autoridad de conformidad con la subsección (12) de la Sección 2-10 de la Ley de Tribunales de Menores de 1987. |
|---|--|

Para obtener más información, visite la Declaración de la Ley de Illinois del IDPH en <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>

LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 PERMITE LA DIVULGACIÓN A PROFESIONALES DE LA SALUD SEGÚN SEA NECESARIO PARA EL TRATAMIENTO