

# Oregon POLST™

Órdenes Portátiles de Tratamiento para el Sustento de Vida\*

Siga estas órdenes médicas hasta que las órdenes cambien. Cualquier sección incompleta implica tratamiento completo para esa sección.

Apellido del paciente:	Sufijos:	Nombre del paciente:	Segundo nombre del paciente:
Nombre Preferido:	Fecha de nacimi: (mes/día/año) ____ / ____ / ____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	Nº de registro médico: (opcional)
Dirección: (calle / ciudad / estado /código postal):			

**A**

Marque una

**RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP):** *No responde, sin pulso y sin respiración.*

**Trate de resucitar/ RCP**

**No trate de resucitar/ No RCP**

Si el paciente no tiene paro cardiopulmonar, siga las órdenes de B.

**B**

Marque una

**INTERVENCIONES MÉDICAS:** *Si el paciente tiene pulso y está respirando.*

**Solamente Medidas de Alivio.** Provea tratamientos para aliviar el dolor y sufrimiento mediante el uso de cualquier medicamento por cualquier vía, cambio de posición, cuidados de las heridas y otras medidas. Use oxígeno, succión y tratamiento manual para tratar la obstrucción de la vía respiratoria conforme sea necesario para el alivio. **El paciente prefiere no ser trasladado al hospital para tratamiento de sustento de vida. Trasládese si no se puede ofrecer alivio en la ubicación actual.**

**Plan de tratamiento:** Provea tratamientos para la comodidad mediante el manejo de síntomas.

**Tratamiento Limitado.** Además de los cuidados descritos en Solamente Medidas de Alivio, use tratamiento médico, antibióticos, fluidos intravenosos, y monitor cardíaco tal y como indicado. No intubación, intervención avanzada de la vía respiratoria o ventilación mecánica. Se podría considerar apoyo menos intrusivo (Presión positiva continua de la vía aérea (CPAP), Presión positiva de la vía aérea bi nivel (BiPAP)). **Traslade al hospital si está indicado. Generalmente evite la unidad de cuidados intensivos.**

**Plan de Tratamiento:** Suministre tratamientos médicos básicos.

**Tratamiento Completo** Además de los cuidados descritos en Solamente Medidas de Alivio y Tratamiento Limitado, use intubación, intervención avanzada de la vía respiratoria y ventilación mecánica tal y como indicado. **Traslade al hospital y/o a la unidad de cuidados intensivos si está indicado.**

**Plan de Tratamiento:** Todos los tratamientos, incluyendo el respirador.

**Órdenes adicionales:** \_\_\_\_\_

**C**

**DOCUMENTACIÓN DE QUIÉN ESTUVO PRESENTE EN LA DISCUSIÓN**

Paciente

Padre de un menor

Persona designada en directiva anticipada

Tutor designado por el tribunal

Hablado con (lista todos los nombres y relaciones): \_\_\_\_\_

Sustituto definido por la normativa del lugar o Sustituto para un paciente con discapacidades de desarrollo o una condición de salud mental significativa (Nota: Requisitos especiales a completar - véase al dorso)

Pariente o amigo (sin designación escrita)

**D**

**FIRMA DEL PACIENTE O SUSTITUTO**

Firma: recomendado

Nombre en letra de molde:

Relación: (escribir Sí mismo si es el paciente)

Este formulario se enviará al Registro POLST a no ser que el paciente lo decline; si es así, marque el casillero:

**E**

Debe Escribir nombre firmar y fechar

**ATESTACIÓN DEL MD / DO / NP / PA / ND (REQUERIDO)**

**NOT A VALID POLST FORM**

**Signed POLST form must be in English**

ENVÍE EL FORMULARIO CON EL PACIENTE CUANDO SEA TRASLADADO O DADO DE ALTA. ENTREGUE UNA COPIA DE LOS DOS LADOS AL REGISTRO SI EL PACIENTE NO DECLINÓ EN LA SECCIÓN D

\*También conocido como Órdenes Médicas de Tratamiento para el Sustento de Vida

**Información sobre POLST**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

Un formulario POLST es:

- **Siempre voluntario y no puede ser requerido**
- **Una orden médica para personas con una enfermedad grave o que están delicadas**
- Una expresión de deseos de tratamiento de emergencia en el estado de salud actual (si algo paso hoy)
- Un formulario puede ser modificado en cualquier momento para expresar sus nuevos deseos
- **NO una directiva anticipada, que también se recomienda** (Una directiva anticipada es el documento legal apropiado para designar un tomador de decisiones)

**Información de Contacto (Opcional)**

Contacto de emergencia:	Relación:	Número de teléfono:
-------------------------	-----------	---------------------

**Información del Profesional de Cuidados de Salud**

Nombre del preparador del formulario:	Título del preparador:	Número de teléfono:	Fecha que se preparó:
Médico supervisor del Asistente Médico:		Número de teléfono:	
Profesional de Atención Primaria:			

**Instrucciones para Profesionales de Cuidados de Salud**

**Completa Oregon POLST™**

- La discusión y atestación deben ir acompañados de una nota en el registro médico.
- Cualquier sección incompleta implica tratamiento completo para esa sección.
- Una orden de RCP en la Sección A es incompatible con una orden de Solamente Medidas de Alivio en la Sección B (no se aceptará en el Registro).
- Fotocopias, fax y formularios de registro electrónico son legales y válidos.
- Órdenes verbales /telefónicas son aceptables si sigue la firma del MD/DO/NP/PA/ND según las normas del centro/comunidad.
- Para información sobre representantes de salud legalmente seleccionados y su autoridad, refiérase a ORS 127.505-127.660.
- Las personas con discapacidades de desarrollo o con una condición de salud mental significativa requieren consideración adicional antes de completar el formulario POLST; diríjase a Consejos para Profesionales de Salud al [www.oregonpolst.org](http://www.oregonpolst.org).

**Información del Registro Oregon POLST**

<p><b>Profesionales de Cuidados de Salud:</b></p> <p>(1) Envíe una copia de los dos lados de este formulario POLST al Registro Oregon POLST a no ser que el paciente lo decline.</p> <p>(2) Se deben completar las siguientes secciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre completo del paciente</li> <li>• Fecha de nacimiento</li> <li>• Firma del MD / DO / NP / PA / ND</li> <li>• Fecha de la firma</li> </ul>	<p><b>Información de Contacto del Registro:</b></p> <p>Teléfono: 1-877-367-7657                  Fax o eFAX: 503-418-2161  <a href="http://www.orpolstregistry.org">www.orpolstregistry.org</a>                  polstreg@ohsu.edu</p> <p>Oregon POLST Registry                  3181 SW Sam Jackson Park Rd.                  Mail Code: BTE 234                  Portland, OR 97239</p>	<p><b>Pacientes:</b></p> <p>Si la dirección aparece en la primera página, los paquetes con información del Registro enviados por correo pueden tardar hasta cuatro semanas en llegar.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p><b>PUEDA COLOCAR LA ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO AQUÍ:</b></p> </div>
---	---	--

**Actualizar POLST: Un Formulario POLST Form sólo necesita revisarse si las preferencias del paciente han cambiado.**

Este POLST debería repasarse periódicamente, incluyendo cuando:

- El paciente es trasladado de un lugar de cuidados o de un nivel de cuidados a otro (incluyendo ser dado de alta o de baja), o
- Existe un cambio sustancial en el estado de salud del paciente.

Si los deseos del paciente no han cambiado, el Formulario POLST no se necesita revisar, actualizar, reescribir ni reenviar al Registro.

**Invaldar POLST: Se debe enviar una copia del POLST invalidado al Registro, a no ser que el paciente optó por no participar.**

- Una persona capacitada o el sustituto válido de una discapacitada puede invalidar el formulario y requerir tratamiento alternativo.
- Para formularios en papel, cruce con una línea desde la Sección A hasta la E y escriba "INVALIDAR" con letras grandes si se reemplaza o invalida el POLST
- Si está incluido en un archivo médico electrónico, siga los procedimientos de invalidación del centro o comunidad.
- Envíe una copia del formulario invalidado al Registro POLST (**requerido**, a no ser que el paciente haya declinado participar).

Para permiso para usar el formulario bajo copyright, póngase en contacto con OHSU Center for Ethics in Health Care a [polst@ohsu.edu](mailto:polst@ohsu.edu) o (503) 494-3965. Información del Programa POLST Oregon está disponible en la red en [www.oregonpolst.org](http://www.oregonpolst.org) o al [polst@ohsu.edu](mailto:polst@ohsu.edu)

**ENVÍE EL FORMULARIO CON EL PACIENTE CUANDO SE A TRASLADADO O DADO DE BAJA, ENTREGUE UNA COPIA AL REGISTRO**

\*También conocido como Órdenes Médicas de Tratamiento para el Sustento de Vida