

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

Marque una	<input type="checkbox"/> Trate de resucitar/ RCP	<input type="checkbox"/> No trate de resucitar/ No RCP
	Debe consultar el tratamiento completo en la sección B.	Si el paciente no tiene paro cardiopulmonar, siga las órdenes de B.

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

Marque una	<input type="checkbox"/> 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. <i>El paciente prefiere no ser trasladado al hospital</i> para tratamiento de sustento de vida. <i>Trasládese si no se puede ofrecer alivio en la ubicación actual.</i> Plan de tratamiento: Provea tratamientos para la comodidad mediante el manejo de síntomas.
	<input type="checkbox"/> Tratamiento Selectivo. 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)). <i>Traslade al hospital si está indicado.</i> <i>Generalmente evite la unidad de cuidados intensivos.</i> Plan de Tratamiento: Suministre tratamientos médicos básicos.
	<input type="checkbox"/> Tratamiento Completo. Además de los cuidados descritos en Solamente Medidas de Alivio y Tratamiento Selectivo, use intubación, intervención avanzada de la vía respiratoria y ventilación mecánica tal y como indicado. <i>Traslade al hospital y/o a la unidad de cuidados intensivos si está indicado.</i> Plan de Tratamiento: Todos los tratamientos, incluyendo el respirador.
Órdenes adicionales: _____	

C SE HABLÓ CON: (OBLIGATORIO)

<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Familiar, amigo u otra persona de apoyo (sin nombramiento por escrito) (Consulte el dorso si desea ver los requisitos adicionales de participación para personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo).
<input type="checkbox"/> Padre de un menor	
<input type="checkbox"/> Persona designada en directiva anticipada	
<input type="checkbox"/> Tutor designado por el tribunal	
Enumere todos los nombres y las relaciones: _____	

D CONFIRMACIÓN DEL PACIENTE (RECOMENDADA, PERO NO OBLIGATORIA)

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. Para declinar, marque esta casilla: <input type="checkbox"/>		

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

Debe escribir nombre firmar y fechar	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