

**HIPAA PERMITE LA DIVULGACION DE POLST A OTROS PROVEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA COMO SEA NECESARIO****Información del Paciente**

Nombre Completo

Fecha de Nacimiento

Género

**Médico**

Nombre

Número de Teléfono

**Contactos Adicionales del Paciente**

Nombre

Número de Teléfono

**Guía para el Médico que Llena el Formulario POLST****Llenado del Formulario POLST**

- **No es requisito para ningún paciente el llenado del formulario POLST.** El paciente (o representante legal) firma el formulario para indicar la naturaleza voluntaria del formulario y que el contenido del formulario es consistente con los deseos y valores del paciente.
- **A la llegada o admisión a un hospital u otra institución, el POLST establece el tratamiento inicial del paciente.** Después de la evaluación del paciente en el hospital u otra institución, pueden emitirse ordenes adicionales apropiadas consistentes con las preferencias del paciente.
- **POLST no reemplaza los deseos de tratamiento del paciente u otras instrucciones anticipadas provistas.** Cuando esté disponible, revise las Directivas Anticipadas y el formulario POLST para garantizar consistencia y actualice los formularios apropiadamente para resolver cualquier conflicto.
- **El formulario POLST debe ser llenado por un médico según preferencia y valores del paciente y las indicaciones médicas.**
- **El representante legal de un paciente puede firmar el formulario POLST si el paciente no tiene la capacidad.** El representante legal puede incluir un guardián nombrado por la corte, un agente designado en las directivas anticipadas, un cónyuge, un hijo adulto, un hermano adulto, un familiar adulto, u otro sustituto de quien el medico cree ha mostrado cuidado especial y preocupación por el paciente, está familiarizado con los valores del paciente, y hará decisiones de acuerdo con los deseos y valores del paciente.
- **Para ser valido, el formulario POLST debe ser firmado por un médico y el paciente o representante legal.** Ambas firmas son requeridas.
- **Si se usa una traducción del formulario POLST con el paciente o representante legal, anexe tal traducción al formulario POLST en inglés firmado.**
- **Se recomienda que el formulario POLST sea impreso en papel rosa brillante, para que pueda ser fácilmente reconocido de entre la documentación del paciente.** Se anima el uso del formulario POLST original, pero las fotocopias y faxes son legales y válidos bajo la ley de Arkansas.
- **Para evitar cualquier potencial malentendido sobre la nutrición e hidratación, se recomienda que los médicos incluyan la siguiente declaración en la Sección C, Órdenes Adicionales: "Ofrecer alimentos y bebidas por la boca, si es posible y deseado."**

**Uso de POLST**

- Una sección incompleta del formulario POLST implica tratamiento completo para esa sección.
- Sección A:*
- Si se encuentra sin pulso o sin respiración, no debe usarse desfibrilador (incluyendo desfibrilador externo automatizado) o compresión del tórax en pacientes quienes han elegido "No Intentar Resucitación."
- Sección B:*
- Cuando no es posible lograr confort en el entorno presente, el paciente, incluyendo alguien con "Tratamiento Enfocado al Confort," deben ser transferidos a un lugar capaz de proveer comodidad (e.g., tratamiento de fractura de pelvis).
  - La presión positiva no invasiva en las vías respiratorias incluye la presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP por sus siglas en inglés), la presión positiva en las vías aéreas de dos niveles (BiPAP por sus siglas en inglés), y respiración asistida por mascarilla con válvula de bolsa (BVM por sus siglas en inglés).
  - Los antibióticos intravenosos (IV) e hidratación generalmente no son parte del "Tratamiento Enfocado en la Comodidad." Si un paciente desea fluidos intravenosos, indique "Tratamiento Selectivo" o "Tratamiento Completo."
- Sección C:*
- **Para evitar cualquier posible malentendido sobre nutrición e hidratación, se recomienda ampliamente que los médicos incluyan la siguiente declaración en la Sección C, Órdenes Adicionales: "Ofrecer alimentos y bebidas por la boca, si es posible y deseado."**
  - Dependiendo del protocolo del EMS local, las "Órdenes Adicionales" de la Sección C pueden no ser realizadas por el personal de EMS.

**Revisión de POLST**

Se recomienda que POLST sea revisado periódicamente. Adicionalmente, se recomienda revisarlo cuando:

- El paciente es transferido de un lugar de atención médica o nivel de atención médica a otro; o
- Existen cambios substanciales en el estado de salud del paciente; o
- Las preferencias de tratamiento del paciente cambian.

### **Modificación y Anulación de POLST**

- Un paciente con capacidad puede, en cualquier momento, solicitar tratamiento alternativo o revocar un POLST por cualquier medio que indique la intención de revocar.
- Se recomienda que la revocación sea documentada poniendo una línea a través de la Sección A - C, escribiendo "NULO" en letras grandes, y firmando y poniendo la fecha en la línea. Un representante legal de un paciente sin capacidad puede solicitar la modificación de la orden después de consultar con el médico, basado en el conocimiento de los deseos del paciente o, si no son conocidos, en el mejor interés del paciente.

Para más información o una copia del formulario POLST, visite

[www. healthy.arkansas.gov](http://www.healthy.arkansas.gov).

**ENVIAR EL FORMULARIO CON EL PACIENTE SIEMPRE QUE SEA  
TRANSFERIDO O DADO DE ALTA**



# Arkansas Department of Health

54815 West Markham Street • Little Rock, Arkansas 72205-3867 • Telephone (501)661-2000

Governor Sarah Huckabee Sanders

Renee Mallory, RN, BSN, Interim Secretary of Health

Jennifer Dillaha, MD, Director

<http://www.healthy.arkansas.gov>

## HIPAA PERMITE LA DIVULGACION DE POLST A OTROS PROVEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA COMO SEA NECESARIO

### ÓRDENES MÉDICAS PARA EL TRATAMIENTO DE SOSTENIMIENTO DE LA VIDA

(POLST por sus siglas en inglés)

Primero siga estas órdenes, luego contacte al **Médico**. Una copia del formulario POLST ejecutado es una orden medica válida y legalmente vinculante. Cualquier sección no llena implica tratamiento completo para esa sección. **POLST complementa las Indicaciones Anticipadas y no tiene el propósito de reemplazar ese documento.**

Apellido del Paciente:

Fecha de Preparación del Formulario:

Primer Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento del Paciente:

Segundo Nombre del Paciente:

**A**

Marque Una

**RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR por sus siglas en inglés): Si el paciente no tiene pulso y no está respirando. NOTA ... Si el paciente NO esta con paro cardiopulmonar, siga las ordenes de la Sección B y C.**

- Intente Resucitación/CPR** (La selección CPR en la Sección A requiere seleccionar Tratamiento Completo en la Sección B)
- No Intente Resucitación/DNR** (Permita la Muerte Natural)

**B**

Marque Una

**INTERVENTION MÉDICA: Si el paciente es encontrado con pulso y/o esta respirando.**

- Tratamiento Completo** – meta principal de la prolongación de la vida por todos los medios efectivos médicos. Además del tratamiento descrito en Tratamiento Selectivo y Tratamiento de Confort, use intubación, intervenciones avanzadas de las vías aéreas respiratorias, ventilación mecánica, y cardioversión según sea indicado.
  - Periodo de Prueba del Tratamiento Completo.**
- Tratamiento Selectivo** – meta del tratamiento de las condiciones médicas mientras se evitan medidas onerosas. Además del tratamiento descrito en el Tratamiento de Confort, use tratamiento médico y IVs como sea indicado. No intube. Puede usar presión positiva no invasiva en las vías aéreas. En general evite cuidados intensivos.
  - Solicite transferencia a un hospital solo si las necesidades de confort no pueden ser satisfechas en la ubicación actual.**
- Tratamiento de Confort** – meta principal la maximización del confort. Aliviar el dolor y sufrimiento con medicamentos por cualquier ruta como sea necesaria; uso de oxígeno, succionando, y tratamiento manual de la obstrucción de las vías aéreas. No use los tratamientos enumerados en Tratamiento Completo y Selectivo a menos que sean consistentes con las metas de confort. **Solicite transferencia a un hospital solo si las necesidades de confort no pueden ser satisfechas en la ubicación actual.**

**C**

**ÓRDENES ADICIONALES:**

**D**

**INFORMACIÓN Y FIRMAS:**

**Hablado con:**  Paciente (Paciente Tiene Capacidad)  Representante Legal

- Fecha de las Instrucciones Anticipadas \_\_\_\_\_, disponibles y revisadas
- Instrucciones Anticipadas no disponibles.
- No Instrucciones Anticipadas.

**Firma del Medico** Mi firma en seguida indica que en lo mejor de mi conocimiento estas órdenes son consistentes con las intenciones del paciente y condición médica.

Nombre del Médico:

Número de Teléfono del Médico:

Licencia Médica #:

Firma del Médico: (requerida)

Fecha:

**Firma del Paciente o Representante Legal** estoy consciente que mi consentimiento en este formulario es voluntario. Al firmar este formulario, un representante legar reconoce esta petición referente a medidas resucitarias ser consistente con los deseos conocidos de, y con el mejor interés del individuo quien es sujeto del formulario.

Nombre:

Relación: (escribe mí mismo si es el paciente)

Firma: (requerida)

Fecha:

Dirección de Correo:

Teléfono:

**ENVIAR EL FORMULARIO CON EL PACIENTE SIEMPRE QUE SEA TRANSFERIDO O DADO DE ALTA**