

**NEVADA POLST (Orden del proveedor para el tratamiento de mantención de la vida)
HIPAA PERMITE LA DIVULGACIÓN PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA Y REGISTRO ELECTRÓNICO**

LADO 1: Órdenes Médicas

This form is for translation purposes only. It is not a medical order. It is not a valid Nevada POLST.

Consulte este formulario SOLAMENTE cuando el paciente carezca de capacidad de decisión. Primero , siga estas instrucciones, luego contacte al médico / APRN (Enfermera Practicante) / PA (Asistente médico). Cualquier sección no completada implica un tratamiento completo para esa sección.		Apellidos/Primer nombre/Segundo nombre o inicial		
		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Últimos 4 números del SSN	Género
		/ /	____	M F
A	RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP): El paciente / residente no tiene pulso y no respira			
Escoger uno	<input type="checkbox"/> Intento de resucitación cardiopulmonar (RCP)			
	<input type="checkbox"/> No resucitar (permitir la muerte natural)			
Quando no se encuentre bajo arresto cardiopulmonar, siga las indicaciones en las secciones B y C				
B	INTERVENCIONES MÉDICAS – Marque sólo uno – El paciente/residente tiene pulso o está respirando.			
Escoger uno	<input type="checkbox"/> Tratamiento completo. Objetivo - prolongar la vida por todos los medios médicos posibles. Se proporcionarán medidas de apoyo de vida completa, incluyendo la intubación, la ventilación mecánica y la intervención avanzada de las vías respiratorias, además del tratamiento descrito en el tratamiento de enfoque selectivo y el tratamiento selectivo. Traslado al hospital / admisión a la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) como se indica. Otras instrucciones: _____			
	<input type="checkbox"/> Tratamiento selectivo. Objetivo - tratar las condiciones médicas como se indica a continuación: Además del tratamiento centrado en la comodidad, usar tratamiento médico / antibióticos IV / fluidos intravenosos IV / monitor cardíaco como se indica. No habrá intubación, intervenciones avanzadas de vía aérea o ventilación mecánica. Puede usarse presión positiva no invasiva en las vías respiratorias. Traslado hospitalario como se indica. Generalmente, se evitará la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). Otras instrucciones: _____			
	<input type="checkbox"/> Tratamiento enfoque en la comodidad. Objetivo - Maximizar la comodidad con el manejo de los sistemas Aliviar el dolor y el sufrimiento con medicamentos de cualquier forma que sea necesario; puede usarse oxígeno o succión y el tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para la comodidad. Enviar al hospital solamente si las necesidades de comodidad no se pueden suplir en el entorno actual. Otras instrucciones: _____			
C	ADMINISTRACIÓN ARTIFICIAL DE NUTRICIÓN Y LÍQUIDOS - ofrezca alimentos y líquidos por la boca cuando sea posible y si el paciente lo desea			
	<input type="checkbox"/> Alimentación artificial a largo plazo o por tubo alimenticio o sonda			
	<input type="checkbox"/> Prueba de fluidos intravenosos IV, no más de _____			
	<input type="checkbox"/> Prueba de nutrición artificial / o por tubo alimenticio, no más de _____			
	<input type="checkbox"/> No nutrición artificial ni por tubo alimenticio			
<input type="checkbox"/> No usar fluidos intravenosos IV				
Otras instrucciones: _____				
D	DETERMINACIÓN DE CAPACIDAD DE DECISIÓN – Completación requerida por el proveedor de salud (MD, APRN o PA)			
Requerido	Al momento de completar esta orden médica, el paciente:			
	<input type="checkbox"/> Tiene capacidad de decisión		<input type="checkbox"/> No tiene capacidad de decisión	
Para entender y comunicar sus preferencias de atención médica para las opciones de este formulario médico.				
VALIDACIÓN DE FIRMAS (Obligatorio) – Directiva anticipada e información sustituta en página 2				
Fecha (Obligatorio) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		Firma del médico/APRN/PA (Obligatorio) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		Número de licencia del médico /APRN/PA (Obligatorio) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Nombre del médico /APRN/ (por escrito, obligatorio) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx			Número telefónico del médico/APRN/PA (obligatorio) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	
E	Paciente / Agente (Poder duradero del Abogado para el cuidado de salud – PDDA-CDS) / Padre del menor / Tutor legal (marque uno)			
Los artículos destacados en negro son obligatorios	He conversado sobre este formulario, las opciones de tratamiento y las implicaciones para mantenerme con vida con mi/el proveedor de salud del paciente. Este formulario refleja mis deseos/los deseos más conocidos del paciente.			
	Firma xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Nombre escrito xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Fecha xxxxxxxxxxxxxxx			
	O si el paciente carece de capacidad y no tiene un agente conocido (Poder duradero del Abogado para el cuidado de salud – PDDA-CDS) o tutor legal, complete lo siguiente:			
Autorización de Sustitución de atención médica. También se requiere completar la parte 2, Nº1.C. Firma xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Fecha xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx				
Enviar el original con el paciente cuando sea dado de alta o transferido				

NEVADA POLST (Orden del proveedor para el tratamiento de mantención de la vida)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

LADO 2: Información Adicional

1. Representante/Información Sustituta – A continuación puede haber más información sobre las preferencias del paciente: A. Voluntad Anticipada (VA): Testamento Vital, Declaración Jurada, Poder duradero del Abogado para el cuidado de salud (PDDA-CDS) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI AD completa con Testamento vital en registro de datos: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI - Número de Registro, si lo sabe: _____ Otra ubicación de VA: _____ Poder duradero del Abogado para el cuidado de salud (PDDA-CDS) – Esta información debe tomarse directamente de la PDDA – CDS válido, no sólo verbalmente: Primer Agente designado: _____ Teléfono: _____ Segundo Agente designado: _____ Teléfono: _____ B. Tutor legal designado por la corte <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Nombre: _____ Teléfono: _____ C. Substituto del cuidado de la salud: Nombre (por escrito): _____ Relación: _____ Teléfono: _____
2. PREPARADOR: Escribir el nombre: _____ Titulo/Cargo(MSW, RN, etc.) _____
3. REGISTRO: El médico o proveedor escribirá sus iniciales en el casillero de la derecha para verificar que el paciente ha recibido la información sobre enviar el formulario POLST completo y firmado a Living Will Lockbox en: www.LivingWillLockbox.com
4. DONANTE DE ÓRGANOS <input type="checkbox"/> He declarado en mi licencia de conducir o en mi tarjeta de identidad del estado que soy un donante de órganos
Términos de uso <ul style="list-style-type: none">• El POLST SIEMPRE ES VOLUNTARIO y no puede imponerse al paciente.• El POLST ha sido creado para quienes estén gravemente enfermos o débiles, y para quienes un profesional del cuidado de la salud no se sorprendería si el paciente falleciera dentro de un año; a los demás se les debería ofrecer Voluntad Anticipada (AD) con la designación PDDA-CDS.• Esta orden médica debe respetarse en todas las instancias del cuidado de la salud. Las órdenes de pacientes internados deberían reflejar las ordenes POLST. Las ordenes POLST deberán seguirse hasta que sean reemplazadas por otras ordenes.• En caso de que un paciente tenga tanto la identificación No Resucitar (NR) como la POLST, se deberá seguir la más reciente.• Se aceptan como válidas las versiones fotocopiadas, faxeadas o de tipo electrónico, siempre y cuando tengan las firmas requeridas según la Sección E.• Cuando no se pueda lograr la comunidad en el entorno presente, el paciente deberá ser transferido a un entorno que le provea dicha comodidad. Cómo completar un POLST <ul style="list-style-type: none">• Si un paciente no posee capacidad de decisión, su representante legal (PDDA-CDS, tutor legal o padre de un menor) puede completar un POLST. Si el paciente no tiene representante legal y carece de capacidad de decisión, entonces un sustituto puede completar un POLST en lugar del paciente. Son sustitutos (en este orden), el esposo(a), la mayoría de los hijos(as), adultos(as), cualquier o ambos padres, la mayoría de los hermanos(as) adultos, el adulto familiar de sangre más cercano al paciente, ya sea biológico o por adopción y que este razonablemente disponible, o "un adulto que haya demostrado cuidado especial por el bienestar del paciente, quien esté familiarizado con los valores del paciente, que esté dispuesto y sea capaz de tomar decisiones del cuidado de la salud del paciente."• Un POLST no reemplaza a una declaración de Voluntad Anticipada. Una Voluntad Anticipada (VA) puede designar a alguien que tome decisiones (PDDA-CDS) en el caso de que el paciente se vuelva discapacitado, en cuyo caso se sugiere que se completen documentos adicionales sobre las preferencias de tratamientos. Siempre revise si hay inconsistencias entre los documentos del término de la vida y realice las correcciones respectivas.• La completación de un POLST debería realizarse después de una conversación sobre los objetivos del paciente, sus valores, y como las preferencias de tratamiento impactarán tanto su duración de vida como su calidad de vida.• Cualquier sección incompleta no crea una suposición sobre las preferencias de tratamiento del paciente en esa sección.• Los pacientes dados de alta deberían poner el POLST cerca de su cama o en la puerta del refrigerador en donde los paramédicos han sido entrenados para buscar la información. Revisión del POLST - Este POLST debe revisarse periódicamente, si: <ul style="list-style-type: none">• El paciente es transferido de un entorno de cuidado a otro nivel, o si• Hay un cambio importante en el estatus de salud del paciente, o si• Las preferencias de tratamiento del paciente han cambiado. Revocando el POLST <ul style="list-style-type: none">• Si el paciente posee la capacidad de tomar decisiones, sólo el paciente puede revocar un POLST• Si el paciente no posee la capacidad de tomar decisiones, el representante legal del paciente puede revocar un POLST, o el sustituto del paciente puede revocar el POLST <i>solamente</i> cuando el POLST haya sido completado por él mismo(a) sustituto del paciente (refiérase a cómo completar un POLST, en este mismo documento).
Enviar el original con el paciente cuando sea dado de alta o transferido

NEVADA POLST (Orden del proveedor para el tratamiento de mantención de la vida)

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____