



Introduction to the Spanish Translation of POLST Form

POLST is a physician order that gives patients more control over their end-of-life care. Produced on a distinctive bright pink form and signed by both the physician and patient, POLST specifies the types of medical treatment that a patient wishes to receive towards the end of life.

This is a Spanish translation of the California POLST form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient's wishes documented on the POLST form. The signed POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For questions in English, email polst@californiahealthcare.org or call [800.442.9464](tel:8004429464). To learn more about POLST, visit www.polst.org.

Introducción a la traducción al español del formulario POLST

POLST es una orden médica que les da a los pacientes más control sobre la atención al final de su vida. Impresa en un formulario de color rosa brillante distintivo y firmada por el médico y el paciente, las POLST especifican los tipos de tratamiento médico que el paciente quiere recibir hacia el final de su vida.

Ésta es una traducción al español del formulario POLST de California. El formulario traducido solo se debe usar con fines educativos al conversar sobre los deseos del paciente, que se tienen que documentar en el formulario POLST. El formulario POLST firmado tiene que estar en inglés para que el personal de emergencia pueda leerlo y seguir las órdenes.

Para preguntas en inglés, envíe un mensaje por correo electrónico a polst@californiahealthcare.org o llame al [800.442.9464](tel:8004429464). Para obtener más información sobre la orden POLST, visite www.polst.org.



Órdenes del médico de tratamiento para el mantenimiento de la vida (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)

Primero siga estas órdenes y después póngase en contacto con el médico. Esta es una Hoja de órdenes del médico basada en el estado médico y deseos actuales de la persona. Toda sección que no esté completada implica tratamiento completo para esa sección. Una copia del formulario POLST firmado es legal y válido. Las POLST son un complemento a una directiva anticipada y no tienen el objetivo de reemplazar ese documento. Se debe tratar a todos con dignidad y respeto.

Apellido del paciente:	Fecha de preparación del formulario:
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Segundo nombre del paciente:	Nº de registro médico: <i>(opcional)</i>

A Marque uno	Resucitación cardiopulmonar (RCP): <i>Si la persona no tiene pulso y no está respirando.</i>
	<i>Cuando NO se halla en paro cardiopulmonar, seguir las órdenes en las secciones B y C.</i>
	<input type="checkbox"/> Intentar resucitación/RCP (Si selecciona RCP en la sección A tiene que seleccionar Tratamiento completo en la sección B) <input type="checkbox"/> No intentar resucitación/DNR (permitir la muerte natural)

B Marque uno	Intervenciones médicas: <i>Si la persona tiene pulso y/o está respirando.</i>
	<i>Si la persona tiene pulso y/o está respirando.</i>
	<input type="checkbox"/> Solo medidas paliativas Aliviar el dolor y el sufrimiento por medio del uso de medicación por cualquier vía, posicionamiento, cuidado de las heridas y otras medidas. Usar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para el confort del paciente. Trasladar al hospital solamente si las necesidades paliativas no se pueden cumplir en la ubicación actual. <input type="checkbox"/> Intervenciones adicionales limitadas Además de la atención descrita en Solo medidas paliativas, usar tratamiento médico, antibióticos y fluidos intravenosos según esté indicado. No entubar. Se puede usar presión positiva no invasora en las vías respiratorias. Evitar en general cuidados intensivos. <input type="checkbox"/> Trasladar al hospital solamente si las necesidades paliativas no se pueden cumplir en la ubicación actual. <input type="checkbox"/> Tratamiento completo Además de la atención descrita en Solo medidas paliativas e Intervenciones adicionales limitadas, usar entubación, intervenciones avanzadas en las vías respiratorias, ventilación mecánica y desfibrilación y cardioversión según esté indicado. Trasladar al hospital si está indicado. Incluye cuidados intensivos.
	Órdenes adicionales: _____

C Marque uno	Nutrición administrada artificialmente: <i>Ofrecer alimentos por boca, si es posible y deseado.</i>
	<i>Ofrecer alimentos por boca, si es posible y deseado.</i>
	<input type="checkbox"/> No administrar nutrición por medios artificiales, incluyendo la alimentación por tubo. Órdenes adicionales: _____ <input type="checkbox"/> Período de prueba de nutrición artificial, incluyendo la alimentación por tubo. _____ <input type="checkbox"/> Administrar nutrición artificial a largo plazo, incluyendo la alimentación por tubo. _____

D	Información y firmas:	
	Hablado con: <input type="checkbox"/> Paciente (paciente tiene capacidad de hacerlo) <input type="checkbox"/> Encargado de tomar decisiones reconocido legalmente	
	<input type="checkbox"/> Directiva anticipada con fecha _____, disponible y revisada →	Agente para la atención de la salud, si fue nombrado en la directiva anticipada:
	<input type="checkbox"/> Directiva anticipada no está disponible	Nombre: _____
	<input type="checkbox"/> No hay una directiva anticipada	Teléfono: _____
	Firma del Médico	
	Mi firma a continuación indica que a mi mejor saber y entender estas órdenes son consecuentes con el estado médico y las preferencias de la persona.	
	Nombre del médico en letra de molde:	Nº de teléfono del médico:
	Firma del médico: XX	Fecha:
	Firma del paciente o encargado de tomar decisiones reconocido legalmente	
Al firmar este formulario, el encargado de tomar decisiones reconocido legalmente reconoce que este pedido relativo a medidas de resucitación es consecuente con los deseos conocidos y el mejor interés de la persona que es objeto del formulario.		
Nombre en letra de molde:	Relación: <i>(escribir Sí mismo si es el paciente)</i>	
Firma: XX	Fecha:	
Dirección:	Nº de teléfono de día:	
	Nº de teléfono de noche:	

Enviar el formulario con la persona si se le trasladada o da de alta

La ley HIPAA permite la revelación de las POLST a otros profesionales de atención de la salud en la medida que sea necesario

Información del paciente

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre):	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F
--	----------------------	-------------------------

Profesional de atención de la salud que ayuda a preparar el formulario

Nombre:	Título:	Número de teléfono:
---------	---------	---------------------

Contacto adicional

Nombre:	Relación con el paciente:	Número de teléfono:
---------	---------------------------	---------------------

Instrucciones para el profesional de atención de la salud

Cómo llenar las POLST

- Llenar un formulario POLST es voluntario. La ley de California requiere que los profesionales de atención de la salud cumplan con lo indicado en las POLST y otorga inmunidad a aquellos que las cumplan de buena fe. En un entorno hospitalario, el paciente será evaluado por un médico quien emitirá las órdenes apropiadas.
- Las POLST no reemplazan una directiva anticipada. Cuando esté disponible, revise la directiva anticipada y el formulario POLST para verificar que sean consecuentes y actualizar los formularios de manera apropiada para resolver cualquier conflicto.
- Las POLST tienen que ser llenadas por un profesional de atención de la salud basándose en las preferencias del paciente y las indicaciones médicas.
- Un encargado de tomar decisiones reconocido legalmente podría incluir a un tutor administrativo o tutor nombrado por la corte, agente nombrado en una directiva anticipada, sustituto nombrado oralmente, cónyuge, pareja de hecho registrada, uno de los padres de un menor, pariente más cercano disponible o persona que el médico del paciente considere que conoce mejor lo que está en el mejor interés del paciente y que tomará decisiones de acuerdo a los deseos y valores expresados por el paciente en la medida que se conozcan.
- Para que sean válidas, las POLST tienen que ser firmadas por un médico y por el paciente o encargado de tomar decisiones. Las órdenes verbales son aceptables con la firma de seguimiento del médico de conformidad con las normas de la instalación/comunidad.
- Ciertos problemas médicos o tratamientos podrían impedir que una persona viva en una instalación de cuidados residenciales para personas mayores.
- Si se usa un formulario traducido para un paciente o encargado de tomar decisiones, adjúntelo al formulario POLST en inglés firmado.
- Se recomienda enfáticamente el uso del formulario original. Las fotocopias y los facsímiles de los formularios POLST firmados son legales y válidos. Se debe archivar una copia en el registro médico del paciente, en papel Ultra Pink de ser posible.

Cómo usar las POLST

- Toda sección incompleta de las POLST implica tratamiento completo para esa sección.

Sección A:

- Si se encuentra sin pulso y no está respirando, no se deben usar desfibriladores (incluyendo los desfibriladores automatizados externos) ni compresiones de pecho en una persona que seleccionó "No intentar resucitación".

Sección B:

- Cuando no se puede lograr la comodidad del paciente en el lugar actual, la persona, incluyendo a alguien con "Solo medidas paliativas" debe ser trasladada a un lugar en el que se le puedan proporcionar las medidas paliativas (como por ejemplo, el tratamiento de una fractura de cadera).
- La presión positiva no invasora de las vías respiratorias incluye la presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP), presión positiva en dos niveles de las vías respiratorias (BiPAP) y respiraciones asistidas por bolsa válvula máscara (BVM).
- Los antibióticos por vía intravenosa y la hidratación en general no se consideran "medidas paliativas".
- El tratamiento de la deshidratación prolonga la vida. Si una persona desea fluidos intravenosos, indique "Intervenciones limitadas" o "Tratamiento completo".
- Dependiendo de las normas de los servicios médicos de emergencia (EMS) locales, es posible que el personal de EMS no implemente las "Órdenes adicionales" escritas en la sección B.

Revisión de las POLST

Se recomienda una revisión periódica de las POLST. Una revisión se recomienda cuando:

- se traslada a la persona de un lugar de atención o nivel de atención a otro o
- hay un cambio sustancial en el estado de salud de la persona o
- cambian las preferencias de tratamiento de la persona.

Cómo modificar y anular las POLST

- Un paciente con capacidad puede, en cualquier momento, solicitar un tratamiento alternativo.
- Un paciente con capacidad puede, en cualquier momento, revocar las POLST por cualquier medio que indique la intención de revocarlas. Se recomienda que se documente la revocación: trace una línea a través de las secciones A a D, escriba "VOID" (anulado) en letra grande, y firme y escriba la fecha en esta línea.
- Un encargado de tomar decisiones reconocido legalmente podría solicitar modificar las órdenes en colaboración con el médico, basándose en los deseos conocidos de la persona o, si no se conocen, en el mejor interés de la persona.

Este formulario está aprobado por la Dirección de Servicios Médicos de Emergencia de California en colaboración con el grupo de trabajo POLST de todo el estado. Para obtener más información o una copia del formulario, visite www.caPOLST.org.

Enviar el formulario con la persona si se le trasladada o da de alta