

ÓRDENES DE PROFESIONALES MÉDICOS DE NEW JERSEY PARA EL TRATAMIENTO DE SOSTENIMIENTO DE LA VIDA (PRACTITIONER ORDERS FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT; POLST)

Siga estas órdenes y después comuníquese con el médico/APN/PA. Esta Hoja de Órdenes Médicas está basada en la condición médica actual de la persona mencionada abajo y sus deseos expresados verbalmente o en una directiva anticipada por escrito. Cualquier sección que se deje en blanco significa que debe darse tratamiento completo para esa sección. Se tratará a toda persona con dignidad y respeto.

Nombre de la persona (apellido, primer nombre, segundo nombre) Fecha de nacimiento


Dirección de la persona (en letra de molde)

A	OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN <i>(Ver el reverso para obtener instrucciones. Esta sección no constituye una orden médica.)</i>
----------	--

B	<p>INTERVENCIONES MÉDICAS <i>La persona está respirando y/o tiene pulso</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento completo. Usar todas las intervenciones médicas y quirúrgicas apropiadas para el soporte de la vida. Si está en una instalación de enfermería, trasladar a un hospital si está indicado. Ver la sección D para el estado de reanimación.</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento limitado. Usar tratamiento médico apropiado tal como antibióticos y líquidos intravenosos según estén indicados. Puede usarse la presión positiva de las vías respiratorias no invasiva. Generalmente deben evitarse los cuidados intensivos.</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Trasladar a un hospital para las intervenciones médicas. <input type="checkbox"/> Trasladar a un hospital únicamente si las necesidades de bienestar no pueden satisfacerse en la ubicación actual.</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo tratamiento del síntoma. Usar tratamiento de bienestar agresivo para aliviar el dolor y el sufrimiento usando cualquier medicamento por cualquier vía, posición, tratamiento de heridas y otras medidas. Usar oxígeno, succión y tratamiento manual de obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para el bienestar. Usar antibióticos sólo para proporcionar bienestar. Trasladar únicamente si las necesidades de bienestar no pueden satisfacerse en la ubicación actual.</p> <p>Órdenes adicionales: _____</p>
----------	---

C	<p>LÍQUIDOS Y NUTRICIÓN ADMINISTRADOS ARTIFICIALMENTE <i>Siempre ofrecer alimentos/líquidos por vía oral si es posible y se desean</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sin nutrición artificial <input type="checkbox"/> Nutrición artificial a largo plazo <input type="checkbox"/> Período de prueba de nutrición artificial definido</p>
----------	--

D	<p>REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR, siglas en inglés) <i>La persona no tiene pulso y/o no está respirando</i></p> <p><input type="checkbox"/> Intentar la reanimación/CPR</p> <p><input type="checkbox"/> No intentar la reanimación/(DNAR siglas en inglés)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Permitir la muerte natural</p>	<p>MANEJO DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS <i>La persona tiene dificultades respiratorias y pulso</i></p> <p><input type="checkbox"/> No intubar - Usar O2, tratamiento manual para aliviar la obstrucción de las vías respiratorias, medicamentos para bienestar</p> <p><input type="checkbox"/> Orden adicional (por ejemplo, periodo de prueba definido de ventilación mecánica)</p>
----------	---	---



E	Si pierdo mi capacidad para tomar decisiones, autorizo a la persona sustituta para tomar decisiones, indicada abajo, a que modifique o revoque las órdenes POLST de NJ en consulta con mi médico/APN/PA tratante de acuerdo con mis metas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------	--

F	<p>FIRMAS</p> <p><i>He hablado sobre esta información con mi médico/APN/PA</i></p> <p>Nombre en letra de imprenta _____</p> <p>Firma _____</p> <p><input type="checkbox"/> Persona nombrada arriba <input type="checkbox"/> Cónyuge/Compañero en unión civil</p> <p><input type="checkbox"/> Tutor legal/Representante de atención de la salud <input type="checkbox"/> Padre del o la menor</p> <p><input type="checkbox"/> Otra persona sustituta</p>	<p>La persona nombrada arriba realizó una donación anatómica:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce</p> <p><i>Estas órdenes son congruentes con la condición médica de la persona, preferencias conocidas y la información mejor conocida.</i></p> <p>EN LETRA DE IMPRENTA: Nombre del médico/APN/PA Núm. tel. _____</p> <p>Firma del médico/APN/PA (obligatoria) _____ Fecha/Hora _____</p> <p>Número de licencia profesional _____</p>
----------	--	---

INFORMACIÓN DE LA PERSONA SUSTITUTA	
La persona sustituta indicada en este documento es la representante de atención de la salud identificada anteriormente en la directiva anticipada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	
Escribir el nombre de persona sustituta en letra de molde	Número telefónico
Dirección de persona sustituta (en letra de molde)	
<p>■ La persona sustituta aquí establecida sólo tiene autorización para modificar este formulario si en la Sección E, arriba, está marcado el "sí".</p>	

INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA

CÓMO COMPLETAR LAS POLST

- Un médico, integrante de enfermería de práctica avanzada o asistente de médico deben llenar este formulario.
- Se recomienda enfáticamente usar el formulario original. Pueden usarse fotocopias y faxes de los formularios de las POLST firmados.
- Cualquier sección en blanco del formulario de las POLST significa que debe darse tratamiento completo para esa sección.

CÓMO REVISAR LAS POLST

Las órdenes POLST son órdenes reales que se transfieren con la persona y son válidas en todos los entornos en New Jersey. Se recomienda que las órdenes POLST se revisen periódicamente, especialmente cuando:

- La persona se traslade de un entorno de atención médica o nivel de atención a otro, o
- Haya un cambio sustancial en el estado de salud de la persona, o
- Hayan cambiado las preferencias de tratamiento de la persona.

CÓMO MODIFICAR Y ANULAR LAS POLST – *Una persona con capacidad para tomar decisiones siempre puede modificar/anular las órdenes POLST en cualquier momento.*

- Una persona sustituta, si está designada en la Sección E en la parte frontal de este formulario, puede en cualquier momento anular el formulario para las POLST, cambiar de idea acerca de las preferencias de tratamiento o ejecutar un nuevo documento de POLST basado en los deseos conocidos de la persona, o en otro documento, como una directiva anticipada.
- Una persona sustituta para tomar decisiones, si se le otorgó la autorización en este formulario, puede solicitar modificar las órdenes basándose en los deseos conocidos de la persona, o si no se conocen, en lo que sea mejor para esa persona.
- Para anular las POLST, trace una línea por todas las secciones y escriba "VOID" (NULO) en letras grandes y mayúsculas. Firme y feche esta línea.

Sección A

¿Cuáles son los objetivos específicos que tratamos de alcanzar con este plan de atención médica? Esto puede determinarse haciendo una pregunta sencilla: ¿Cuáles son sus expectativas para el futuro?" Los ejemplos incluyen, entre otros:

- Longevidad, cura, remisión
- Mejor calidad de vida
- Vivir lo suficiente para asistir a un evento familiar (boda, cumpleaños, graduación)
- Vivir sin dolor, náuseas, dificultad para respirar
- Realizar actividades como comer, conducir, hacer jardinería, disfrutar de los nietos

Se insta a los proveedores médicos a que compartan información referente al pronóstico para que la persona establezca objetivos realistas.

Sección B

- Cuando se selecciona "tratamiento limitado", indique también si la persona prefiere o no que se le traslade a un hospital para recibir atención médica adicional.
- Los medicamentos intravenosos para aumentar el bienestar pueden ser apropiados para una persona que ha seleccionado "sólo tratamiento del síntoma".
- La presión de las vías respiratorias positiva no invasiva incluye la presión de las vías respiratorias positiva continua (CPAP, siglas en inglés), y la presión de las vías respiratorias positiva de dos niveles (BiPAP, siglas en inglés).
- Siempre se proporcionarán medidas para el bienestar.

Sección C

Siempre deberán ofrecerse los líquidos y la nutrición oral si es posible desde el punto de vista médico, y si cumplen con los objetivos de atención determinados por la persona o su persona sustituta. La administración de nutrición e hidratación ya sea oral o por medio invasivo deberá ser dentro del contexto de los deseos, la religión y las creencias culturales de la persona.

Sección D

Seleccione las preferencias de la persona con respecto a CPR y con respecto al control de las vías respiratorias por separado. Podría considerarse un período de prueba definido de ventilación mecánica, por ejemplo, cuando se necesita más tiempo para evaluar la situación clínica actual, o cuando la necesidad esperada sería a corto plazo y podría proporcionar algún beneficio paliativo.

Sección E

Esta sección aplica en situaciones donde la persona tiene capacidad para tomar decisiones cuando se completa el formulario de POLST. La persona sustituta sólo puede anular o modificar un formulario de POLST existente, o ejecutar uno nuevo, si la persona designa a dicha sustituta en esta sección.

Sección F

Un profesional médico, es decir un médico, APN o PA, debe firmar el formulario de POLST para que sea válido. Las órdenes verbales son aceptables cuando el médico/APN/PA firma el seguimiento por escrito de acuerdo con las políticas de la institución/comunidad. Las órdenes POLST deben estar firmadas por la persona/su persona sustituta. Indique en la línea de firma si la persona/su persona sustituta no puede firmar, se niega a firmar o se da un consentimiento verbal. Recuerde a la persona/su persona sustituta que una vez que este formulario POLST se llene y firme, todo documento de POLST anterior quedará anulado.