



Estado de Illinois
Departamento de Salud Pública de Illinois

FORMULARIO UNIFORME DE ÓRDENES MÉDICAS PARA TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (POLST) DEL IDPH

En el caso de los pacientes, el uso de este formulario es completamente voluntario. Siga estas órdenes hasta que sean modificadas. Estas órdenes médicas se basan en la condición médica y las preferencias del paciente. Cada sección sin completar no invalida el formulario e implica iniciar todo el tratamiento para esa sección. Si la condición cambia de manera significativa es posible que se tengan que escribir nuevas órdenes.

Apellido del paciente	Nombre del paciente	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)		Sexo ☐ M ☐ F
Dirección (calle/ciudad/estado/código postal)		

A Marque uno	RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) Si el paciente no tiene pulso y no respira.
	☐ Intente la resucitación/RCP ☐ No intente la resucitación/ONR <i>(Seleccionar RCP significa que se ha seleccionado el Tratamiento completo en la Sección B)</i>

Cuando no ocurra un paro cardiorrespiratorio, siga las órdenes B y C.

B Marque uno (opcional)	INTERVENCIONES MÉDICAS Si el paciente es encontrado con pulso y/o está respirando.
	☐ Tratamiento completo: Objetivo principal de mantener la vida a través de medios indicados médicamente. Además del tratamiento que se describe en los puntos Tratamiento selectivo y Tratamiento centrado en el confort, use la intubación, la ventilación mecánica y la cardioversión según se indica. <i>Transferir al hospital y/o a la unidad de cuidados intensivos si se indica.</i> ☐ Tratamiento selectivo: El objetivo principal es tratar las condiciones médicas con medidas médicas seleccionadas. Además del tratamiento que se describe en el Tratamiento centrado en el confort, use el tratamiento médico, líquidos intravenosos y medicaciones intravenosas (puede incluir antibióticos y vasopresores), según sea adecuado médicamente y de acuerdo con las preferencias del paciente. No intube. Puede considerar un soporte de las vías respiratorias menos invasivo (por ejemplo, CPAP, BiPAP). <i>Transferir al hospital, si es indicado. En general se tiene que evitar la unidad de cuidados intensivos.</i> ☐ Tratamiento centrado en el confort: Objetivo principal de maximizar el confort. Aliviar el dolor y el sufrimiento a través del uso de medicación por cualquier vía según sea necesario; usar oxígeno, aspiración y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias. No se deben usar los tratamientos que se incluyen en el Tratamiento completo y selectivo, a menos que sea coherente con el objetivo de confort. Solicitar transferencia al hospital sólo si las necesidades de confort no se pueden cubrir en la ubicación actual. Órdenes adicionales opcionales _____

C Marque uno (opcional)	ALIMENTACIÓN ADMINISTRADA MÉDICAMENTE (si es indicado médicamente) Ofrecer alimentos por boca, si es viable y según lo desee el paciente.
	☐ Alimentación administrada médicamente a largo plazo, incluyendo sondas de alimentación. Instrucciones adicionales (por ejemplo, duración del período de prueba) _____ ☐ Período de prueba de la alimentación administrada médicamente, incluyendo sondas de alimentación. _____ ☐ Ningún medio de alimentación administrada médicamente, incluyendo sondas de alimentación. _____

D	DOCUMENTACIÓN DE LA DISCUSIÓN (Marque todas las casillas correspondientes a continuación)					
	☐ Paciente ☐ Agente bajo poder legal para tratamiento médico ☐ Padre del menor ☐ Responsable sustituto de la toma de decisiones sobre la salud (Ver en la Página 2 la lista de prioridades)					
	Firma del paciente o del representante legal					
	<table border="1"> <tr> <td>Firma (obligatorio)</td> <td>Nombre (<i>letra de imprenta</i>)</td> <td>Fecha</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Firma (obligatorio)	Nombre (<i>letra de imprenta</i>)	Fecha	_____	_____
Firma (obligatorio)	Nombre (<i>letra de imprenta</i>)	Fecha				
_____	_____	_____				

Firma del testigo del consentimiento (Se requiere un testigo para que un formulario sea válido) Tengo 18 años o más y reconozco que la persona mencionada arriba ha tenido la oportunidad de leer este formulario y ha sido testigo del otorgamiento de consentimiento por parte de la persona mencionada arriba o la persona mencionada arriba ha reconocido su firma o marca en este formulario ante mi presencia.						
<table border="1"> <tr> <td>Firma (obligatorio)</td> <td>Nombre (<i>letra de imprenta</i>)</td> <td>Fecha</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Firma (obligatorio)	Nombre (<i>letra de imprenta</i>)	Fecha	_____	_____	_____
Firma (obligatorio)	Nombre (<i>letra de imprenta</i>)	Fecha				
_____	_____	_____				

E	Firma del profesional médico autorizado (médico, residente con licencia (segundo año o más avanzado), enfermera de práctica avanzada o asociado médico)				
	Mi firma a continuación indica que, según mi leal saber y entender, estas órdenes son consistentes con la condición médica y las preferencias del paciente. <table border="1"> <tr> <td>Nombre del profesional médico autorizado en letra de imprenta (obligatorio)</td> <td>Teléfono</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>() _____ - _____</td> </tr> </table>	Nombre del profesional médico autorizado en letra de imprenta (obligatorio)	Teléfono	_____	() _____ - _____
	Nombre del profesional médico autorizado en letra de imprenta (obligatorio)	Teléfono			
_____	() _____ - _____				
<table border="1"> <tr> <td>Firma del profesional médico (obligatorio)</td> <td>Fecha (obligatorio)</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Firma del profesional médico (obligatorio)	Fecha (obligatorio)	_____	_____	
Firma del profesional médico (obligatorio)	Fecha (obligatorio)				
_____	_____				

****ESTE LADO ES SÓLO PARA FINES INFORMATIVOS****

Apellido del paciente	Nombre del paciente	Inicial del segundo nombre
-----------------------	---------------------	----------------------------

El uso del Formulario de Órdenes médicas para tratamiento de soporte vital (POLST, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH, por sus siglas en inglés) siempre es voluntario. Esta orden registra sus deseos de tratamiento médico en su estado de salud actual. Una vez iniciado el tratamiento médico y cuando los riesgos y beneficios de terapia adicional estén claros, sus deseos con respecto al tratamiento pueden cambiar. Su atención médica y este formulario pueden cambiarse en cualquier momento para reflejar sus nuevos deseos. Sin embargo, ningún formulario puede abarcar todas las decisiones sobre tratamiento médico que se pudieran tener que tomar. La Directiva anticipada de poder legal para tratamiento médico (POAHC, por sus siglas en inglés) se recomienda para todos los adultos capaces, sin importar cuál sea su estado de salud. Una POAHC le permite documentar, en detalle, sus instrucciones futuras sobre atención médica y nombrar a un representante legal para que hable en su nombre si usted no está en condiciones de hablar por usted mismo.

Información sobre la directiva anticipada**También tengo las siguientes directivas anticipadas (OPCIONAL)**

☐ Poder legar para tratamiento médico ☐ Declaración de testamento vital ☐ Declaración de preferencia de tratamiento de salud mental

Nombre de la persona de contacto	Número de teléfono del contacto
----------------------------------	---------------------------------

Información para el profesional de la salud

Nombre del preparador	Número de teléfono
Puesto del preparador	Fecha de preparación

Cómo completar el Formulario POLST del IDPH

- **Completar un formulario POLST siempre es un acto voluntario, no puede ser obligatorio y se puede cambiar en cualquier momento.**
- Un POLST debe reflejar las preferencias actuales de las personas que completan el formulario POLST; se debe animar a la persona a que complete una POAHC.
- Las órdenes verbales/telefónicas son aceptables con una firma de seguimiento de un profesional médico autorizado de acuerdo con las políticas del centro de atención médica/comunidad.
- Se alienta el uso del formulario original. Las fotocopias y faxes en cualquier color de papel también son formularios legales y válidos.

Revisión de un formulario POLST

Este formulario POLST debe ser revisado periódicamente y si:

- El paciente es transferido desde un ámbito de atención médica o nivel de atención a otro, o
- si se produce un cambio significativo en el estado de salud del paciente, o
- si las preferencias de tratamiento del paciente se modifican, o
- si cambia el profesional de atención primaria del paciente.

Anulación o revocación de un formulario POLST

- Un paciente capaz puede anular o revocar el formulario, y/o solicitar un tratamiento alternativo.
- Cambiar, modificar o revisar un formulario POLST requiere completar un nuevo formulario POLST.
- Trace una línea a través de las secciones A hasta E y escriba "VOID" (ANULAR) en la página si algún formulario POLST es reemplazado o deja de ser válido. Debajo de la palabra "VOID" escriba la fecha del cambio y vuelva a firmar.
- Si está incluido en una historia clínica electrónica, siga todos los procedimientos de anulación del centro de atención médica.

Orden de prioridad de la Ley sobre los sustitutos para la toma de decisiones sobre la atención médica de Illinois (75 ILCS 40/25)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. Tutor del paciente | 5. Hermano adulto |
| 2. Cónyuge o pareja de una unión civil registrada del paciente | 6. Nieto adulto |
| 3. Hijo adulto | 7. Amigo cercano del paciente |
| 4. Padre | 8. Tutor de los bienes del paciente |

Para más información, visite la Declaración de la legislación de Illinois del IDPH en
<http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>

LA LEY HIPAA (LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO de 1996) PERMITE LA DIVULGACIÓN A PROFESIONALES DE LA SALUD SEGÚN SEA NECESARIO PARA EL TRATAMIENTO