



Departamento de Salud Pública de Georgia



ÓRDENES MÉDICAS DE TRATAMIENTO PARA PROLONGAR LA VIDA

ÓRDENES MÉDICAS DE TRATAMIENTO PARA PROLONGAR LA VIDA (POLST)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

(Nombre)

(Segundo nombre)

(Apellido)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Femenino

<b>A</b> <b>CÓDIGO DE ESTATUS</b> Marque una	<b>RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR): el paciente no tiene pulso y no está respirando.</b> <input type="checkbox"/> Intentar resucitación (CPR). <input type="checkbox"/> Permitir muerte natural (AND) - No intentar resucitación. <i>** Es necesaria la firma de un médico que esté de acuerdo para que esta sección sea válida si este formulario está firmado por una persona autorizada que no sea el agente de atención médica. Vea más instrucciones en la sección III en el reverso del formulario. Cuando no se trate de un paro cardiorrespiratorio, siga las órdenes en B, C y D.</i>		
<b>B</b> Marque una	<b>INTERVENCIONES MÉDICAS: el paciente tiene pulso o está respirando.</b> <input type="checkbox"/> <b>Medidas de alivio:</b> use medicamentos por cualquier vía, posicionamiento, aplicación de hebras y otras medidas para aliviar el dolor y el sufrimiento. Use oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para el alivio. <i>No transfiera a un hospital para recibir tratamiento para prolongar la vida.</i> <input type="checkbox"/> <b>Intervenciones adicionales limitadas:</b> además del tratamiento y la atención descritos anteriormente, proporcione tratamiento médico, según se indique. <b>NO USE</b> entubación o ventilación mecánica. <i>Transfiera a un hospital, si se indica. Por lo general, evite la unidad de cuidados intensivos.</i> <input type="checkbox"/> <b>Tratamiento completo:</b> además del tratamiento y atención descritos anteriormente, use entubación, ventilación mecánica y cardioversión, según se indique. <i>Transfiera a un hospital o unidad de cuidados intensivos, si se indica.</i> Órdenes adicionales (por ejemplo, diálisis): _____		
<b>C</b> Marque una	<b>ANTIBIÓTICOS</b> <input type="checkbox"/> No antibióticos: use otras medidas para aliviar los síntomas. <input type="checkbox"/> Determine el uso o limitación de antibióticos cuando ocurra una infección. <input type="checkbox"/> Use antibióticos si puede prolongarse la vida. Órdenes adicionales: _____		
<b>D</b> Marque una en cada columna	<b>ALIMENTOS Y LÍQUIDOS ADMINISTRADOS ARTIFICIALMENTE</b> <b>Si es posible, siempre prefiera alimentos o líquidos por vía oral donde se indique.</b> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="245 1161 833 1318"> <input type="checkbox"/> No alimentar artificialmente por sonda.  <input type="checkbox"/> Período de prueba de alimentación por sonda.  <input type="checkbox"/> Alimentación por sonda a largo plazo.            Órdenes adicionales: _____         </td> <td data-bbox="833 1161 1567 1318"> <input type="checkbox"/> No administrar líquidos por vía intravenosa (IV).  <input type="checkbox"/> Período de prueba de líquidos intravenosos (IV).  <input type="checkbox"/> Líquidos intravenosos (IV) a largo plazo.            Órdenes adicionales: _____         </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> No alimentar artificialmente por sonda. <input type="checkbox"/> Período de prueba de alimentación por sonda. <input type="checkbox"/> Alimentación por sonda a largo plazo. Órdenes adicionales: _____	<input type="checkbox"/> No administrar líquidos por vía intravenosa (IV). <input type="checkbox"/> Período de prueba de líquidos intravenosos (IV). <input type="checkbox"/> Líquidos intravenosos (IV) a largo plazo. Órdenes adicionales: _____
<input type="checkbox"/> No alimentar artificialmente por sonda. <input type="checkbox"/> Período de prueba de alimentación por sonda. <input type="checkbox"/> Alimentación por sonda a largo plazo. Órdenes adicionales: _____	<input type="checkbox"/> No administrar líquidos por vía intravenosa (IV). <input type="checkbox"/> Período de prueba de líquidos intravenosos (IV). <input type="checkbox"/> Líquidos intravenosos (IV) a largo plazo. Órdenes adicionales: _____		

DISCUSIÓN Y FIRMAS

Los fundamentos de estas órdenes deben estar documentados en los registros médicos. Según mi leal saber y entender, estas órdenes son consecuentes con la condición médica actual y preferencias del paciente y cumplen con los requisitos establecidos por las leyes de Georgia correspondientes.

Nombre del médico:	Firma del médico:	Fecha:
Núm. de licencia:                      Estado:		Teléfono:
Nombre del médico que está de acuerdo (si es necesario; vea III.i. en el reverso del formulario):	Firma del médico que está de acuerdo (si es necesario):	Fecha:
Núm. de licencia:                      Estado:		Teléfono:
Nombre del paciente o persona autorizada: <i>***la persona autorizada NO puede firmar si el paciente tiene la capacidad de tomar decisiones</i>	Firma del paciente o persona autorizada:	Fecha:
		Teléfono:

Relación con el paciente (marque todas las que correspondan):

- Paciente  
  Agente de atención médica  
  Esposo o esposa  
  Tutor nombrado por el tribunal  
  Hijo o hija  
  Padre o madre  
  Hermano o hermana

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE ÓRDENES MÉDICAS

1. Llenar el formulario de órdenes médicas **siempre es voluntario**.
2. Cualquier sección en un formulario de órdenes médicas que se deje vacía significa que se desea el tratamiento completo para las intervenciones que se discuten en esa sección.
3. Un formulario de órdenes médicas puede firmarse/llevarse:
  - a. cuando un paciente tiene una enfermedad o afección grave y el juicio razonado del médico que lo atiende es que el paciente va a morir en los siguientes 365 días O
  - b. en cualquier momento, si una persona ha recibido un diagnóstico de demencia u otra enfermedad o afección degenerativa gradual que ataque el cerebro y cause problemas de memoria, pensamiento y comportamiento.
4. **Si el paciente tiene la capacidad de tomar decisiones**, ese paciente decidirá si desea llenar y firmar el formulario de órdenes médicas junto a su médico. Una persona autorizada **NO** puede firmar el formulario de órdenes médicas en nombre de un paciente que tiene la capacidad de tomar decisiones.
5. **Si el paciente no tiene la capacidad de tomar decisiones**, el formulario de órdenes médicas puede ser firmado por una "persona autorizada", que incluye, en orden de prioridad, las siguientes:
  - a. agente designado en el poder duradero del paciente para atención médica o agente de atención médica designado en la directiva anticipada para la atención médica.
  - b. esposo o esposa
  - c. tutor designado por el tribunal
  - d. hijo o hija (mayor de 18 años)
  - e. padre o madre
  - f. hermano o hermana (mayor de 18 años)
6. Si una persona autorizada llena y firma el formulario de órdenes médicas, las opciones de tratamiento deben basarse en la buena fe de lo que el paciente hubiera deseado si entendiera sus circunstancias actuales.

## INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA PROFESIONALES DEL CUIDADO DE LA SALUD

- I. **Cuando un formulario de órdenes médicas es firmado por el paciente** y el médico que lo atiende, las órdenes pueden implementarse sin restricción alguna.
  - II. **Cuando un formulario de órdenes médicas es firmado por el agente de atención médica** del paciente y el médico tratante:
    - i. **Si la Sección A indica Permitir muerte natural – No intentar resucitación**, esta orden puede ser implementada por el paciente si es un "candidato para la no resucitación"\* según se define en el Código de Georgia, Sección 31-39-2(4). Sin embargo, **NO** es necesaria la firma de un médico que esté de acuerdo conforme al Código de Georgia, Sección 31-92-4(c).
    - ii. **Las órdenes en las Secciones B, C y D pueden implementarse sin restricción alguna.**
  - III. **Cuando un formulario de órdenes médicas es firmado por una persona autorizada** (que no es el agente de atención médica del paciente) y el médico tratante:
    - i. **Si la Sección A indica Permitir muerte natural – No intentar resucitación**, esta orden puede ser implementada por el paciente si es un "candidato para la no resucitación"\* según se define en el Código de Georgia, Sección 31-39-2(4). Es **NECESARIA** la firma de un médico que esté de acuerdo conforme al Código de Georgia, Sección 31-39-4(c).
    - ii. **Las órdenes en las Secciones B, C o D pueden implementarse por el paciente** si:
      - a. está en condición terminal O
      - b. se encuentra en un estado de inconciencia permanente O
      - c. se le ha diagnosticado demencia u otra enfermedad o afección degenerativa gradual que ataque el cerebro y cause problemas de memoria, pensamiento y comportamiento.
  - IV. **El estatus de las órdenes de resucitación debe ser revisado durante operaciones u otros procedimientos invasivos** por el médico y el paciente o la "persona autorizada" por el paciente (según se define anteriormente).
  - V. Las copias del formulario de órdenes médicas original son válidas.
  - VI. El formulario de órdenes médicas permanecerá válida a menos que el médico tratante lo revoque previo consentimiento del paciente o la persona autorizada por el paciente.
  - VII. Un médico tratante que emita una orden con base en el formulario de órdenes médicas y transfiera el paciente a otro médico debe informar de la orden al médico y a las instalaciones de cuidados de la salud, si corresponde, que reciban al paciente.
  - VIII. Las instalaciones de cuidados de la salud pueden establecer requisitos administrativos o procesales adicionales con relación a las decisiones sobre cuidados paliativos de un paciente, incluido el uso de un formulario de orden distinto. Si el paciente se encuentra en una instalación de cuidados de la salud, el médico que lo atiende debe comprobar con la instalación que las órdenes son válidas.
- \* El Código de Georgia, Sección 31-39-2(4), define a un "candidato para no resucitación" como aquel paciente que, basado en un nivel razonable de certeza médica:
- (A) tiene una afección médica que razonablemente se espera que cause la muerte inminente del paciente;
  - (B) se encuentra en un estado no cognitivo con posibilidad razonable de que recupere sus funciones cognitivas o
  - (C) es una persona para quien el CPR no tendría utilidad médica ya que lo más probable es que la resucitación no restaure las funciones cardíacas y respiratorias, o solo restaure las funciones cardíacas y respiratorias del paciente por un período de tiempo breve y probablemente necesitaría CPR más de una vez durante un período corto de tiempo, o dicha resucitación no tendría utilidad médica.

## REVISIÓN POSTERIOR DEL FORMULARIO DE ÓRDENES MÉDICAS

Este formulario debe ser revisado cuando (i) el paciente sea transferido de un lugar o nivel de cuidado a otro, (ii) dado de alta, (iii) hay un cambio sustancial en el estatus de salud del paciente o (iv) las preferencias de tratamiento del paciente cambian. Si estas órdenes médicas se anulan, se remplazan o dejan de ser válidas, trace una línea a través de las secciones A a D, escriba "ANULADO" en letras grandes con la fecha y la hora, y firme junto a la línea. Después de anularse el formulario, puede llenarse uno nuevo. *Si no se llena un nuevo formulario, puede proporcionarse tratamiento completo y resucitación.*

Fecha/hora de revisión	Lugar de revisión	Nombre del revisor en letra de imprenta	Resultado de la revisión	Firma del médico
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario anulado, se llenó un nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario anulado, no se llenó un nuevo formulario	
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario anulado, se llenó un nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario anulado, no se llenó un nuevo formulario	