

Idaho Physician Orders for Scope of Treatment (POST) PAGE 1 of 2

(Orden Médica para Plan de Tratamiento [OMPT])

This section for Provider use only (Esta sección es para el uso del proveedor médico solamente)

HIPAA PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS & ELECTRONIC REGISTRY AS NECESSARY FOR TREATMENT

- **This is a TWO page form that must be signed by an authorized practitioner in SECTION C to be valid**
- **If any section is NOT COMPLETE provide the most comprehensive treatment in that section**
- **EMS: If questions arise contact on-line Medical Control**

| | | |
|--|--|---|
| Last name _____ <i>(Apellido)</i> | Date of birth ____/____/_____ <i>(Fecha de Nacimiento)</i> | Male <i>(Hombre)</i> Female <i>(Mujer)</i> |
| First name _____ <i>(Primer Nombre)</i> | Last four digits of SS # _____ <i>(Últimos 4 números de SS #)</i> | |

| | |
|--|---|
| Section (Sección) A Select (Marque) 1 OR o 2 | <p>CARDIOPULMONARY RESUSCITATION: Patient is not breathing and/or does not have a pulse <i>(Resucitación Cardiopulmonar: Paciente no respira y/o no tiene pulso)</i></p> <p>O NOT RESUSCITATE: Allow Natural Death (No Code/DNR/DNAR): No CPR or advanced cardiac life support interventions <i>(No Resucite: Permita una muerte natural (No use Código/ONR/NTR – No Trate de Resucitar): No RCP intervenciones cardiacas avanzadas que mantengan vida.)</i></p> <p>2. RESUSCITATE (FULL CODE): Provide CPR (artificial respirations and cardiac compressions, defibrillation, and emergency medications as indicated by the medical condition) <i>(Resucite (Código Completo): Provea RCP [respiración artificial y compresiones cardiacas, desfibrilac medicamentos de emergencia indicados para la condición médica.]</i></p> <p>Additional resuscitation instructions (Instrucciones adicionales para resucitación)</p> <hr/> |
|--|---|

| | |
|----------------------------------|--|
| Section (Sección) B | <p>ADVANCE DIRECTIVES: The following documents also exist: <i>(Instrucciones Anticipadas: También existen los siguientes documentos)</i></p> <p>Living Will <i>(Declaración de última voluntad)</i> DPAHC <i>(Poder notarial ilimitado de salud)</i></p> <p>Other <i>(Otros)</i> <input style="width: 50%; border: 1px solid black;" type="text"/></p> |
|----------------------------------|--|

| | | | | | | | |
|--|---|------------------------|--|-----|--|--|------------------------|
| Section (Sección) C | <p><input style="width: 5%; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> I request that this document be submitted to the Idaho Health Care Directive Registry <i>(Solicito que se envíe este documento al Registro de directivas para el cuidado de la salud)</i></p> <p>Patient/Surrogate Signature: X <i>(Firma del Paciente/Sustituto)</i></p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 40%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%; text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Print Patient/Surrogate name <i>(Escriba nombre paciente/sustituto)</i></td> <td style="font-size: small;">Relationship (Self, Spouse, etc.) <i>(Relación [sí mismo, cónyuge, etc.])</i></td> <td style="font-size: small;">Date <i>(Fecha)</i></td> </tr> </table> | | | / / | Print Patient/Surrogate name <i>(Escriba nombre paciente/sustituto)</i> | Relationship (Self, Spouse, etc.) <i>(Relación [sí mismo, cónyuge, etc.])</i> | Date <i>(Fecha)</i> |
| | | / / | | | | | |
| Print Patient/Surrogate name <i>(Escriba nombre paciente/sustituto)</i> | Relationship (Self, Spouse, etc.) <i>(Relación [sí mismo, cónyuge, etc.])</i> | Date <i>(Fecha)</i> | | | | | |

This section for Provider use only (Esta sección es para el uso del proveedor médico solamente)

Discussed with (Habló con): Patient Paciente Spouse Cónyuge DPAHC DPAHC

Other Otro

The basis for these orders is *(La base de estas órdenes es):*

Patient's request *(Petición del paciente)* Patient's known preference *(Preferencias conocidas del paciente)*

****ORIGINAL OR COPY TO ACCOMPANY PERSON IF TRANSFERRED OR DISCHARGED****
*(**COPIA U ORIGINAL DEBE ACOMPAÑAR LA PERSONA SI ES TRANSFERIDA O DADA DE ALTA**)*

****PROVIDER SUBMISSION OF COPY TO REGISTRY RECOMMENDED--COPY OF ORIGINAL LEGALLY VALID****
*(**SE RECOMIENDA AL PROVEEDOR ENVIAR COPIA AL REGISTRO--COPIA DE ORIGINAL VÁLIDA LEGALMENTE **)*

I attest that I have validated that the contents of this order are consistent with the patient's wishes

Physician/APRN/PA Signature: X _____ Phone # _____ - _____ - _____

| | | |
|------------------------------|-------------------|------|
| | | / / |
| Print Physician/APRN/PA name | ID license number | Date |

