



WyoPOLST

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

LA LEY HIPAA PERMITE LA DIVULGACIÓN A OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD DE SER NECESARIO PARA TRATAMIENTO
La versión en español solo se debe usar con fines educativos (Spanish version is for educational purposes only)

PRIMERO siga estas ordenes, **LUEGO** comuníquese con el médico, PA o APRN. Esta es una hoja de órdenes del proveedor médico basada en las condiciones médicas y los deseos actuales del paciente. Cualquier sección que no esté llenada implica tratamiento completo para esa sección. Cada paciente será tratado con dignidad y respeto.

Apellido / Nombre/ Segundo nombre del paciente (Coloque el sello de identificación aquí si está disponible):

Fecha de nacimiento del paciente:

Últimos 4 dígitos del Seguro Social:

Sexo:

M / F

A RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP): Si el paciente no tiene pulso y no está respirando.

Marque uno Intentar resucitación/RCP (DNR)/No intentar resucitación (permitir la muerte natural)

Si el paciente NO está sufriendo un paro cardiopulmonar, seguir las órdenes en las secciones **B y C**.

B Intervenciones médicas: Si el paciente tiene pulso y/o está respirando.

- Marque uno
- TRATAMIENTO COMPLETO:** Usar intubación, intervenciones avanzadas en las vías respiratorias, ventilación mecánica y cardioversión según sea indicado. Incluye los cuidados que se describen abajo. *Traslado al hospital si es necesario. Incluye cuidados intensivos.*
 - TRATAMIENTO SELECTIVO:** Usar tratamiento médico, fluidos intravenosos y monitor cardíaco según sea indicado. No intubar ni usar ventilación mecánica. Se puede usar presión positiva no invasiva en las vías respiratorias (p.ej. CPAP, BIPAP). Incluye los cuidados y tratamientos que se describen abajo. *Traslado al hospital si es necesario. Evitar en general los cuidados intensivos.*
 - TRATAMIENTO CENTRADO EN LA COMODIDAD:** Aliviar el dolor y el sufrimiento con medicación por cualquier medio necesario, posicionamiento, cuidado de heridas y otras medidas. Usar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario. *El paciente prefiere no ser trasladado: Transferir si las necesidades de comodidad no pueden ser suplidas en la ubicación actual.*

Órdenes adicionales: (p.ej. diálisis, etc) _____

C NUTRICIÓN ADMINISTRADA ARTIFICIALMENTE: Siempre se debe ofrecer nutrición y líquidos orales si es médicamente posible.

- Marque uno
- Nutrición artificial a largo plazo, incluyendo la alimentación por sonda
 - Período de prueba de nutrición artificial, incluyendo la alimentación por sonda
 - No administrar nutrición por sonda

Órdenes adicionales/metas del paciente: _____

D CONDICIÓN MÉDICA / METAS DEL PACIENTE :

___ Al poner mis iniciales en esta línea, indico que mis instrucciones en este formulario POLST no pueden ser

E cambiadas por mis familiares más cercanos o la persona que toma decisiones médicas si estoy incapacitado.

FIRMAS: Las firmas a continuación verifican que estas órdenes sean consistentes con la condición médica del paciente, las preferencias conocidas y la información más conocida.

Discutido con:

- Paciente
- Madre/Padre de un/a menor
- Tutor legal
- Representante de atención médica (DPOAHC)
- Cónyuge
- Otro: _____

Escriba en letra de imprenta el nombre y la dirección del proveedor de atención médica primario:

Teléfono:

Firma del proveedor de atención médica primario:

Fecha:

Paciente (o representante legal):

Fecha:

ENVÍE EL FORMULARIO ORIGINAL CON LA PERSONA CUANDO SEA TRANSFERIDO O DADO DE ALTA

Se recomienda encarecidamente el uso del formulario original, sin embargo, las fotocopias y faxes de los formularios POLST firmados son legales y válidos.

WyoPOLST – Órdenes médicas para el tratamiento del mantenimiento de la vida

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento:	Sexo:
Información de contacto adicional (opcional)		
Nombre del familiar más cercano, tutor, sustituto o contacto del paciente:	Relación con el paciente:	Teléfono:
El paciente tiene: <input type="checkbox"/> Directiva avanzada (o testamento vital) <input type="checkbox"/> DPOAHC <input type="checkbox"/> Donante de órganos	Fomente que todos los documentos de planificación de cuidados anticipados acompañen al POLST	

Instrucciones para el profesional médico

Cómo llenar el formulario WyoPOLST

- Llenar un formulario WyoPOLST es VOLUNTARIO.
- WyoPOLST se recomienda para pacientes con enfermedad avanzada o fragilidad.
- Debe ser completado por un profesional médico con licencia de Wyoming teniendo en cuenta las preferencias del paciente y las indicaciones médicas.
- WyoPOLST debe estar firmado por un proveedor con licencia y el paciente / responsable de decisiones para ser válido. Se aceptan órdenes verbales con la firma de seguimiento por parte del proveedor autorizado de acuerdo con la política de la institución / comunidad.
- Se recomienda encarecidamente el uso del formulario original. El formulario original debe imprimirse en cartulina amarilla y el formulario original debe acompañar al paciente. Las fotocopias y faxes de los formularios firmados de WyoPOLST son legales y válidos.
- Se pueden obtener copias adicionales del formulario WyoPOLST al comunicarse con el Departamento de Salud de Wyoming, División de Envejecimiento, Sección de Vida Comunitaria al 1-800-442-2766.

Cómo usar el formulario WyoPOLST

- Cualquier sección incompleta de WyoPOLST implica un tratamiento completo para esa sección.

Sección A:

- No se debe utilizar ningún desfibrilador (incluido el DEA) en una persona que haya elegido "No intentar reanimación".

Sección B:

- Las terapias centradas en la comodidad siempre deben ofrecerse a cualquier paciente, independientemente del nivel de atención seleccionado.
- Cuando no se puede lograr la comodidad en el entorno actual, la persona, incluyendo a alguien con "Terapia centrada en el confort", debe ser trasladada a un entorno capaz de brindar comodidad (por ejemplo, el tratamiento de una fractura de cadera).
- La medicación intravenosa para mejorar la comodidad puede ser apropiada para una persona que ha elegido la "terapia centrada en la comodidad"
- Las técnicas no invasivas de las vías respiratorias incluyen la presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP), la presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias (BiPAP) y las respiraciones asistidas con máscara de válvula de bolsa (BVM).
- El tratamiento de la deshidratación prolonga la vida. Una persona que desee líquidos por vía intravenosa debe indicar "Tratamiento selectivo" o "Tratamiento completo".

Sección C:

- Siempre se debe ofrecer nutrición y líquidos orales si es médicamente posible.

Revisión del formulario WyoPOLST

Se recomienda una revisión periódica del WyoPOLST. Una revisión se recomienda cuando:

- se traslada al paciente de un lugar de atención o nivel de atención a otro, o
- hay un cambio sustancial en el estado de salud del paciente, o
- cambian las preferencias de tratamiento del paciente.

Cómo modificar y anular el formulario WyoPOLST

- Un paciente con la capacidad para hacerlo, en cualquier momento, puede solicitar que se anule el formulario WyoPOLST o cambiar de opinión sobre sus preferencias de tratamiento mediante la ejecución de una directiva anticipada verbal o escrita o un nuevo formulario WyoPOLST.
- Para anular el formulario WyoPOLST, dibuje una línea a través de las secciones A a la D y escriba "VOID" en letras grandes. Firme y coloque la fecha en la línea.

Revisión de WyoPOLST

Fecha de revisión	Nombre / firma del revisor	Razón de la revisión	Resultado de la revisión
		<input type="checkbox"/> Cambio en el estado del paciente <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Revisión anual	<input type="checkbox"/> Ningún cambio <input type="checkbox"/> Formulario anulado <input type="checkbox"/> Nuevo formulario completado
		<input type="checkbox"/> Cambio en el estado del paciente <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Revisión anual	<input type="checkbox"/> Ningún cambio <input type="checkbox"/> Formulario anulado <input type="checkbox"/> Nuevo formulario completado