

Introduction to the Spanish translation of the POLST form

POLST is a medical order that gives patients more control over their care during serious illness. This is a way for you to share your goals and wishes for the types of medical care you want. POLST is optional for you to fill out. Once completed and signed by a doctor your POLST form becomes a medical order that is required to be honored by all health care professionals in Alaska.

This is a Spanish translation of the Alaska POLST form. This translation is for educational purposes. The signed POLST form must be in English so that all health care professionals and emergency personnel can read and follow the orders.

To learn more about Alaska POLST, visit www.akpolst.org

Introducción a la traducción al español del formulario POLST

El formulario POLST es una orden médica que brinda a los pacientes más control sobre su atención médica durante una enfermedad grave. Esta es una manera de compartir sus objetivos y deseos para los tipos de atención médica que quiere. Completar el POLST es opcional. Una vez completado y firmado por un médico, su formulario POLST se convierte en una orden médica que todos los profesionales de la salud en Alaska deben cumplir.

Esta es una traducción al español del formulario POLST de Alaska. Esta traducción es para fines educativos. El formulario POLST firmado debe estar en inglés para que todos los profesionales de la salud y el personal de emergencia puedan leer y seguir las órdenes.

Para obtener más información sobre Alaska POLST, visite www.akpolst.org

Formulario POLST (Órdenes médicas para el tratamiento de soporte vital) de Alaska

Los proveedores de atención médica deben completar este formulario solo después de haber conversado con su paciente o el representante del paciente. El proceso de toma de decisiones de POLST es para pacientes que están en riesgo de un evento clínico potencialmente mortal porque tienen una condición médica grave que limita la vida, que puede incluir fragilidad avanzada.

Información del paciente.**Tener un formulario POLST siempre es voluntario.**

Esta es una orden médica, no una directriz anticipada.

Nombre del paciente: _____
 Segundo nombre/inicial: _____ Nombre preferido: _____
 Apellido: _____ Sufijo (Jr., Sr., etc.): _____
 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): ____/____/____ Estado donde se completó el formulario: _____
 Género: M F X Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social (opcional): xxx-xx-_____

A. Órdenes de reanimación cardiopulmonar. Siga estas instrucciones si el paciente no tiene pulso y no respira.

- Escoja 1**
- SÍ RCP:** Intento de reanimación, incluida la ventilación mecánica, desfibrilación y cardioversión. (Requiere elegir tratamientos completos en la sección B)
- SIN RCP:** No intente la reanimación. (Puede elegir cualquier opción en la sección B)

B. Órdenes de tratamiento inicial. Siga estas instrucciones si el paciente tiene pulso y/o respira.

Reevalúe y analice las intervenciones con el paciente o el representante del paciente con regularidad para garantizar que los tratamientos cumplan con los objetivos de atención del paciente.

Considere una prueba cronometrada de las intervenciones en función de los objetivos y los resultados específicos.


- Escoja 1**
- Tratamientos completos** (requeridos si elige la RCP en la sección A). Objetivo: Intente mantener la vida por todos los medios médicamente eficaces. Proporcionar tratamientos médicos y quirúrgicos adecuados según lo indicado para intentar prolongar la vida, incluidos los cuidados intensivos.
- Tratamientos selectivos.** Objetivo: Intente restablecer la función mientras evita los esfuerzos de cuidados intensivos y reanimación (ventilador, desfibrilación y cardioversión). Puede usar presión positiva no invasiva en las vías respiratorias, antibióticos y líquidos IV según lo indicado. Evite los cuidados intensivos. Traslado al hospital si las necesidades de tratamiento no se pueden satisfacer en la ubicación actual, a menos que se documente otra preferencia de tratamiento en la sección C de este formulario.
- Tratamientos centrados en la comodidad.** Objetivo: Maximice la comodidad mediante el manejo de los síntomas; permita la muerte natural. Utilice oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para mayor comodidad. Evite los tratamientos enumerados en su totalidad o seleccione tratamientos a menos que sean consistentes con el objetivo de comodidad. Traslade al hospital solo si no se puede lograr comodidad en el entorno actual.

C. Órdenes o instrucciones adicionales. Estas órdenes se suman a las anteriores (por ej., derivados de la sangre, diálisis). [Los protocolos de EMS pueden limitar la capacidad del personal de responder a emergencias para actuar según las órdenes de esta sección].**D. Nutrición asistida médicamente** (ofrezca alimentos por vía oral si es seguro y si el paciente lo desea y lo tolera)

- Escoja 1**
- Proporcionar alimentación a través de sondas colocadas quirúrgicamente nuevas o existentes
- No se desean medios artificiales de nutrición
- Período de prueba para nutrición artificial pero sin tubos colocados quirúrgicamente
- Discutido pero no se tomó una decisión (atención estándar proporcionada)

E. FIRMA: Paciente o representante del paciente (opcional)

Entiendo que este formulario es voluntario. Analicé mis opciones de tratamiento y los objetivos de la atención con mi proveedor. Si firma como representante del paciente, los tratamientos son consistentes con los deseos conocidos del paciente y en su mejor interés.


 (opcional)

Si es distinto del paciente, escriba el nombre completo de la persona que consiente (o la no oposición en el caso del tutor)

Autoridad:

F. FIRMA: Proveedor de atención médica (obligatorio, los documentos firmados electrónicamente son válidos) Se aceptan órdenes verbales con firma de seguimiento.

Confirmando que esta orden se discutió con el paciente o su representante. Las órdenes reflejan los deseos conocidos del paciente, según mi leal saber y entender. [Nota: Solo los proveedores de atención médica autorizados por ley para firmar el formulario POLST en Alaska pueden firmar esta orden].

 (obligatorio)

Fecha (mm/dd/aaaa): Requerido
 / /

Número de teléfono:

Nombre completo en letra de imprenta:

Licencia/certificado. N.º:

Nombre completo del paciente:

Información para completar formularios (obligatorio)

Revisó las instrucciones anticipadas del paciente para confirmar que no hay conflicto con las órdenes de POLST:
(Un formulario POLST no reemplaza una directriz anticipada o un testamento vital)

- Sí; fecha del documento revisado: _____
- Existe conflicto, se notifica al paciente (si el paciente carece de capacidad, anotado en el gráfico)
- La directiva anticipada no está disponible
- No existe directiva anticipada

Consulte a todos los que participaron en la discusión: Paciente con capacidad para tomar decisiones: Tutor designado por el tribunal Padre de un menor
 Sustituto legal/agente de atención médica Otro: _____

Proveedor de atención médica de asistencia profesional con cumplimentación del formulario (si corresponde): Nombre completo:	Fecha (mm/dd/aaaa): / /	N.º de teléfono: ()
--	----------------------------	-------------------------

Relación de esta persona con el paciente: Asistente del médico Trabajador Social Enfermero Clero Otros:

Información de contacto (opcional)

Contacto de emergencia del paciente. (Nota: Incluir a una persona aquí no le otorga autoridad para ser un representante legal. Solo una directriz anticipada o la ley estatal pueden otorgar esa autoridad).

Nombre completo:	<input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Otro contacto de emergencia	N.º de teléfono: Día: () Noche: ()
------------------	--	--

Nombre del proveedor de atención primar	Teléfono: ()
---	------------------

El paciente está inscrito en hospicio

Nombre de la agencia:
Teléfono de la agencia: ()

Información e instrucciones del formulario

- Completar un formulario POLST:
 - El proveedor debe documentar la base de este formulario en las notas del registro médico del paciente.
 - El Estatuto de Alaska determina quién es el representante del paciente y, de acuerdo con la ley estatal, y el representante puede ejecutar o anular este formulario POLST solo si el paciente carece de capacidad para tomar decisiones.
 - Solo los proveedores de atención médica con licencia autorizados para firmar formularios POLST en Alaska (MD/D.O.) pueden firmar este formulario.
 - El original (si está disponible) se entrega al paciente; el proveedor guarda una copia en el registro médico.
 - Los últimos 4 dígitos del SSN son opcionales, pero pueden ayudar a identificar o hacer coincidir a un paciente con su formulario.
 - Si se utiliza un formulario POLST traducido durante la conversación, adjunte la traducción al formulario en inglés firmado.
 - El formulario POLST válido completado más recientemente reemplaza todos los formularios POLST completados anteriormente.
- Uso de un formulario POLST:
 - Cualquier sección incompleta de la POLST no crea ninguna presunción sobre las preferencias de tratamiento del paciente. Proporcionar una atención médica estándar.
 - No se deben usar desfibriladores (incluidos los desfibriladores externos automáticos) ni compresiones torácicas si se elige "Sin CPR".
 - Para todas las opciones, use medicamentos por cualquier ruta, posicionamiento, cuidado de heridas y otras medidas apropiadas para aliviar el dolor y el sufrimiento.
- Revisar un formulario POLST: Este formulario no vence, pero debe revisarse siempre que el paciente:
 - (1) se transfiera de un entorno o nivel de atención a otro;
 - (2) tenga un cambio sustancial en el estado de salud;
 - (3) cambie de proveedor principal o
 - (4) cambie sus preferencias de tratamiento u objetivos de atención.
- Modificación de un formulario POLST: Este formulario no se puede modificar. Si se necesitan cambios, anule el formulario y complete un nuevo formulario POLST.
- Anular un formulario POLST:
 - Si un paciente o representante del paciente (para pacientes que carecen de capacidad) quiere anular el formulario: destruya el formulario en papel y comuníquese con el proveedor de atención médica del paciente para anular las órdenes en el registro médico del paciente (y en el registro POLST, si corresponde).
 - Para los proveedores de atención médica: destruya la copia del paciente (si es posible), la nota en el formulario de registro del paciente se anula y notifique a los registros (si corresponde).
- Este formulario se puede agregar a un registro electrónico seguro para que los proveedores de atención médica puedan encontrarlo.

Para códigos de barras/etiqueta de identificación