

# This Spanish language version is for educational purposes only

HIPAA PERMITE QUE SE MUESTRE EL POLST A OTROS PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA CONFORME SEA NECESARIO

## Ordenes Médicas del Tratamiento para el Sustento de Vida (POLST)

Primero siga estas órdenes, después contacte al doctor o enfermera especializada. Ésta es una orden médica basada en la condición médica de la persona y en sus deseos. Cualquier sección que no se complete implica tratamiento completo para esa sección. Todos serán tratados con dignidad y respeto.

Apellido
Nombre/ Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento

<b>A</b> <small>Marque una</small>	<p><b>Resucitación Cardiopulmonar (RCP): La persona no tiene pulso y no está respirando.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tentativa Resucite/RCP    <input type="checkbox"/> No Trate de Resucitar/NR/ no RCP (Permita la Muerte Natural)</p> <p>Cuando no tiene paro cardiopulmonar, siga las ordenes en <b>B, C y D</b></p>
---------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>B</b> <small>Marque una</small>	<p><b>Intervenciones médicas: La persona tiene pulso y/o está respirando.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Solamente medidas de alivio</b> use medicamento por cualquier vía, cambie la posición, cuide la herida y ofrezca cualquier otra medida para aliviar el dolor y sufrimiento. Use oxígeno, succione y administre tratamiento manual para la obstrucción de la vía respiratoria conforme sea necesario para el alivio. <b>No transfiera</b> al hospital para tratamiento de sustento de vida. <b>Transfiera</b> al hospital si no se puede ofrecer alivio en la ubicación actual.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Intervención Adicional Limitada</b> Incluye la atención descrita anteriormente. Use tratamiento médico, fluidos intravenosos y el monitor cardíaco tal como indicado. No use intubación, intervención avanzada de la vía respiratoria, o ventilación mecánica. <b>Transfiera</b> al hospital si está indicado. Evite atención intensiva.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Tratamiento Completo</b> Incluye la atención descrita anteriormente. Use intubación, intervención avanzada de la vía respiratoria, o ventilación mecánica, y cardioversión tal como indicado. <b>Transfiera</b> al hospital si está indicado. Incluye atención intensiva.</p> <p>Órdenes adicionales:</p>
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>C</b> <small>Marque una</small>	<p><b>Antibióticos</b></p> <p><input type="checkbox"/> No antibióticos. Use otras medidas para aliviar los síntomas.</p> <p><input type="checkbox"/> Determine el uso o limite el uso de antibióticos cuando surge alguna infección.</p> <p><input type="checkbox"/> Use antibióticos si la vida puede ser prolongada.</p> <p>Órdenes adicionales:</p>
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>D</b> <small>Marque una</small>	<p><b>Nutrición Artificial Administrada: Siempre ofrezca comida por la boca cuando es posible.</b></p> <p><input type="checkbox"/> No administrar nutrición artificial por tubo.</p> <p><input type="checkbox"/> Administrar nutrición artificial por tubo durante un período definido de prueba</p> <p><input type="checkbox"/> Administrar nutrición artificial por tubo a largo plazo</p> <p>Órdenes adicionales:</p>
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>E</b>	<p><b>Resumen de la Condición Médica y las Firmas</b></p> <p>Fue discutido con:</p> <p><input type="checkbox"/> El paciente</p> <p><input type="checkbox"/> El Padre del menor</p> <p><input type="checkbox"/> Representante de Atención Médica</p> <p><input type="checkbox"/> Encargado designado por la corte</p> <p><input type="checkbox"/> Otro.</p>	<p><b>Mi firma debajo de indica estas órdenes son consecuente con las preferencias de persona, si conocido. Vea historial médico para la documentación adicional.</b></p>
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NOT A VALID POLST FORM

The signed POLST form must be in English so that emergency medical personnel can read and follow the orders.