



State of Illinois
Illinois Department of Public Health

**ORDEN DE PRACTICANTE UNIFORME DE IDPH PARA
FORMA DE TRATAMIENTO DE VIDA SOSTENIBLE
(POLST)**

Para los pacientes, el uso de este formulario es **Apellido del Paciente** **Nombre del Paciente** **Inicial**
Completamente voluntario. Siga estas órdenes hasta que se cambien. Estas órdenes médicas son

en función de la condición médica y las preferencias del paciente. Cualquier sección no completada no invalida el formulario y implicaba iniciar todo el **Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)** **Género H M**

tratamiento para esa sección. Con cambio de **Dirección (calle/ciudad/estado/código postal)**
condición pueden necesitar escribirse nuevos pedidos.

A RESUSCITATION CARDIOPULMONAR (RCP) Si el paciente no tiene pulso y no respira
Comprobar Intento de reanimación/RCP No intente reanimación/DNR
Uno (La selección de RCP significa que se selecciona El tratamiento completo en la sección B)

Cuando no esté en paro cardiopulmonar, siga las órdenes B y C.

B INTERVENCIONES MEDICAS Si el paciente se encuentra con pulso y/o está respirando.
Comprobar **Tratamiento Completo: Objetivo principal de mantener la vida por medios médicamente indicados.**
Uno (opcional) Además del tratamiento descrito en Tratamiento Selectivo y Tratamiento Centrado en la Comodidad, utilizar intubación, ventilación mecánica y cardioversión como se indica. Traslado al hospital y/o a la unidad de cuidados intensivos si se indica.

Tratamiento Selectivo: Objetivo principal de tratar afecciones médicas con medidas médicas seleccionadas Además del tratamiento descrito en El tratamiento centrado en la comodidad, utilice tratamiento médico, fluidos intravenosos y medicamentos (pueden incluir antibióticos y vasopresores), según sea médicamente apropiado y consistente con el paciente Preferencia. No intubar. Puede considerar un soporte de las vías respiratorias menos invasiva (por ejemplo, CPAP, BiPAP). Traslado al hospital, si se indica. Por lo general, evite la unidad de cuidados intensivos.

Tratamiento centrado en la comodidad: Objetivo principal de maximizar la comodidad. Aliviar el dolor y el sufrimiento a través de la uso de medicamentos por cualquier vía según sea necesario; utilizar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias. No utilice los tratamientos enumerados en Tratamiento completo y selectivo a menos que sean consistentes con la meta de comodidad. **Petición traslado al hospital solo si las necesidades de comodidad no se pueden satisfacer en la ubicación actual.**

Pedidos Adicionales Opcionales _____

C NUTRICION MEDICAMENTALMENTE ADMINISTRADA (si está médicamente indicado)

Comprobar **Ofrezca alimentos por vía oral, si es posible y según lo desee.**
Uno

(opcional) Nutrición administrada médicamente a largo plazo, incluyendo tubos de alimentación.
Instrucciones adicionales (por ejemplo, duración del período de prueba)

Período de prueba de nutrición administrada médicamente, incluyendo tubos de alimentación.

No hay medios de nutrición administrados médicamente, incluidas las sondas de alimentación.

D DOCUMENTACION DE DISCUSSION (Marque todas las casillas apropiadas a continuación)

- Paciente Padre de menor Agente bajo el poder de atención médica
 Responsable de la toma de decisiones sustitutas de la atención médica (consulte la página 2 para ver la lista de prioridades)

Firma del Paciente o Representante Legal

Firma (*obligatorio*)

Nombre (*impresión*)

Fecha

Firma del Testigo Para el Consentimiento (testigo requerido para un formulario válido)

Tengo 18 años de edad o más y reconozco que la persona anterior ha tenido la oportunidad de leer este formulario y han sido testigos de la dar su consentimiento por parte de la persona anterior o de la persona anterior ha reconocido su firma o marca en este formulario en mi presencia.

Firma (*obligatorio*)

Nombre (*impresión*)

Fecha

E

Firma de Profesional Autorizado (médico, residente con licencia (segundo año o superior), enfermera de práctica avanzada o asistente médico)

Mi firma a continuación indica lo mejor de mi conocimiento y creencia de que estas órdenes son consistentes con la condición médica y las preferencias del paciente.

Imprimir Nombre de Practicante Autorizado (*obligatorio*)

Teléfono

() _____ - _____

Firma de Practicante Autorizado (*obligatorio*)

Fecha (*obligatorio*)



****ESTE LADO SOLO PARA FINES INFORMATIVOS****

Apellido del Paciente	Nombre del Paciente	I.
------------------------------	----------------------------	-----------

Uso del Formulario de Ordenes de Practicantes para el Tratamiento de Mantenimiento de la Vida (POLST), por suscritos del Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH), por sus que se siempre es voluntario. Esta orden registra sus deseos de tratamiento médico en su estado de salud actual. Una vez inicial tratamiento médico y los riesgos y beneficios de una terapia adicional son claros, sus deseos de tratamiento pueden cambio. Su atención médica y este formulario se pueden cambiar para reflejar sus nuevos deseos en cualquier momento. Sin embargo, ninguna forma puede todas las decisiones de tratamiento médico que puedan necesitar ser tomadas. El Poder Judicial para el Avance del Cuidado de la Salud Directiva (POAHC) se recomienda para todos los adultos capaces, independientemente de su estado de salud. Un POAHC le permite documentar, en detalle, sus futuras instrucciones de atención médica y nombrar a un Representante Legal para hablar por usted si incapaz de hablar por sí mismo.

Información Sobre la Directiva Anticipada

También tengo las siguientes directivas anticipadas (OPCIONAL)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El Poder Legal del Cuidado de La Salud | <input type="checkbox"/> Declaración de Voluntad Viviente |
| <input type="checkbox"/> Declaración de Preferencia de Tratamiento de Salud Mental | |

Nombre de La Persona de Contacto	Número de Teléfono de Contacto
----------------------------------	--------------------------------

Información del Profesional de La Salud

Nombre del Preparador	Número de Teléfono
-----------------------	--------------------

Título del Preparador	Fecha de Preparación
-----------------------	----------------------

Completar el Formulario IDPH POLST

- La cumplimentación de un formulario POLST es siempre voluntaria, no puede ser obligatoria y puede ser cambiada en cualquier momento.
- Un POLST debe reflejar las preferencias actuales de las personas que completan el Formulario POLST; fomentar la finalización de un POAHC.
- Las órdenes verbales/telefónicas son aceptables con la firma de seguimiento por parte de un profesional autorizado de acuerdo con la política de la instalación/comunidad.
- Se recomienda el uso de la forma original. Las fotocopias y faxes en cualquier color de papel también son formularios legales y válidos.

Revisión de Un Formulario POLST

Este formulario POLST debe ser revisado periódicamente y a las necesidades y deseos continuos del paciente. Estos incluyen:

- transferencias de un entorno de atención o nivel de atención a otro;
- cambios en el estado de salud del paciente o el uso de dispositivos implantables (por ejemplo, desfibriladores cardioversores/estimuladores cerebrales);
- el tratamiento y las preferencias continuas del paciente; Y
- un cambio en el profesional de atención primaria del paciente.

Anular o Revocar Un Formulario POLST

- Un paciente con capacidad puede anular o revocar el formulario, y/o solicitar un tratamiento alternativo.
- Cambiar, modificar o revisar un formulario POLST requiere la cumplimentación de un nuevo formulario POLST.
- Dibuje la línea a través de las secciones A a E y escriba "VOID" a través de la página si cualquier formulario POLST se reemplaza o deja de ser válido. Debajo de la escritura "VOID" escriba en la fecha de cambio y vuelva a firmar.
- Si está incluido en un expediente médico electrónico, siga todos los procedimientos de anulación del centro.

Ley de Suplentes de Atención Médica de Illinois (755 ILCS 40/25) Orden de Prioridad

- | | |
|---|--|
| 1. El guardián de la persona del paciente | 5. Hermano Adulto |
| 2. El cónyuge o pareja del paciente de una unión civil registrada | 6. Nieto Adulto |
| 3. Niño Adulto | 7. Un amigo cercano del paciente |
| 4. Padre | 8. El guardián del patrimonio del paciente |

Para obtener más información, visite la Declaración de la IDPH de la ley de Illinois en <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>

HIPAA (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT of 1996) PERMITS DIVULGACIÓN A LOS PROFESIONALES DE LA