



# ÓRDENES MÉDICAS PARA EL ALCANCE DEL TRATAMIENTO (POST) EN INDIANA

Formulario del Estado 56240 (1-17)

Departamento de Salud del Estado de Indiana – IC 16-36-6

**INSTRUCCIONES:** Este es el formulario de Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (Physician order for scope of treatment, POST) en función de la condición y preferencias actuales del paciente. El formulario de POST se debe revisar cuando cambien las condiciones del paciente. Rellenar un formulario de POST es voluntario. No se exige que el paciente rellene un formulario de POST. Un paciente con capacidad de hacerlo o su representante legal pueden anular un formulario de POST en cualquier momento comunicando esa intención al proveedor de atención de la salud. Cualquier sección que no se haya relleno no invalida el formulario e implica tratamiento completo para esa sección. La Ley de responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health insurance portability and accountability act, HIPAA) permite la divulgación de información a los profesionales de atención de la salud según sea necesario para el tratamiento. El formulario original es propiedad personal del paciente. Una copia de este formulario mediante fax, papel o medios electrónicos es una forma válida.

Apellido del paciente		Primer nombre del paciente		Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)		Número de historia		Fecha de preparación (mm/dd/aaaa)	
<b>DESIGNACIÓN DE LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE:</b> Las siguientes secciones (de la A a la D) son las preferencias actuales del paciente para el alcance del tratamiento.					
<b>A</b> Marque Uno	<b>REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP):</b> El paciente no tiene pulsaciones <b>Y</b> no está respirando <input type="checkbox"/> Intentar reanimación cardiopulmonar/RCP <input type="checkbox"/> No intentar reanimación cardiopulmonar/No RCP Si no se encuentra en paro cardiorrespiratorio, continúe con las órdenes en <b>B, C y D</b>				
<b>B</b> Marque Uno	<b>INTERVENCIONES MÉDICAS:</b> Si el paciente tiene pulsaciones <b>y</b> está respirando, <b>o</b> tiene pulsaciones y <b>no</b> está respirando <input type="checkbox"/> <u>Medidas de confort (permitir la muerte natural):</u> Objetivo del tratamiento: Maximizar el confort mediante el tratamiento de los síntomas. Aliviar el dolor y el sufrimiento mediante el uso de cualquier medicamento por cualquier vía, posición, tratamiento de la herida y otras medidas. Utilizar oxígeno, succión y tratamiento manual por obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para el confort. El paciente prefiere que no se le transfiera al hospital para tratamientos para mantener la vida. Transferir al hospital únicamente si no se pueden atender las necesidades de confort en la ubicación actual. <input type="checkbox"/> <u>Intervenciones adicionales limitadas:</u> Objetivo del tratamiento: Estabilización de la enfermedad. Además de la atención descrita en las medidas de confort anteriormente indicadas, se debe utilizar tratamiento médico de estabilización, fluidos intravenosos (hidratación) y monitorización cardíaca según se ha indicado para estabilizar el proceso patológico. Se puede utilizar técnicas de tratamiento básicas de las vías respiratorias y presión positiva de las vías respiratorias no invasiva. No entubar. Transferir al hospital si fuese indicado para tratar las necesidades de carácter médico o de confort. Si fuese posible, evitar la unidad de cuidados intensivos. <input type="checkbox"/> <u>Intervención plena:</u> Objetivo del tratamiento: Las intervenciones plenas incluyen medidas para mantener la vida en la unidad de cuidados intensivos. Además de la atención descrita en las medidas de confort y las intervenciones adicionales limitadas descritas anteriormente, se debe utilizar entubación, intervenciones avanzadas de vías respiratorias y ventilación mecánica como se ha indicado. Transferir al hospital y/o a la unidad de cuidados intensivos si está indicado para atender las necesidades de carácter médico.				
<b>C</b> Marque Uno	<b>ANTIBIÓTICOS :</b> <input type="checkbox"/> Use antibióticos para la infección únicamente si no se puede lograr confort pleno a través de otros medios. <input type="checkbox"/> Use antibióticos compatibles con los objetivos del tratamiento.				
<b>D</b> Marque Uno	<b>NUTRICIÓN ADMINISTRADA ARTIFICIALMENTE:</b> Ofrecer siempre alimentos y líquidos por la boca si fuese posible. <input type="checkbox"/> No administrar nutrición artificial. <input type="checkbox"/> Período de prueba definido de nutrición artificial mediante tubo alimenticio. (Duración del período de prueba: _____ Objetivo: _____) <input type="checkbox"/> Nutrición artificial a largo plazo.				
<b>ÓRDENES MÉDICAS ADICIONALES OPCIONALES :</b>					
<b>PÁGINA DE FIRMA:</b> Este formulario consta de dos (2) páginas. Ambas páginas deben ser expuestas. La página siguiente incluye las firmas exigidas para que el formulario de POST entre en vigor.					

	<b>FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE DESIGNADO LEGALMENTE:</b> Para que el formulario de POST entre en vigencia, el paciente o el representante designado legalmente debe firmar y fechar el formulario al pie de la página.		
<b>E</b>	<b>FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE DESIGNADO LEGALMENTE</b> Mi firma, a continuación, significa que mi médico o las personas designadas por el médico discutieron conmigo las órdenes médicas anteriormente indicadas y que las seleccionadas representan correctamente mis deseos.		
	Firma ( <i>exigido por la ley</i> )	Nombre en letra de imprenta ( <i>exigido por la ley</i> )	Fecha ( <i>exigido por la ley</i> ) (mm/dd/aaaa)
<b>F</b>	<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL REPRESENTANTE DESIGNADO LEGALMENTE EN LA SECCIÓN E</b> <b>(SI FUESE PERTINENTE):</b> Si la firma anterior es distinta de la del paciente, añada la información de contacto del representante.		
	Relación del representante identificado en la Sección E si el paciente no tiene la capacidad ( <i>exigido por la ley</i> )	Dirección ( <i>número y calle, ciudad, estado, y código postal</i> )	Número de teléfono
	<b>ÓRDENES MÉDICAS:</b> Un formulario de Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (POST) puede firmarlo únicamente el médico tratante de una persona si y solo si: (1) El médico tratante ha determinado que: (A) la persona reúne los requisitos; y (B) las órdenes médicas contenidas en el formulario de POST de la persona son razonables y apropiadas desde el punto de vista médico para dicha persona; y (2) La persona que reúne los requisitos o su representante ha firmado y fechado el formulario de POST  Para que una persona cumpla los requisitos debe existir al menos una (1) de las siguientes condiciones: (1) Una enfermedad crónica progresiva avanzada. (2) Una fragilidad crónica progresiva avanzada. (3) Una condición de salud ocasionado por una lesión, enfermedad o padecimiento sobre el cual existe un grado razonable de certeza médica: (A) de no puede haber recuperación; y (B) de que la muerte ocurrirá por causa del padecimiento en un corto período de tiempo sin la prestación de procedimientos para prolongar la vida. (4) Una condición de salud que, si la persona sufriera insuficiencia cardíaca o pulmonar, la reanimación sería infructuosa o la persona sufriría una insuficiencia cardíaca o pulmonar dentro de un corto período de tiempo que ocasionaría la muerte.		
<b>G</b>	<b>DOCUMENTACIÓN DE LA DISCUSIÓN: Órdenes médicas discutidas con (<i>marque uno</i>):</b> <input type="checkbox"/> El paciente (el paciente tiene la capacidad) <input type="checkbox"/> El representante de atención de la salud <input type="checkbox"/> El tutor legal <input type="checkbox"/> El padre/la madre de un menor <input type="checkbox"/> El representante legal de la atención de la salud		
<b>H</b>	<b>FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE</b> Mi firma al pie indica que yo o la persona a la que he designado ha discutido con el paciente o el representante del paciente los objetivos del paciente y las opciones de tratamiento disponibles para el paciente en función de la salud de este. Mi firma al pie indica a mi mejor saber y entender que estas órdenes médicas son compatibles con la enfermedad actual y las preferencias del paciente.		
	Firma del médico tratante ( <i>exigido por la ley</i> )	Nombre del médico tratante en letra de imprenta ( <i>exigido por la ley</i> )	Fecha ( <i>exigido por la ley</i> ) (mm/dd/aaaa)
	Número de teléfono del consultorio del médico ( <i>exigido por la ley</i> )	Número de licencia del médico ( <i>exigido por la ley</i> )	Profesional de atención de la salud que prepara el formulario si es distinto del médico
<b>I</b>	<b>DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE DE ATENCIÓN DE LA SALUD:</b> Como paciente, usted tiene la opción de designar a una persona para que sea su representante de atención de la salud de acuerdo con la IC 16-36-1-7. No se le exige que designe un representante de atención de la salud para que este formulario de POST entre en vigencia. Se le anima a que consulte con su abogado u otro experto sobre las voluntades anticipadas que están disponibles para usted. Puede encontrar los formularios y la información adicional sobre las voluntades anticipadas en el sitio web de ISDH <a href="http://www.in.gov/isdh/25880.htm">http://www.in.gov/isdh/25880.htm</a> .		