

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. Printed on a bright pink form and signed by the patient and by a physician, nurse practitioner or physician assistant, POLST lists the types of medical treatment that a patient wishes to receive during serious illness.

This is a Spanish translation of the California POLST form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient's wishes documented on the POLST form. The signed POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For questions in English, email info@capolst.org or call (916) 489-2222. To learn more about POLST, visit www.caPOLST.org.

Introducción a la traducción al español del formulario POLST

POLST es una orden médica que les da a los pacientes más control sobre su atención médica cuando tienen una enfermedad grave. Impresa en un formulario de color rosa brillante y firmada por el paciente y por un médico, una enfermera con práctica médica o un asistente médico profesional, POLST enumera los tipos de tratamiento médico que el paciente desea recibir cuando tiene una enfermedad grave.

Ésta es una traducción al español del formulario POLST de California. El formulario traducido solo se debe usar con fines educativos al conversar sobre los deseos del paciente, que se tienen que documentar en el formulario POLST. El formulario POLST firmado tiene que estar en inglés para que el personal de emergencia pueda leerlo y seguir las órdenes.

Para preguntas en inglés, envíe un mensaje por correo electrónico a info@capolst.org o llame al (916) 489-2222. Para obtener más información sobre la orden POLST, visite www.caPOLST.org.

La versión en español solo se debe usar con fines educativos (Spanish version is for educational purposes only).
 La ley HIPAA permite la revelación de las POLST a otros profesionales de atención de la salud en la medida que sea necesario



EMSA #111 B
 (En vigor a partir del 1/1/2016)*

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

Primero siga estas órdenes, luego comuníquese con el médico/NP/PA. Una copia firmada de las POLST es una orden médica legalmente válida. Cualquier sección que no esté llenada implica tratamiento completo para esa sección. **Las POLST son un complemento a una directiva anticipada y no tienen el objetivo de reemplazar ese documento.**

Apellido del paciente:	Fecha de preparación del formulario:
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Segundo nombre del paciente:	Nº de registro médico: (opcional)

A Marque uno	Resucitación cardiopulmonar (RCP):	<i>Si el paciente no tiene pulso y no está respirando.</i>
	<i>Si el paciente NO está sufriendo un paro cardiopulmonar, seguir las órdenes en las secciones B y C.</i>	
	<input type="checkbox"/> Intentar resucitación/RCP (Si selecciona RCP en la sección A tiene que seleccionar Tratamiento completo en la sección B) <input type="checkbox"/> No intentar resucitación/DNR (permitir la muerte natural)	

B Marque uno	Intervenciones médicas:	<i>Si el paciente se encuentra con pulso y/o está respirando.</i>
	<input type="checkbox"/> Tratamiento completo – el objetivo primario es prolongar la vida por cualquier medida que sea eficaz desde el punto de vista médico. Además del tratamiento descrito en Tratamiento selectivo y Tratamiento enfocado en la comodidad, usar entubación, intervenciones avanzadas en las vías respiratorias, ventilación mecánica y cardioversión según sea indicado. <input type="checkbox"/> <i>Tratamiento completo durante un período de prueba.</i>	
	<input type="checkbox"/> Tratamiento selectivo – el objetivo es tratar los problemas médicos y evitar las medidas onerosas. Además del tratamiento descrito en Tratamiento enfocado en la comodidad, usar tratamiento médico, antibióticos intravenosos y fluidos intravenosos según sea indicado. No entubar. Se puede usar presión positiva no invasora en las vías respiratorias. Evitar en general los cuidados intensivos. <input type="checkbox"/> <i>Solicitar el traslado al hospital solo si no se pueden suplir las necesidades de comodidad en la ubicación actual.</i>	
	<input type="checkbox"/> Tratamiento enfocado en la comodidad – el objetivo primario es maximizar la comodidad. Aliviar el dolor y el sufrimiento con medicación por cualquier medio necesario; usar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias. No usar los tratamientos indicados en Tratamiento completo y Tratamiento selectivo a menos que sean consecuentes con el objetivo de comodidad. Solicitar el traslado al hospital solo si no se pueden suplir las necesidades de comodidad en la ubicación actual. Órdenes adicionales: _____	

C Marque uno	Nutrición administrada artificialmente:	<i>Ofrecer alimentos por boca, si es posible y deseado.</i>
	<input type="checkbox"/> Administrar nutrición artificial a largo plazo , incluyendo la alimentación por tubo. Órdenes adicionales: _____ <input type="checkbox"/> Período de prueba de nutrición artificial , incluyendo la alimentación por tubo. _____ <input type="checkbox"/> No administrar nutrición por medios artificiales , incluyendo la alimentación por tubo. _____	

D	Información y firmas:	
	Hablado con: <input type="checkbox"/> Paciente (paciente tiene capacidad de hacerlo) <input type="checkbox"/> Encargado de tomar decisiones reconocido legalmente <input type="checkbox"/> Directiva anticipada con fecha _____, disponible y revisada → Agente para la atención de la salud, si fue nombrado en la directiva anticipada: <input type="checkbox"/> Directiva anticipada no está disponible Nombre: _____ <input type="checkbox"/> No hay una directiva anticipada Teléfono: _____	
Firma del médico / Enfermera con práctica médica (NP) / Asistente médico profesional (PA) (Médico/NP/PA) Mi firma a continuación indica que a mi mejor saber y entender estas órdenes son consecuentes con el estado médico y las preferencias del paciente.		
Nombre del médico/NP/PA en letra de molde:		N.º de teléfono del médico/NP/PA:
		N.º de licencia del médico/PA, N.º de Certificado de la NP:
Firma del médico/NP/PA: (requerida) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		Fecha:
Firma del paciente o encargado de tomar decisiones reconocido legalmente Sé que este formulario es voluntario. Al firmar este formulario, el encargado de tomar decisiones reconocido legalmente reconoce que este pedido relativo a medidas de resucitación es consecuente con los deseos conocidos y el mejor interés del individuo que es objeto del formulario.		
Nombre en letra de molde: Firma: (requerida) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		Relación: (escribir Si mismo si es el paciente)
Firma: (requerida) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		Fecha:
Dirección postal (calle/ciudad/estado/código postal):		Número de teléfono:
FOR REGISTRY USE ONLY / PARA USO EXCLUSIVO DEL REGISTRO		

Enviar el formulario con el paciente cuando sea trasladado o dado de alta

*Las versiones de los formularios con fechas de vigencia el 1/1/2009, 4/1/2011 o 10/1/2014 también son válidas.

La ley HIPAA permite la revelación de las POLST a otros profesionales de atención de la salud en la medida que sea necesario

Información del paciente

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: **M** **F**

Médico supervisor del NP/PA

Nombre de la persona que preparó el formulario (si no es el médico/NP/PA que firma)

Nombre: _____

Nombre/Cargo: _____

Número de teléfono: _____

Contacto adicional

Ninguno

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Número de teléfono: _____

Instrucciones para el profesional de atención de la salud

Cómo llenar las POLST

- **Llenar un formulario POLST es voluntario.** La ley de California requiere que los profesionales de atención de la salud cumplan con lo indicado en las POLST y otorga inmunidad a aquellos que las cumplan de buena fe. En el entorno hospitalario, un paciente será evaluado por un médico, o una enfermera con práctica médica (NP) o un asistente médico profesional (PA) actuando bajo la supervisión del médico, quien emitirá órdenes adecuadas congruentes con las preferencias del paciente.
- **Las POLST no reemplazan una directiva anticipada.** Cuando esté disponible, revise la directiva anticipada y el formulario POLST para verificar que sean consecuentes y actualizar los formularios de manera apropiada para resolver cualquier conflicto.
- Las POLST tienen que ser llenadas por un profesional de atención de la salud basándose en las **preferencias del paciente y las indicaciones médicas.**
- Un encargado de tomar decisiones reconocido legalmente podría incluir a un tutor administrativo o tutor nombrado por la corte, agente nombrado en una directiva anticipada, sustituto nombrado oralmente, cónyuge, pareja de hecho registrada, uno de los padres de un menor, pariente más cercano disponible o persona que el médico de la persona considere que conoce mejor lo que está en el mejor interés del paciente y que tomará decisiones de acuerdo a los deseos y valores expresados por el paciente en la medida que se conozcan.
- Un encargado de tomar decisiones reconocido legalmente puede ejecutar el formulario de las POLST solo si el paciente no tiene la capacidad o ha designado que la autoridad del encargado de tomar decisiones cobre vigencia inmediatamente.
- Para ser un formulario de POLST válido, tiene que ser firmado por (1) un médico, o enfermera con práctica médica o asistente médico profesional actuando bajo la supervisión de un médico, y ejerciendo funciones según lo autorizado por ley y (2) el paciente o la persona que toma decisiones en nombre del paciente. Las órdenes verbales son aceptables con una firma posterior del médico/NP/PA de conformidad con las normas de la instalación/comunidad.
- Si se usa un formulario traducido para un paciente o encargado de tomar decisiones, adjúntelo al formulario POLST en inglés firmado.
- Se recomienda enfáticamente el uso del formulario original. Las fotocopias y los facsimiles de los formularios POLST firmados son legales y válidos. Se debe archivar una copia en el registro médico del paciente, en papel Ultra Pink de ser posible.

Cómo usar las POLST

- Toda sección incompleta de las POLST implica **tratamiento completo para esa sección.**

Sección A:

- Si se encuentra sin pulso y no está respirando, **no se deben usar desfibriladores** (incluyendo los desfibriladores automatizados externos) ni compresiones de pecho en un paciente que seleccionó "No intentar resucitación".

Sección B:

- Cuando no se puede lograr la **comodidad del paciente** en el lugar actual, se debe trasladar al paciente, incluso si desea "tratamiento enfocado en la comodidad", a un lugar **debe ser trasladada** a un lugar en el que se le puedan proporcionar comodidad (como por ejemplo, el tratamiento de una fractura de cadera).
- La presión positiva no invasora de las vías respiratorias incluye la presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP), presión positiva en dos niveles de las vías respiratorias (BiPAP) y respiraciones asistidas por bolsa válvula máscara (BVM).
- Los antibióticos por vía intravenosa y la hidratación en general no se consideran "Tratamiento enfocado en la comodidad".
- El tratamiento de la deshidratación **prolonga la vida.** Si un paciente desea fluidos intravenosos, indique "Tratamiento selectivo" o "Tratamiento completo".
- Dependiendo de las **normas de los servicios médicos de emergencia (EMS) locales,** es posible que el personal de EMS no implemente las "Órdenes adicionales" escritas en la sección B.

Revisión de las POLST

Se recomienda una **revisión periódica** de las POLST. 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 las POLST

- Un paciente con la capacidad para hacerlo puede solicitar que se anulen las POLST en cualquier momento, por cualquier medio que indique su intención de anularlas. Se recomienda que la anulación se registre tachando las secciones A a D con una línea, escribiendo "VOID" (nulo) en letra grande, firmando y escribiendo la fecha en esta línea.
- Una persona designada legalmente para tomar decisiones en nombre del paciente puede solicitar una modificación de las órdenes, en colaboración con el médico/NP/PA, según los deseos conocidos del paciente, o si no se conocen, el mejor interés del paciente.

Este formulario está aprobado por la Dirección de Servicios Médicos de Emergencia de California en colaboración con el grupo de trabajo POLST de todo el estado. Para obtener más información o una copia del formulario, visite www.caPOLST.org.

Enviar el formulario con el paciente cuando sea trasladado o dado de alta

What is a POLST?

Key Facts About POLST for Individuals and Family Members

Physician Orders for Life Sustaining Treatment (POLST) is a medical order that helps give people with serious illness more control over their care during a medical emergency. POLST can help make sure you get the care you want, and also protect you from getting medical treatments you DO NOT want.

- **POLST is voluntary.** Nursing homes and assisted living facilities may include POLST in their admission papers, but can't require you to complete a POLST if you do not wish to.
- **POLST is for people who are seriously ill or have advanced frailty.** If you are healthy, an advance directive is for you.
- **A POLST does NOT replace an advance directive,** which is still the best way to appoint someone you trust to act as your medical decisionmaker. A POLST works together with your advance directive, providing more specific detail regarding medical wishes and goals of care during a serious illness or at the end of life.
- **The POLST form should be completed by your doctor or another trained medical provider** after you've had a good conversation about the form's medical terms and options. This conversation is very important and should cover your overall health, your personal values, goals for your care, and treatment wishes. It can be helpful to include your family in the talk so they know and understand your treatment wishes.
- **The POLST form is not valid until it is signed by both you (or your designated decisionmaker) AND your physician, nurse practitioner, or physician assistant.**
- **Once completed and signed, a copy goes in your medical record and you keep the original bright pink POLST.** Wherever you go for medical care, the signed pink form should go with you. At home, keep your POLST in an easy to find place, like on your refrigerator, in case of a medical emergency.
- **POLST does not expire, but it should be reviewed regularly to make sure your wishes haven't changed.** You do not need to fill out a new POLST if you move from one facility to another, or change doctors. You only have to complete a new POLST if your treatment wishes change.
- **POLST is a medical order, which means licensed medical providers are required to follow its instructions** regarding CPR and other emergency medical care. The POLST form is printed on bright pink paper so it is easy to recognize, but photocopies are also considered valid.
- **You can void your POLST form at any time, verbally or in writing.** If you have changes, it is best to complete a new POLST. To void a POLST form, draw a line through sections A through D, write "VOID" in large letters, then sign and date the line.

Please go to: <http://www.capolst.org/> or call (916) 489-2222 for more information.



EMSA #111 B
(Effective 4/1/2017)*

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

First follow these orders, then contact Physician/NP/PA. A copy of the signed POLST form is a legally valid physician order. Any section not completed implies full treatment for that section. **POLST complements an Advance Directive and is not intended to replace that document.**

Patient Last Name:	Date Form Prepared:
Patient First Name:	Patient Date of Birth:
Patient Middle Name:	Medical Record #: (optional)

A Check One	CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): <i>If patient has no pulse and is not breathing.</i> <i>If patient is NOT in cardiopulmonary arrest, follow orders in Sections B and C.</i>
	<input type="checkbox"/> Attempt Resuscitation/CPR (Selecting CPR in Section A requires selecting Full Treatment in Section B) <input type="checkbox"/> Do Not Attempt Resuscitation/DNR (Allow <u>N</u> atural <u>D</u> eath)

B Check One	MEDICAL INTERVENTIONS: <i>If patient is found with a pulse and/or is breathing.</i>
	<input type="checkbox"/> Full Treatment – primary goal of prolonging life by all medically effective means. In addition to treatment described in Selective Treatment and Comfort-Focused Treatment, use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated. <input type="checkbox"/> Trial Period of Full Treatment. <input type="checkbox"/> Selective Treatment – goal of treating medical conditions while avoiding burdensome measures. In addition to treatment described in Comfort-Focused Treatment, use medical treatment, IV antibiotics, and IV fluids as indicated. Do not intubate. May use non-invasive positive airway pressure. Generally avoid intensive care. <input type="checkbox"/> Request transfer to hospital <u>only</u> if comfort needs cannot be met in current location. <input type="checkbox"/> Comfort-Focused Treatment – primary goal of maximizing comfort. Relieve pain and suffering with medication by any route as needed; use oxygen, suctioning, and manual treatment of airway obstruction. Do not use treatments listed in Full and Selective Treatment unless consistent with comfort goal. Request transfer to hospital <u>only</u> if comfort needs cannot be met in current location. Additional Orders: _____ _____

C Check One	ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: <i>Offer food by mouth if feasible and desired.</i>
	<input type="checkbox"/> Long-term artificial nutrition, including feeding tubes. Additional Orders: _____ <input type="checkbox"/> Trial period of artificial nutrition, including feeding tubes. _____ <input type="checkbox"/> No artificial means of nutrition, including feeding tubes. _____

D	INFORMATION AND SIGNATURES:		
	Discussed with: <input type="checkbox"/> Patient (Patient Has Capacity) <input type="checkbox"/> Legally Recognized Decisionmaker		
	<input type="checkbox"/> Advance Directive dated _____, available and reviewed → <input type="checkbox"/> Health Care Agent if named in Advance Directive:	Name: _____	
	<input type="checkbox"/> Advance Directive not available	Phone: _____	
	<input type="checkbox"/> No Advance Directive		
	Signature of Physician / Nurse Practitioner / Physician Assistant (Physician/NP/PA) My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the patient's medical condition and preferences.		
	Print Physician/NP/PA Name:	Physician/NP/PA Phone #:	Physician/PA License #, NP Cert. #:
	Physician/NP/PA Signature: (required)		Date:
	Signature of Patient or Legally Recognized Decisionmaker I am aware that this form is voluntary. By signing this form, the legally recognized decisionmaker acknowledges that this request regarding resuscitative measures is consistent with the known desires of, and with the best interest of, the individual who is the subject of the form.		
	Print Name:	Relationship: (write self if patient)	
Signature: (required)	Date:	Your POLST may be added to a secure electronic registry to be accessible by health providers, as permitted by HIPAA.	
Mailing Address (street/city/state/zip):	Phone Number:		

SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED

*Form versions with effective dates of 1/1/2009, 4/1/2011, 10/1/2014 or 01/01/2016 are also valid