



## INDIANA PHYSICIAN ORDERS FOR SCOPE OF TREATMENT (POST) (ÓRDENES MÉDICAS PARA EL ALCANCE DEL TRATAMIENTO)

Formulario del Estado 55317 (R7 / 3-26)  
Departamento de Salud de Indiana – IC 16-36-6

**INTRODUCCIONES:** Este formulario es una orden médica para el alcance del tratamiento. Debería completarse de acuerdo con la conversación de la condición médica actual del paciente y sus preferencias. Este formulario es de uso voluntario, y es posible que el paciente no necesite completarlo. El formulario debe ser revisado cada vez que cambie la condición médica del paciente. Un paciente puede pedirle al proveedor de atención médica que anule este formulario en cualquier momento. Si el paciente no tiene la capacidad para decidir, su representante legal o persona autorizada legalmente (si no tiene un representante legal) puede completar el formulario en nombre del paciente y pedir al proveedor de atención médica que lo anule. Cualquier sección que se deje en blanco se considerará como autorización para recibir tratamiento completo en esa parte del formulario. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) permite la divulgación de la información a los profesionales de la salud según sea necesario para el tratamiento. El formulario original es propiedad personal del paciente. Una copia por fax, en papel o electrónica de este formulario es válida.

Apellidos del paciente (obligatorio):		Nombre del paciente (obligatorio):		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento (día, mes, año):		Número de historia clínica:		Fecha de elaboración (día, mes, año):	
<b>DESIGNACIÓN DE LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE:</b> Las siguientes secciones (de la A hasta la D) son las preferencias actuales del paciente respecto al alcance del tratamiento.					
<b>A</b> Marque uno					
<b>REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP):</b> El paciente no tiene pulso Y no está respirando. (Obligatorio) <input type="checkbox"/> Intentar la reanimación cardio pulmonar (RCP) (requiere seleccionar INTERVENCIÓN COMPLETA en la sección B) <input type="checkbox"/> No intentar la reanimación (DNR, por sus siglas en inglés). Cuando el paciente no está en paro cardiorrespiratorio, siga las indicaciones en las secciones <b>B, C y D.</b>					
<b>B</b> Marque uno					
<b>INTERVENCIÓNES MÉDICAS:</b> Si el paciente tiene pulso Y está respirando O tiene pulso y NO está respirando. <input type="checkbox"/> <u>Medidas de comodidad (permitir la muerte natural):</u> Objetivo del tratamiento: maximizar la comodidad mediante el manejo de los síntomas. Se alivia el dolor y el sufrimiento con el uso de cualquier medicamento por cualquier vía, así como los cambios de posición, cuidado de heridas y otras medidas. Utilizar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para una mayor comodidad. Si el paciente prefiere no ser trasladado al hospital para recibir tratamientos de soporte vital, entonces solo se trasladará al hospital si las necesidades de comodidad no pueden ser atendidas en la ubicación actual. <input type="checkbox"/> <u>Intervenciones adicionales limitadas:</u> Objetivo del tratamiento: estabilización de la condición médica. Además de la atención descrita en las medidas de comodidad en el párrafo anterior, utilizar el tratamiento médico para la estabilización, líquidos intravenosos (hidratación) y monitor cardíaco según se indique para estabilizar la condición médica. Puede emplear técnicas básicas de manejo de las vías respiratorias y presión positiva no invasiva. No intubar. Trasladar al paciente al hospital, si es necesario, para atender las necesidades médicas o de comodidad. Evitar el cuidado intensivo, si es posible. <input type="checkbox"/> <u>Intervención completa:</u> Objetivo del tratamiento: intervenciones completas que incluyan medidas de soporte vital en la unidad de cuidados intensivos. Además de la atención descrita en las medidas de comodidad e intervenciones adicionales limitadas mencionadas los párrafos anteriores, utilizar intubación, intervenciones avanzadas en las vías respiratorias y ventilación mecánica según sea necesario. Trasladar al hospital o a la unidad de cuidados intensivos, si es necesario, para atender las necesidades médicas.					
<b>C</b> Marque uno					
<b>ANTIBIÓTICOS:</b> <input type="checkbox"/> Administrar antibióticos para la infección solo si no se puede lograr completamente la comodidad por otros medios. <input type="checkbox"/> Administrar antibióticos de acuerdo con los objetivos del tratamiento. <input type="checkbox"/> Decido no completar esta sección en este momento.					

<b>D</b> Marque uno	<b>NUTRICIÓN ADMINISTRADA ARTIFICIALMENTE:</b> Siempre se deben ofrecer alimentos y líquidos por vía oral, si es posible. <input type="checkbox"/> Sin nutrición artificial. <input type="checkbox"/> Período de prueba definido de nutrición artificial por sonda. (Duración del período de prueba: _____ Objetivo: _____) <input type="checkbox"/> Nutrición artificial a largo plazo. <input type="checkbox"/> Decido no completar esta sección en este momento.		
<b>ÓRDENES ADICIONALES OPCIONALES:</b>			
<b>FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA LEGALMENTE:</b> Para que este formulario sea válido, el paciente, representante legal o persona autorizada legalmente debe firmar e ingresar la fecha en el formulario a continuación.			
<b>E</b>	<b>FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA LEGALMENTE:</b> Mi firma a continuación indica que el médico o la enfermera registrada de práctica avanzada o el asociado médico (o su designado) conversó conmigo las órdenes anteriores y que las órdenes seleccionadas representan correctamente las decisiones tomadas durante esta conversación.		
	Firma ( <i>obligatorio</i> ):	Nombre impreso ( <i>obligatorio</i> ):	Fecha ( <i>día, mes y año</i> ) ( <i>obligatorio</i> ):
<b>F</b>	<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA LEGALMENTE IDENTIFICADO EN LA SECCIÓN E (SI CORRESPONDE):</b> Si la firma anterior no es la del paciente, agregue la información de contacto del representante legal o persona autorizada legalmente.		
	Relación del representante legal o persona autorizada legalmente identificado en la sección E, en caso de que el paciente no tenga la capacidad para firmar:	Dirección ( <i>número y calle, ciudad, estado y código postal</i> ):	Número de teléfono:
<b>ORDEN MÉDICA:</b> Un formulario POST (Órdenes médicas sobre el alcance del tratamiento) solo puede ser ejecutado por un médico, personal de enfermería registrado de práctica avanzada o asociado médico que atiende al paciente, únicamente si: (1) El médico, la enfermera registrada de práctica avanzada o el asociado médico que atiende al paciente ha determinado que: (A) el individuo es una persona calificada; y (B) las órdenes médicas contenidas en el formulario POST de la persona son razonables y médicamente apropiadas; y (2) la persona calificada, su representante legal o persona autorizada legalmente ha firmado y escrito la fecha en el formulario. Una persona calificada es aquella que presenta al menos una (1) de las siguientes condiciones: (1) Una enfermedad crónica progresiva avanzada. (2) Una fragilidad crónica progresiva avanzada. (3) Una condición médica causada por una lesión, enfermedad o padecimiento, con un grado razonable de certeza médica: (A) no existe posibilidad de recuperación; y (B) la muerte ocurrirá en un corto período de tiempo si no se realizan los procedimientos destinados a prolongar la vida. (4) Una condición médica por la cual, si la persona llegara a sufrir una falla cardíaca o respiratoria, la reanimación no tendría éxito o, en un corto período de tiempo, la persona presentaría episodios repetitivos de fallas cardíacas o respiratorias que resultaría en la muerte.			

<b>G</b>	<p><b>DOCUMENTACIÓN DE CONVERSACIÓN: Se conversó las órdenes con (marque una opción):</b></p> <p> <input type="checkbox"/> El paciente (con capacidad para decidir).      <input type="checkbox"/> El representante de atención médica.      <input type="checkbox"/> El tutor legal. </p> <p> <input type="checkbox"/> El padre o madre del menor.      <input type="checkbox"/> El representante de atención médica con un poder notarial.      <input type="checkbox"/> La persona autorizada legalmente. </p>
----------	---

<b>H</b>	<p><b>FIRMA DEL MÉDICO, ENFERMERA REGISTRADA DE PRÁCTICA AVANZADA O ASOCIADO MÉDICO</b></p> <p>Mi firma a continuación indica que yo, o mi designado, hemos hablado con el paciente, representante legal o persona autorizada legalmente acerca de los objetivos del paciente y las opciones de tratamiento disponibles según su estado de salud. Mi firma también indica, según mi leal saber y entender, que estas órdenes son consistentes con la condición médica actual del paciente y sus preferencias.</p>		
	Firma del médico, enfermera registrada de práctica avanzada (APRN, por sus siglas en inglés) o asociado médico (PA, por sus siglas en inglés): <b>(obligatorio)</b>	Nombre impreso del médico, enfermera registrada de práctica avanzada o asociado médico: <b>(obligatorio)</b>	Fecha (día, mes y año): <b>(obligatorio)</b>
	Número de teléfono de la oficina del médico, enfermera registrada de práctica avanzada o asociado médico:	Número de licencia del médico, enfermera registrada de práctica avanzada o del asociado médico:	Profesional de la salud que completa el formulario, en caso de no ser el médico tratante, enfermero registrado de práctica avanzada o el asociado médico:

<b>I</b>	<p><b>NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA:</b> Como paciente, usted tiene la opción de nombrar a una persona que actúe como su representante de atención médica conforme al IC 16-36-7. No tiene la obligación de designar a un representante de atención médica para que este formulario (POST) sea válido. Se le recomienda consultar con su abogado u otro personal calificado sobre las instrucciones previas de atención médica disponibles para usted. Puede obtener los formularios e información adicional sobre las instrucciones anticipadas de tratamiento médico en la página web del Departamento de Salud de Indiana (IDOH, por sus siglas en inglés) <a href="https://www.in.gov/health/cshcr/indiana-health-care-quality-resource-center/advance-directives-resource-center/">https://www.in.gov/health/cshcr/indiana-health-care-quality-resource-center/advance-directives-resource-center/</a></p>
----------	--