

¿Cómo obtengo una copia del formulario POLST?

Se lo entregará su médico u otro proveedor de atención a la salud. Si su médico u otro proveedor de atención a la salud no están al tanto, o necesitan más información sobre el formulario POLST, pídale que se pongan en contacto con la Asociación Médica del Estado de Washington al 1 (800) 552-0612.

Organizaciones que respaldan el uso del formulario POLST

- Association of Washington Public Hospital Districts
- Washington State Department of Health
- Washington State Hospice & Palliative Care Organization
- Washington State Hospital Association
- Regional Ethics Network of Eastern Washington and Northern Idaho

Puede encontrar más información sobre el formulario POLST en el sitio web de la Asociación Médica del Estado de Washington en www.wsma.org/patient_resources/polst.

Washington State Medical Association
WSMA
Physician Driven
Patient Focused

2033 6th Avenue Suite 1100
Seattle, WA 98121
(206) 441-9762 or 1-800-552-0612



Department of Health
Office of Emergency Medical & Trauma Prevention
P.O. Box 47853
Olympia, WA 98504-7853
(360) 236-2828 or (800) 458-5281

Formulario de Órdenes Médicas para el Tratamiento de Prolongación de la Vida (POLST)

Información para pacientes y familiares

HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROVIDERS

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

First Name / Last Name / Middle Initial: _____
Date of Birth: _____

FIRST follow these orders. **THEN** contact physician, nurse practitioner or PA-C. This is a Physician Order Sheet based on the person's current medical condition and wishes. Any section not completed implies full treatment for that section. Everyone shall be treated with dignity and respect.

A CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): Person has no pulse and is not breathing. **Check One**

CPR/Resuscitation (Allow Natural Death)

COMFORT MEASURES ONLY Use medication, oxygen, oral suction and manual treatment of airway to relieve pain and suffering. Use oxygen, oral suction and manual treatment of airway as needed for comfort. **Patient prefers no transfer: EMS contact medical control for transport indicated to provide adequate comfort.**

LIMITED ADDITIONAL INTERVENTIONS Includes care described above. Use medical cardiac monitor as indicated. Do not use intubation or mechanical ventilation. Provide respiratory support (e.g. CPAP, BIPAP). **Transfer to hospital if indicated. Avoid intubation.**

FULL TREATMENT Includes care described above. Use intubation, advanced airway ventilation, and cardioversion as indicated. **Transfer to hospital if indicated.**

Additional Orders: (e.g. dialysis, etc.) _____

C ANTIBIOTICS: **Check One**

No antibiotics. Use other measures to relieve symptoms.

Determine use or limitation of antibiotics when infection occurs, with comfort as goal.

Use antibiotics if life can be prolonged.

Additional Orders: _____

D ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION AND FLUIDS: **Check One**

Always offer food and liquids

No artificial nutrition and fluids

Trial period of artificial nutrition and fluids (Goal: _____)

Long-term artificial nutrition and fluids

Additional Orders: _____

E MEDICAL CONDITION/GOALS: _____

F SIGNATURES: The signatures below verify that these orders are consistent with the patient's condition, known preferences and best known information:

Discussed with: Patient Parent of Minor Legal Guardian Health Care Agent (DPOAHC) Spouse/Other: _____

PRINT — Physician/ARNP/PA-C Name: _____
Physician/ARNP/PA-C Signature (mandatory): _____
Patient or Legal Surrogate Signature (mandatory): _____

El formulario POLST está destinado a cualquier persona con una enfermedad avanzada que acorta la vida.

Si tiene un problema de salud grave, debe tomar decisiones sobre tratamientos de prolongación de la vida. Su médico puede usar el formulario POLST para hacer cumplir sus deseos como órdenes médicas claras y específicas.

Su médico puede usar el formulario POLST para escribir órdenes que indiquen qué tipos de tratamiento para la prolongación de la vida quiere o no quiere al final de su vida.

El formulario POLST pide información acerca de:

- sus preferencias sobre la resucitación
- condiciones médicas
- el uso de antibióticos
- líquidos y alimentos administrados artificialmente

El formulario POLST es voluntario y pretende:

- ayudarlos a usted y a su médico a discutir y desarrollar planes que reflejen sus deseos;
- ayudar a médicos, enfermeras, instalaciones de atención a la salud y personal de emergencia a cumplir sus deseos sobre tratamientos de prolongación de la vida;
- dar instrucciones para el tratamiento adecuado al personal de los Servicios Médicos de Emergencia.

Preguntas frecuentes sobre el formulario POLST

¿Es necesario firmar el formulario POLST?

Sí. Un médico, una enfermera especializada o médico asistente certificado (PA-C) deben firmar el formulario verde intenso para que sea una orden médica que sea entendida y cumplida por otros profesionales de atención a la salud.

Si tengo un formulario POLST, ¿necesito también directivas anticipadas?

Si ha firmado un formulario POLST, se recomienda que también tenga directivas anticipadas, aunque no es un requisito. Su médico puede darle más información sobre directivas anticipadas.

¿Qué sucede si mi ser querido ya no puede comunicar sus deseos para su atención?

Si usted es el representante de atención a la salud designado, puede hablar en representación de su ser querido. Un médico puede completar el formulario POLST basándose en su comprensión de los deseos de su ser querido.

¿En qué situación se usa el formulario POLST?

El formulario POLST completado es un formulario de orden médica que permanecerá con usted si es trasladado a otros entornos de atención, sin importar si está en

un hospital, en su hogar o en una instalación de atención a largo plazo.

¿En dónde se conserva el formulario POLST?

Si vive en su hogar debe conservar el formulario POLST original verde intenso en una ubicación visible (p. ej. en el frente del refrigerador, en la parte posterior de la puerta del dormitorio, en una mesita de noche o en su botiquín). Si vive en una instalación de cuidado a largo plazo, su formulario POLST puede conservarse en su historia clínica junto con otras órdenes médicas.

El formulario muestra la parte superior con el título "Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)" y una declaración de HIPAA. Incluye campos para el nombre y el número de seguro social del paciente. Las secciones A, B, C, D y E detallan las preferencias del paciente sobre la resucitación, intervenciones médicas, antibióticos y nutrición artificial.

HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROVIDERS AS NECESSARY	
Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)	
FIRST follow these orders, THEN contact physician, nurse practitioner or PA-C. This is a Physician Order Sheet based on the person's current medical condition and wishes. Any section not completed implies full treatment for that section. Everyone shall be treated with dignity and respect.	
Last Name /First/Middle Initial _____	
Date of Birth _____	Last 4 #SSN _____
A	CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): Person has no pulse and is not breathing.
Check One	<input type="checkbox"/> CPR/Attempt Resuscitation <input type="checkbox"/> DNR/Do Not Attempt Resuscitation (Allow Natural Death)
When not in cardiopulmonary arrest, follow orders in B, C and D.	
B	MEDICAL INTERVENTIONS: Person has pulse and/or is breathing.
Check One	<input type="checkbox"/> COMFORT MEASURES ONLY Use medication by any route, positioning, wound care and other measures to relieve pain and suffering. Use oxygen, oral suction and manual treatment of airway obstruction as indicated to provide adequate comfort. Patient prefers no transfer: EMS contact medical control to determine if transfer is indicated.
	<input type="checkbox"/> LIMITED ADDITIONAL INTERVENTIONS Includes care described above. Use medical treatment, IV cardiac monitor as indicated. Do not use intubation or mechanical ventilation. May use less invasive support (e.g. CPAP, BiPAP). Transfer to hospital if indicated. Avoid intensive care if possible.
	<input type="checkbox"/> FULL TREATMENT Includes care described above. Use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated. Transfer to hospital if indicated. Includes intensive care.
Additional Orders: (e.g. dialysis, etc.) _____	
C	ANTIBIOTICS:
Check One	<input type="checkbox"/> No antibiotics. Use other measures to relieve symptoms.
	<input type="checkbox"/> Determine use or limitation of antibiotics when infection occurs, with comfort as goal.
	<input type="checkbox"/> Use antibiotics if life can be prolonged.
Additional Orders: _____	
D	ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION:
Check One	Always offer food and liquids by mouth if possible.
	<input type="checkbox"/> No artificial nutrition by tube.
	<input type="checkbox"/> Trial period of artificial nutrition by tube (Goal: _____)
	<input type="checkbox"/> Long-term artificial nutrition by tube
Additional Orders: _____	
E	MEDICAL CONDITION/GOALS: