INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO SOBRE EL ALCANCE DEL TRATAMIENTO EN INDIANA (POST)

Formulario del Estado 55406 (9-13)
Indiana State Department of Health – IC 16-36-6

INSTRUCCIONES: Siga estas instrucciones primero. Contacte al médico tratante, al enfermero de práctica avanzada o al asistente del médico para más instrucciones si estuviesen indicadas. Los Servicios médicos de emergencia (EMS) deben contactar al Control Médico de acuerdo con el protocolo. Estas instrucciones médicas están basadas en las preferencias del paciente y su cuadro clínico actual. Cualquier sección que no esté rellenada no invalida el formulario e implica el tratamiento completo para esa sección. ***La Ley de Reponsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (****HIPAA) permite la divulgación a los profesionales de la atención médica cuando sea necesario para el tratamiento. El formulario original es propiedad personal del paciente.*

Apellido del paciente	Primer nombre del paciente	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento *(mm/dd/aaaa)*	Número de registro médico	Fecha de preparación *(mm/dd/aaaa)*

A *Marque uno*

RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR): *El paciente no tiene pulso Y no está respirando.*

☐ Intentar resucitación/CPR ☐ No intentar resucitación (DNR)

Cuando no esté en paro cardiopulmonar, siga con las instrucciones de **B, C** y **D**

B *Marque uno*

INTERVENCIÓN MÉDICA: *Si el paciente tiene pulso Y está respirando O tiene pulso pero NO está respirando.*

☐ *Medidas de confort (permitir la muerte natural)*: Meta del tratamiento: Maximizar el confort a través del manejo de los síntomas. Alivio del dolor y del sufrimiento mediante el uso de cualquier medicamento por cualquier vía, posicionamiento, atención de la lesión y otras medidas. Uso de oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para el confort. El paciente prefiere no ser trasladado al hospital para tratamientos de soporte vital. Transferir al hospital solo si las medidas para mantener el confort no se pueden implementar en la ubicación actual.

☐ *Intervenciones adicionales limitadas*: Meta del tratamiento: Estabilización del padecimiento. Además de la atención descrita en las Medidas para mantener el confort indicadas anteriormente, haga uso del tratamiento médico para la estabilización, fluidos intravenosos (hidratación) y monitor cardiaco como se ha indicado para estabilizar el padecimiento. Puede utilizar técnicas básicas de manejo de las vías respiratorias y presión positiva no invasiva de las vías respiratorias. No intubar. Transfiera al hospital si está indicado para manejar las necesidades médicas o el confort. Evite el cuidado intensivo si fuese posible.

☐ *Intervención total*: Meta del tratamiento: Intervenciones totales incluyendo medidas de soporte vital en la unidad de cuidados intensivos. Además de la atención descrita anteriormente en las Medidas de confort y las Intervenciones adicionales limitadas, use intubación, intervenciones avanzadas de vías respiratorias y ventilación mecánica, según lo indicado. Transfiera al hospital y/o a la unidad de cuidados intensivos si está indicado para atender las necesidades de orden médico.

C *Marque uno*

ANTIBIÓTICOS:

☐ Use antibióticos para la infección solo si no puede lograr confort total a través de otros medios.

☐ Utilice antibióticos de acuerdo con las metas del tratamiento.

D *Marque uno*

NUTRICIÓN ADMINISTRADA ARTIFICIALMENTE: Siempre ofrezca alimentos y líquidos por la boca si fuese viable.

☐ No administre nutrición artificial.

☐ Período de prueba definido de nutrición artificial mediante tubo.
(Duración de la prueba: _____ Meta: _____)

☐ Nutrición artificial a largo plazo.

E

DOCUMENTACIÓN DE LA DISCUSIÓN: Instrucciones discutidas con *(marque uno)*:

☐ Paciente (el paciente tiene capacidad) ☐ Representante de atención médica

☐ Tutor legal / Padre o Madre del menor ☐ Carta poder para la atención médica

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE DESIGNADO LEGALMENTE

Mi firma al pie indica que mi médico discutió conmigo las instrucciones anteriormente descritas y que las que están especificadas representan adecuadamente mis deseos. Si la firma es distinta de la del paciente, añada la información de contacto para el representante al reverso.

Firma ***(requerida de acuerdo con el estatuto)***	Nombre en letra de imprenta ***(requerido de acuerdo con el estatuto)***	Fecha ***(requerida de acuerdo con el estatuto)*** *(mm/dd/aaaa)*

F

FIRMA DEL MÉDICO

Mi firma al pie indica a mi mejor saber y entender que estas instrucciones reflejan las preferencias y el cuadro **clínico actuales del paciente.**

Nombre del médico firmante en letra de imprenta ***(requerido de acuerdo con el estatuto)***	Número de teléfono del consultorio del médico ***(requerido de acuerdo con el estatuto)*** ( ) _____ – _____	Número de licencia ***(requerido de acuerdo con el estatuto)***
Firma del médico ***(requerida de acuerdo con el estatuto)***	Fecha ***(requerida de acuerdo con el estatuto)*** *(mm/dd/aaaa)*	Para uso de la oficina únicamente

Información para el paciente en relación con las Instrucciones para el médico sobre el alcance del tratamiento (POST)

Llenar el formulario de las Instrucciones para el médico sobre el alcance del tratamiento en Indiana (POST) siempre es voluntario. POST se basa en sus metas de atención médica y registra sus deseos en relación con el tratamiento médico. Una vez que el tratamiento médico inicial haya comenzado y estén claros los riesgos y los beneficios de proporcionar más terapia, sus deseos sobre el tratamiento pueden cambiar. Su atención médica y este formulario pueden cambiar en cualquier momento para reflejar sus nuevos deseos. Ningún formulario puede contener todas las decisiones de tratamiento médico que puedan ser necesarias. Se recomienda elaborar unas instrucciones previas , incluyendo la designación de una persona para que hable en su nombre si usted no puede hacerlo por sí mismo. Puede designar un representante de atención médica en la casilla que sigue si no lo ha hecho previamente. La HIPAA permite la divulgación a los profesionales de la atención médica cuando sea necesario para el tratamiento.

Designación de un representante de atención médica *(opcional)*

Nombre de representante de atención médica	Número de teléfono

Relación con el paciente	Dirección *(número y calle, ciudad, estado, y código postal)*

Por la presente designo el persona arriba nombrado como mi representante para actuar en mi nombre sobre todos los asuntos relativos a la atención de mi salud, incluyendo, entre otros, proporcionar el consentimiento o declinarlo para la atención médica, cirugías y/o ingresos en instalaciones de atención a la salud, incluyendo las instalaciones de convalecencia prolongada. Esta designación entrará en vigor en el momento, o cada cierto tiempo, en que mi médico tratante determine que soy incapaz de expresar mi consentimiento para la atención de mi salud. Comprendo que si he designado previamente a un representante de atención médica, la designación anterior sustituye (reemplaza) cualquier (cualesquiera) representante(s) anteriormente designado(s) de atención médica

Firma del paciente	Fecha *(mm/dd/aaaa)*	Testigo (adulto distinto del Representante de atención médica designado)

Información de contacto para las secciones E y F

Relación del representante identificado en la sección E si el paciente no tiene la capacidad de expresarse (***requerido de acuerdo con el estatuto)***	Dirección	Número de teléfono
Profesional de atención médica que prepara el formulario si es distinto de la persona identificada en la sección F.	Nombre de quien prepara el formulario	Número de teléfono

Instrucciones para los profesionales de atención médica

Cómo rellenar las Instrucciones para el médico sobre el alcance del tratamiento (POST)

- Las instrucciones POST deben reflejar las preferencias de tratamiento actuales del paciente.
- Si el paciente no dispone de la capacidad de hacerlo, el formulario lo puede rellenar el tutor designado legalmente, el representante de atención médica, el apoderado para la atención médica o el padre/madre de un menor. La autoridad del Representante de atención médica nombrado está conferida por los estatutos de Indiana.
- Las instrucciones verbales / telefónicas son aceptables con la firma de seguimiento de un médico de acuerdo con la política de las instalaciones/la comunidad y la ley estatal.
- El formulario POST es propiedad personal del paciente. Se recomienda el uso del formulario original aunque las fotocopias, las copias electrónicas y los faxes también son legales y válidos.

Uso de las Instrucciones para el médico sobre el alcance del tratamiento (POST)

- Las personas que necesiten servicios médicos de emergencia debido a un accidente o lesión inesperada fuera del alcance de la enfermedad de la persona deben recibir tratamiento para atender sus necesidades de carácter médico.
- Cualquier sección de estas instrucciones POST que no esté rellenada implica tratamiento completo para esa sección.
- Los líquidos y la nutrición por vía oral siempre se deben ofrecer si fuese viable desde el punto de vista médico.
- La atención para el confort nunca es opcional. Cuando no se pueda lograr el confort en las instalaciones actuales, la persona, incluyendo alguien que designe las "Medidas de confort" debe ser transferida a unas instalaciones que puedan proporcional confort (p. ej., fractura de cadera).
- La medicación por vía intravenosa para mejorar el confort puede ser adecuada para una persona que haya elegido "Medidas de confort".
- El tratamiento a la deshidratación es una medida que puede prolongar la vida. Una persona que desee líquidos por vía intravenosa debe seleccionar "Intervenciones adicionales limitadas" o "Intervención total" en la sección B de este formulario.
- Si un proveedor de atención médica considera que estas instrucciones no son apropiadas desde el punto de vista médico, debe discutir sus inquietudes y revisar las instrucciones con el consentimiento del paciente o el representante autorizado.
- Si un proveedor de atención médica no puede cumplir con las instrucciones debido a la política o a la ética personal, el proveedor o la gerencia de las instalaciones de atención médica debe hacer los arreglos necesarios para transferir al paciente a otro proveedor o instalaciones y proporcionarle entretanto la atención adecuada.
- En caso de que el paciente esté hospitalizado, el médico que atienda el ingreso debe evaluar al paciente y revisar el formulario POST. Puede recomendar nuevas instrucciones en función del estado del paciente y sus preferencias conocidas o, si son desconocidas, lo que mejor convenga al paciente.

Revisión de las Instrucciones para el médico sobre el alcance del tratamiento (POST)

Este formulario se debe revisar periódicamente en las siguientes circunstancias:

- Si se produce un cambio sustancial en el estado de salud del paciente.
- Si se transfiere al paciente de unas instalaciones de atención médica o de un nivel de atención a otro o si el médico tratante cambia.
- Las preferencias de tratamiento del paciente cambian.

Anulación de las Instrucciones para el médico sobre el alcance del tratamiento (POST)

- Una persona con pleno uso de sus facultades o el representante válido de una persona que no esté en pleno uso de sus facultades puede anular las instrucciones POST en cualquier momento por cualquiera de los siguientes medios: mediante un escrito firmado y fechado; la cancelación o destrucción física de dichas instrucciones; mediante otra persona bajo las instrucciones del declarante o representante; o mediante expresión oral. La revocatoria entrará en vigor cuando esta se le comunique a un proveedor de atención médica.