



Estado de Illinois
Departamento de Salud Pública de Illinois

NO-RESUCITAR (DNR, SIGLAS EN INGLÉS)/ÓRDENES DEL FACULTATIVO PARA TRATAMIENTO QUE SOSTIENE LA VIDA (POLST, SIGLAS EN INGLÉS)

Para pacientes, el uso de este formulario es estrictamente voluntario. Siga estas órdenes hasta que se cambien. Las presentes órdenes médicas se basan en la condición médica del paciente y sus preferencias. La falta de información en cualquier sección no invalida el presente formulario e implica el inicio de todo tratamiento para dicha sección. Con un cambio importante de la condición, puede ser necesario escribir nuevas órdenes.

Apellido del paciente	Primer nombre del paciente	Inicial
Fecha de nacimiento (mes/día/año)		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)		

A RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR, siglas en inglés) El paciente no tiene pulso y no está respirando.

Marque Uno Intentar resucitación/CPR No intentar resucitación/DNR
(La selección de CPR significa que se ha escogido Tratamiento completo en la Sección B)

Cuando el paciente no se encuentra en paro cardiopulmonar, siga las órdenes B y C.

B INTERVENCIONES MÉDICAS El paciente tiene pulso y/o está respirando.

Marque Uno (opcional) Tratamiento completo: **Objetivo principal de sostener la vida por medios médicos.** Además del cuidado descrito en Tratamiento selectivo y Tratamiento enfocado en confort, use intubación y ventilación mecánica y "cardioversión" según se indica. *Traslade a hospital y/o unidad de cuidados intensivos si es indicado.*

Tratamiento selectivo: **Objetivo principal de tratar las condiciones médicas con medidas médicas seleccionadas.** Además del tratamiento descrito en Tratamiento enfocado en confort, use tratamiento médico, fluidos y medicamentos intravenosos (puede incluir antibióticos y "vasopresores"), medicamento apropiados y consistentes con la preferencia del paciente. No Use Intubación. Puede considerar apoyo menos invasivo de las vías respiratorias (por ej., CPAP, BiPAP). *Traslade a hospital si es indicado. En general, evite la unidad de cuidados intensivos.*

Tratamiento enfocado en confort: **Objetivo principal de maximizar el confort.** Alivie el dolor y sufrimiento usando medicamentos a través de la ruta apropiada: use oxígeno, tratamiento succión y tratamiento manual de obstrucción de vías respiratorias. No use tratamientos descritos en Tratamiento completo y Tratamiento selectivo a menos que sea consistente con el objetivo de confort. **Solicite traslado a hospital solo si las necesidades de confort no pueden satisfacerse en el lugar actual.**

Órdenes adicionales opcionales _____

C NUTRICIÓN MÉDICAMENTE ADMINISTRADA (si está médicamente indicado) Ofrecer comida por boca, si es posible y se desea.

Marque Uno (opcional) Nutrición administrada médicamente a largo plazo, incluyendo tubos de alimentación. **Otras instrucciones (por ej., duración del período de prueba)** _____

Nutrición administrada médicamente durante un período de prueba, incluyendo tubos de alimentación. _____

Ninguna nutrición administrada médicamente, incluyendo tubos de alimentación. _____

D DOCUMENTACIÓN DE CONVERSACIÓN (Marque todas las casillas apropiadas)

Paciente Agente según poder notarial de atención médica
 Padre o madre de menor de edad Sustituto para tomar decisiones de atención médica (Vea página 2 para lista)

Firma del paciente o representante legal

Firma (requerida)	Nombre (en letra de imprenta)	Fecha
----------------------------	-------------------------------	-------

Firma de testigo del consentimiento (Se requiere testigo para validar el formulario)
Yo tengo 18 o más años de edad y reconozco que la persona nombrada arriba ha tenido la oportunidad de leer este formulario y he presenciado que la misma dio su consentimiento, o que la misma ha reconocido su firma o marca en el presente formulario en mi presencia.

Firma (requerida)	Nombre (en letra de imprenta)	Fecha
----------------------------	-------------------------------	-------

E FIRMA DEL FACULTATIVO A CARGO (médico, residente licenciado (segundo año o superior), enfermero práctico avanzado o asistente de médico)

Mi firma abajo indica que según mi leal saber y entender las presentes órdenes son consistentes con la condición médica y las preferencias del paciente.

Nombre del facultativo a cargo, en letra de imprenta (requerido)	No. de teléfono () _____ - _____
Firma del facultativo a cargo (requerida)	Fecha (requerida)

****ESTA PÁGINA TIENE PROPÓSITOS SOLAMENTE INFORMATIVOS****

Apellido del paciente	Primer nombre del paciente	Inicial
-----------------------	----------------------------	---------

Completar el formulario No-Resucitar (DNR)/Órdenes del facultativo para tratamiento que sostiene la vida (POLST) del Departamento de Salud Pública de Illinois **es siempre voluntario**. Este formulario registra sus deseos para tratamiento médico en su condición actual de salud. Una vez que se comienza el tratamiento médico inicial y quedan claros los riesgos y ventajas de terapias adicionales, sus deseos sobre tratamiento pueden cambiar. Su atención médica y este formulario pueden cambiar en cualquier momento para reflejar sus nuevos deseos. Sin embargo, ningún formulario puede abordar todas las decisiones de tratamiento médico que puedan tener que tomarse. Se recomienda que todos los adultos mentalmente capaces, independientemente de su estado de salud, completen el formulario *Power of Attorney for Health Care Advance Directive* (POAHC, o Directiva anticipada de poder notarial para atención médica). Un POAHC le permite documentar en detalle sus instrucciones futuras sobre el cuidado médico y nombrar a un Representante Legal para que hable por usted si usted no puede hablar por sí mismo.

Información de directivas anticipadas

Yo también tengo las siguientes directivas anticipadas (OPCIONAL)

Poder notarial de atención médica Declaración de testamento vital Declaración de preferencia de tratamiento de salud mental

Nombre de persona de contacto	No. de teléfono de persona de contacto
-------------------------------	--

Información sobre el profesional médico (Health Care Professional Information)

Nombre del preparador	No. de teléfono
Título del preparador	Fecha de preparación

Completar el formulario de IDPH No-Resucitar (DNR)/POLST

- Completar el formulario DNR/POLST es siempre voluntario, no puede exigirse y puede cambiarse en cualquier momento.
- Un formulario DNR/POLST debe reflejar las preferencias de la persona que lo completa; sugiera que se complete un POAHC.
- Se aceptan órdenes verbales o por teléfono con la firma de seguimiento del médico a cargo de acuerdo a las políticas del establecimiento o comunidad.
- Se prefiere el uso del formulario original. Fotocopias y facsímiles en papel de cualquier color también son formularios legales y válidos.

Revisar el formulario No-Resucitar (DNR)/POLST

El presente formulario DNR/POLST debe revisarse periódicamente y en los siguientes casos:

- El paciente se traslada de un lugar o de un nivel de atención a otro,
- o si hay un cambio significativo en la condición de salud del paciente,
- o si las preferencias del paciente cambian en cuanto al tratamiento,
- o si hay un cambio en el profesional de cuidado del paciente.

Anular o revocar el formulario No-Resucitar (DNR)/POLST

- Un paciente capaz puede anular o revocar el formulario, y/o pedir tratamientos alternativos.
- El cambiar, modificar o revisar un formulario DNR/POLST requiere completar un formulario DNR/POLST nuevo.
- Tachar desde la sección A hasta la E y escribir encima "VOID" (anulado) si el formulario DNR/POLST es reemplazado o se invalida. Debajo de "VOID" escribir la fecha del cambio y firmar nuevamente.
- Si se incluye en un archivo médico electrónico, seguir todos los procedimientos de anulación del establecimiento.

Lista de prioridad según la ley Illinois Health Care Surrogate Act (755 ILCS 40/25)

- | | |
|--|---|
| 1. Guardián (tutor personal) del paciente | 5. Hermano adulto |
| 2. Cónyuge del paciente o su compañero en una unión civil registrada | 6. Nieto adulto |
| 3. Hijo adulto | 7. Amigo íntimo del paciente |
| 4. Padre o madre | 8. El administrador del patrimonio del paciente |

Para más información, visite la declaración de IDPH sobre la ley de Illinois en <http://www.dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>

LA LEY HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996) PERMITE COMPARTIR ESTA INFORMACIÓN CON PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA SI ES NECESARIO PARA EL TRATAMIENTO