

## Introduction to the Spanish translation of the POLST form

---

POLST is a physician order that gives patients more control over their care during serious illness. Produced on a distinctive bright pink form and signed by both the physician and patient, POLST specifies 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](mailto:info@capolst.org) or call (916) 489-2222. To learn more about POLST, visit [www.caPOLST.org](http://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 distintivo y firmada por el médico y el paciente, POLST especifica los tipos de tratamiento médico que el paciente quiere recibir hacia 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](mailto:info@capolst.org) o llame al (916) 489-2222. Para obtener más información sobre la orden POLST, visite [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org).

*This page is left intentionally blank.*



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

**Primero siga estas órdenes y después póngase en contacto con el médico.** 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 Resucitación cardiopulmonar (RCP):** *Si el paciente no tiene pulso y no está respirando. Si el paciente NO está sufriendo un paro cardiopulmonar, seguir las órdenes en las secciones B y C.*

Marque uno

**Intentar resucitación/RCP** (Si selecciona RCP en la sección A **tiene que** seleccionar Tratamiento completo en la sección B)

**No intentar resucitación/DNR** (permitir la muerte natural)

**B Intervenciones médicas:** *Si el paciente se encuentra con pulso y/o está respirando.*

Marque uno

**Tratamiento completo** – el objetivo principal 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.

**Tratamiento completo durante un período de prueba.**

**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.

**Solicitar el traslado al hospital solo si no se pueden suplir las necesidades de comodidad en la ubicación actual.**

**Tratamiento enfocado en la comodidad** – el objetivo principal 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 Nutrición administrada artificialmente:** *Ofrecer alimentos por boca, si es posible y deseado.*

Marque uno

Administrar nutrición artificial a largo plazo, incluyendo la alimentación por tubo. Órdenes adicionales: \_\_\_\_\_

Período de prueba de nutrición artificial, incluyendo la alimentación por tubo. \_\_\_\_\_

No administrar nutrición por medios artificiales, incluyendo la alimentación por tubo. \_\_\_\_\_

**D Información y firmas:**

**Hablado con:**  Paciente (paciente tiene capacidad de hacerlo)  Encargado de tomar decisiones reconocido legalmente

Directiva anticipada con fecha \_\_\_\_\_, disponible y revisada → Agente para la atención de la salud, si fue nombrado en la directiva anticipada:

Directiva anticipada no está disponible Nombre: \_\_\_\_\_

No hay una directiva anticipada Teléfono: \_\_\_\_\_

**Firma del Médico**  
 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 en letra de molde:	Nº de teléfono del médico:	Nº de licencia profesional del médico:
Firma del médico: (requerida) XX	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 paciente que es objeto del formulario.

Nombre en letra de molde:	Relación: (escribir Sí mismo si es el paciente)
Firma: (requerida) XX	Fecha:
Dirección postal (calle/ciudad/estado/código postal):	Número de teléfono:
Office Use Only: / Solo para uso de la oficina:	

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

## 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: <b>M</b> <b>F</b>
--	----------------------	----------------------------

### Profesional de atención de la salud que ayuda a preparar el formulario N/C si el formulario de POLST lo llena el médico que firma

Nombre:	Título:	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 un entorno hospitalario, el paciente será evaluado por un médico que emitirá las órdenes apropiadas que sean consecuentes 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 del paciente 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 que sean válidas, las POLST tienen que ser firmadas por un médico y por el paciente o encargado de tomar decisiones. Las órdenes verbales son aceptables con la firma de seguimiento del médico 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 facsímiles 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 que 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.
- Un encargado de tomar decisiones reconocido legalmente podría solicitar modificar las órdenes en colaboración con el médico, basándose en los deseos conocidos de la persona o, si no se conocen, en 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](http://www.caPOLST.org).

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