



## **Introduction to the Spanish Translation of POLST Form**

POLST is a physician order that gives patients more control over their end-of-life care. 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 towards the end of life.

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@finalchoices.org](mailto:info@finalchoices.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 al final de su vida. Impresa en un formulario de color rosa brillante y firmada por el médico y el paciente, POLST especifica los tipos de tratamiento médico que el paciente quiere recibir hacia el final de su vida.

Ésta es una traducción al español del formulario POLST de California. El formulario traducido sólo se debe usar con fines educativos y para poder conversar sobre los deseos del paciente que se quieren 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@finalchoices.org](mailto:info@finalchoices.org) o llame al (916) 489-2222. Para obtener más información sobre la orden POLST, visite [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org).

**Spanish version is for educational purposes only.**  
**La versión en español es para información solamente.**

Ésta es una traducción del formulario #111 B de la Autoridad de Servicios Médicos de Emergencia (EMSA por sus siglas en inglés). (En vigor 1/1/2009)

**Órdenes del médico para el tratamiento para el mantenimiento de la vida (POLST, por sus siglas en inglés)**

**Primero siga estas órdenes y después póngase en contacto con el médico.** Esta es una Hoja de órdenes del médico basada en el estado médico actual y los deseos de la persona. Todas las secciones no completadas implican tratamiento completo para esa sección. Se debe tratar a todos con dignidad y respeto.

Apellido(s )
Primer y segundo nombre
Fecha de nacimiento      Fecha de preparación del formulario

<b>A</b> Marque uno	<b>RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) <i>La persona no tiene pulso y no está respirando.</i></b> <input type="checkbox"/> <b>Intentar resucitación/RCP</b> <input type="checkbox"/> <b>No intentar resucitación/DNR (permitir la muerte natural)</b> <b>(Sección B: Tratamiento completo requerido)</b> Cuando no se halle en paro cardiopulmonar, seguir las órdenes en <b>B</b> y <b>C</b> .
------------------------	--

<b>B</b> Marque uno	<b>INTERVENCIONES MÉDICAS: <i>La persona tiene pulso y/o está respirando.</i></b> <input type="checkbox"/> <b>Sólo medidas paliativas</b> Usar medicación por cualquier vía, posicionamiento, cuidado de la herida y otras medidas para aliviar el dolor y el sufrimiento. Usar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario como paliativo. Antibióticos sólo para el confort del paciente. <b>Transferir si las necesidades paliativas no se pueden cumplir en la ubicación actual.</b> <input type="checkbox"/> <b>Intervenciones adicionales limitadas</b> Incluye la atención descrita arriba. Emplear tratamiento médico, antibióticos y fluidos intravenosos según esté indicado. No entubar. Se puede emplear presión positiva no invasora en las vías respiratorias. Evitar en general la terapia intensiva. <input type="checkbox"/> <b>No transferir al hospital para intervenciones médicas.</b> Transferir si las necesidades paliativas no se pueden cumplir en la ubicación actual. <input type="checkbox"/> <b>Tratamiento completo</b> Incluye la atención descrita arriba. Incluye entubar e intervenciones avanzadas en las vías respiratorias, ventilación mecánica y desfibrilación y cardioversión según esté indicado. <b>Transferir a un hospital si está indicado. Incluye terapia intensiva.</b> <b>Órdenes adicionales:</b> _____
------------------------	--

<b>C</b> Marque uno	<b>NUTRICIÓN ADMINISTRADA ARTIFICIALMENTE: <i>Ofrecer alimentos por boca, si es posible y deseado.</i></b> <input type="checkbox"/> No alimentar artificialmente por tubo. <input type="checkbox"/> Período definido de prueba de nutrición artificial por tubo. <input type="checkbox"/> Nutrición artificial por tubo a largo plazo. <b>Órdenes adicionales:</b> _____
------------------------	---

<b>D</b>	<b>FIRMAS Y RESUMEN DEL ESTADO MÉDICO:</b>		
	<b>Platicado con:</b> <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Encargado de tomar decisiones sobre la atención de la salud <input type="checkbox"/> Padre de un menor de edad <input type="checkbox"/> Tutor administrativo nombrado por la corte <input type="checkbox"/> Otro:		
	<b>Firma del médico</b> Mi firma a continuación indica que según mis mejores conocimientos estas órdenes son consecuentes con el estado médico y las preferencias de la persona.		
	Nombre del médico (en letras de molde)	Número de teléfono del médico	Fecha
	Firma del médico (requerida)	N° de licencia profesional del mé	
	<b>Firma del paciente, encargado de tomar decisiones, padre de un menor de edad o tutor administrativo</b> Al firmar este formulario, el encargado de tomar decisiones reconocido legalmente indica que este pedido relativo a las medidas de resucitación es consecuente con los deseos conocidos y en el mejor interés de la persona que es objeto de este formulario.		
	Firma (requerida) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Nombre (en letras de molde)	Relación (escribir sí mismo si es el paciente)
	Resumen del estado médico	Sólo para uso de la oficina	

**NOT A VALID POLST FORM    NO ES UN FORMULARIO DE POLST VÁLIDO.**  
**The signed POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow orders.**  
**Se necesita firmar el formulario POLST en inglés para que el personal de los servicios de emergencia pueda leerlo y seguir sus instrucciones.**

Nombre del paciente (apellido(s), primer nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo: <b>M</b> <b>F</b>	
Dirección del paciente			
<b>Información de contacto</b>			
Encargado de tomar decisiones sobre la atención de la salud	Dirección	Número de teléfono	
Profesional de atención de la salud que prepara el formulario	Cargo del que lo prepara	Número de teléfono	Fecha de preparación

### Instrucciones para el profesional de atención de la salud

#### Cómo completar las POLST

- Deben ser completadas por el profesional de atención de la salud basándose en las preferencias y en las indicaciones médicas del paciente.
- Para que sean válidas, las POLST deben estar firmadas por un médico y por el paciente o el encargado de tomar decisiones. Las órdenes orales son aceptables con la firma de seguimiento del médico de conformidad con las normas de la institución o de la comunidad.
- Ciertos trastornos o tratamientos médicos pueden prohibir que una persona resida en una institución de cuidados residenciales para personas mayores.
- Se recomienda enfáticamente el uso del formulario original. Las fotocopias y los facsímiles de los formularios POLST firmados son legales y válidos.

#### Uso de las POLST

- Todas las secciones incompletas de las POLST implican tratamiento completo para esa sección.

#### Sección A:

- No se debe emplear un desfibrilador (incluyendo desfibrilador automatizado externo) en una persona que seleccionó "No intentar resucitación".

#### Sección B:

- Cuando no se puede poner cómodo al paciente en el lugar actual, la persona, incluyendo alguien con "Sólo medidas paliativas", debe ser transferida a un lugar en el que se le puedan proporcionar medidas paliativas, tales como el tratamiento de una fractura de cadera.
- La medicación intravenosa para brindarle más confort al paciente puede ser apropiada para una persona que seleccionó "Sólo medidas paliativas".
- La presión positiva no invasora de las vías respiratorias incluye 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).
- El tratamiento de la deshidratación prolonga la vida. Una persona que desea líquidos intravenosos debe indicar "Intervenciones limitadas" o "Tratamiento completo".

#### Revisión de las POLST

Se recomienda una revisión periódica de las POLST. Se recomienda revisión cuando:

- se transfiere a la persona de un lugar de atención o de un nivel de atención a otro o
- hay un cambio sustancial en el estado de salud de la persona o
- cambian las preferencias de tratamiento de la persona.

#### Modificación y anulación de las POLST

- Una persona con capacidad puede, en cualquier momento, anular el formulario de las POLST o cambiar de idea sobre sus preferencias de tratamiento realizando una directiva anticipada oral o escrita o llenando un nuevo formulario POLST.
- Para anular las POLST, trace una línea a través de las Secciones A a D y escriba "VOID" (anulado) en letra grande. Firme y ponga la fecha en esa línea.
- Un encargado de tomar decisiones sobre la atención de la salud puede solicitar modificar las órdenes basándose en los deseos conocidos de la persona o, si los desconoce, en el mejor interés de la persona.

Para obtener más información o una copia de este formulario, visite [www.capolst.org](http://www.capolst.org).

ENVIAR EL FORMULARIO CON LA PERSONA SI SE LA TRANSFIERE O DA DE ALTA