

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____



Evaluación de Riesgos de Salud en la Visita Anual de Bienestar

Información personal

1. Farmacia preferida: _____
2. Laboratorio preferido: _____
3. Lugar preferido para estudios de imagen/radiografías: _____

Equipo de Atención

Especialidad	Nombre del médico	Última vez visto
Cardiología		
Dermatología		
Dentista		
Otorrinolaringología (Oído, Nariz y Garganta)		
Endocrinología		
Oftalmología / Optometría (ojo)		
Gastroenterología		
Ginecología		
Hematología/Oncología		
Nefrología		
Neurología		
Ortopedia		
Podología		
Neumología		
Psiquiatría / Psicología		
Reumatología		
Urología		
Otro:		

¿Has visto a un dentista en los últimos 6 meses:	Sí	No
--	----	----

Evaluación del dolor

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido dolor?

Nunca	Casi nunca	A veces	Mayoría de las veces	Casi todo el tiempo
-------	------------	---------	----------------------	---------------------

¿Dónde está el dolor? _____

Califique su dolor en la siguiente escala:

1 😊 | 2 😊 | 3 😊 | 4 😊 | 5 😊 | 6 😊 | 7 😊 | 8 😊 | 9 😊 | 10 😊

Alergias – Medicamentos, Alimentos, Medio ambiente

Medicamentos: Incluya medicamentos recetados, vitaminas/suplementos y medicamentos de venta libre (OTC)

Nombre	Dosis	Nombre	Dosis

Historia personal y familiar (marque las columnas que correspondan)

	Ninguno	Propio	Padres	Hermano	Hermana	Hijo(a)
Insuficiencia cardíaca congestiva						
Diabetes						
EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) o Asma						
Hipertensión						
Accidente cerebrovascular						
Enfermedad renal						
Obesidad						
Enfermedad del hígado						
Trastorno Bipolar o Esquizofrenia						
Demencia						
Cancer						
Depresión						
Cirugías importantes						

Evaluación del Estado Funcional

¿Es capaz de cuidarse de manera independiente?	Sí	No	Nota:
¿Es ciego o tiene dificultad para ver?	Sí	No	Nota:
¿Usa gafas o lentes de contacto?	Sí	No	Nota:
¿Es sordo o tiene serias dificultades para oír?	Sí	No	Nota:
¿Usa audífonos u otros dispositivos?	Sí	No	Nota:
¿Tiene dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?	Sí	No	Nota:
¿Tiene dificultad para caminar o subir escaleras?	Sí	No	Nota:
¿Tiene dificultad para vestirse, bañarse, arreglarse o usar el baño?	Sí	No	Nota:
¿Tiene dificultad para hacer sus mandados solo?	Sí	No	Nota:
¿Tiene dificultades con el transporte?	Sí	No	Nota:

Actividad física

¿Cuántos días a la semana hace ejercicio?	0	1-2	3-4	5+	No lo sé	
¿Qué tan intensa es su actividad física?	Ligera	Moderada	Intensa	Muy Intensa	No lo sé	No hago ejercicio

Consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas

¿Usa algún producto de tabaco? (Cigarrillos, tabaco para masticar, pipas, puros, etc)	Sí	No
---	----	----

Si respondió "sí", ¿está interesado en dejar el tabaco?	Sí	No	No uso tabaco
---	----	----	---------------

En el último año, ¿cuántas veces ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	A veces	Frecuentemente	Número de días:
---	-------	---------	----------------	-----------------

¿Usa alguna droga ilegal o toma algún medicamento recetado que no le haya sido prescrito?	No	Sí (por favor describa):
---	----	--------------------------

Directrices Anticipadas

¿Su familia o amigos saben lo que usted desea en una situación de emergencia o si no pudiera hablar por sí mismo?

No | Sí, he completado lo siguiente (marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/>	Testamento en vida (<i>Directiva anticipada</i>)
<input type="checkbox"/>	Orden de No Reanimar (DNR)
<input type="checkbox"/>	Poder notarial para atención médica
<input type="checkbox"/>	POLST (en algunos estados conocido como: POST, MOST, MOSLST, TPOPP)
<input type="checkbox"/>	Cinco deseos

¿Le gustaría recibir más información?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No estoy seguro
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	-----------------

Inicio/Seguridad

¿Cuál es su situación de vivienda? (marca todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/>	Vivo con uno o más hijos o dependientes
<input type="checkbox"/>	Vivo en una residencia asistida
<input type="checkbox"/>	Vivo solo
<input type="checkbox"/>	Tengo vivienda hoy, pero me preocupa perderla en el futuro
<input type="checkbox"/>	No tengo vivienda (me quedo con otras personas, en la calle, en un coche, en un edificio abandonado, o en estaciones/parques)

Apoyo social/emocional

¿Cuál de los siguientes se aplica a usted? (marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/>	Tengo una familia que me apoya
<input type="checkbox"/>	Tengo amigos que me apoyan
<input type="checkbox"/>	Participo en la iglesia, en clubes u otros grupos
<input type="checkbox"/>	Ninguno de los mencionados

¿Le gustaría recibir más información?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No estoy seguro
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	-----------------

Dormir

¿Cuántas horas duerme normalmente cada noche?	0-3	4-6	7-10	No lo sé
¿Ronca, o alguien le ha dicho que ronca?	Sí	No	No lo sé	
En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia se ha sentido somnoliento durante el día?	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
¿Alguna vez le han diagnosticado apnea del sueño u otro trastorno del sueño?	Sí	No	No lo sé	
¿Está utilizando actualmente o ha utilizado C-PAP/Bi-PAP?	Sí	No		

Cuestionario Sobre la Salud del Paciente (PHQ-2)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas:	Para nada	Varios días:	Más de la mitad de esos días:	Casi todos los días:
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse deprimido, decaído o sin esperanza	0	1	2	3

Puntuación total: _____

Riesgos de caídas (marque todo lo que corresponda):

Sí	No	
		Me he caído en el último año
		Uso o me han aconsejado usar un bastón o un andador para moverme con seguridad
		A veces me siento inestable cuando camino
		Me apoyo en los muebles para mantener el equilibrio cuando camino dentro de casa
		Me preocupa caerme
		Necesito empujar con las manos para levantarme de una silla
		Tengo un poco de dificultad para subir a la acera/Banqueta
		A menudo tengo que correr al baño
		He perdido algo de sensibilidad en mis pies
		Tomo medicamentos que a veces me hacen sentir mareado o más cansado de lo habitual
		Tomo medicamentos para ayudarme a dormir o mejorar mi estado de ánimo
		A menudo me siento triste o deprimido

Puntuación total: _____

¿Tiene algún problema con lo siguiente en su hogar? (marque todo lo que corresponda):

	Infestación de insectos		
	Moho o humedad en paredes/techos		
	Pintura con plomo o tuberías de plomo		
	Calefacción que no calienta lo suficiente		
	Horno o estufa que no funcionan		
	Detectores de humo que no funcionan o están ausentes		
	Fugas de agua		
	Ninguno de los anteriores		
¿Se siente seguro en su casa?	Sí	No	
¿Tiene su hogar detectores de humo en funcionamiento?	Sí	No	No sé
¿Tiene alfombras o tapetes pequeños en el piso donde pueda tropezar?	Sí	No	
¿Tiene barras de apoyo en el baño?	Sí	No	
¿Tiene iluminación adecuada en tu hogar?	Sí	No	
¿Tiene barandales o agarraderas en las escaleras de su casa?	Sí	No	No tengo escaleras
¿Se abrocha el cinturón de seguridad en los vehículos?	Sí	No	No viajo en vehículos

ENTREVISTA DE DETECCIÓN DE DEMENCIA LEVE A MODERADA AD8

N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: _____

CS ID #: _____

FECHA: _____

Recuerde, "Sí, se produjeron cambios" indica que se han producido cambios en los últimos años causados por problemas cognitivos (pensamiento y memoria).	Sí, se produjeron cambios	No, no se produjeron cambios	No disponible, no sabe
1. Problemas del juicio (como problemas para tomar decisiones, malas decisiones financieras, problemas con el pensamiento)			
2. Menos interés en pasatiempos/actividades			
3. Repite lo mismo una y otra vez (preguntas, relatos o frases)			
4. Problemas para aprender a utilizar una herramienta, un dispositivo o un aparato (por ejemplo, una videgrabadora, una computadora, el microondas, un control remoto)			
5. No recuerda cuáles son el mes y el año correctos			
6. Dificultades para ocuparse de asuntos financieros complicados (por ejemplo, administrar la chequera, liquidar los impuestos sobre la renta, pagar facturas, etc.)			
7. Problemas para recordar citas			
8. Problemas con el pensamiento y/o la memoria a diario			
PUNTAJE TOTAL DE LA ENTREVISTA AD8			

©2006 Washington University. The Washington University no está afiliada a ninguna empresa que publique o utilice este documento y no avala ningún producto que haga uso de este documento.

Reproducción con autorización. La entrevista AD8 es un instrumento con derechos de autor del Alzheimer's Disease Research Center, Washington University, St. Louis, Missouri. Todos los derechos reservados.

Adaptado de Galvin JE, Roe CM, Powlishta KK, et al. The AD8: a brief informant interview to detect dementia. *Neurology*. 2005;65(4):559-564.

Recuerde que las herramientas de detección como esta no se deben utilizar en forma independiente para el diagnóstico de demencia leve a moderada por enfermedad de Alzheimer

Cuestionario de Incontinencia Urinaria ICIQ-SF

1 ¿Con qué frecuencia tiene perdida de orina? (marque sólo una respuesta).

	Nunca	<input type="checkbox"/>	0
	Una vez a la semana	<input type="checkbox"/>	1
	2-3 veces/semana	<input type="checkbox"/>	2
	Una vez al día	<input type="checkbox"/>	3
	Varias veces al día	<input type="checkbox"/>	4
	Continuamente	<input type="checkbox"/>	5

2 Nos gustaría saber cuanta orina cree usted que pierde. ¿Cuánta orina suele perder, independientemente de si usa protección o no?. (marque sólo una respuesta).

	No se me escapa nada	<input type="checkbox"/>	0
	Muy poca cantidad	<input type="checkbox"/>	2
	Una cantidad moderada	<input type="checkbox"/>	4
	Mucha cantidad	<input type="checkbox"/>	6

3 En general ¿Cuanto afecta la perdida de orina a su vida diaria?
Por favor, marque con un círculo un número entre 0 (nada) y 10 (mucho).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Mucho

Puntuación ICIQ: suma puntuaciones 1+2+3: _____

4 ¿Cuándo pierde orina? Por favor, marque todas las opciones que apliquen a usted.

	Nunca	<input type="checkbox"/>
	Antes de llegar al baño	<input type="checkbox"/>
	Al toser o estornudar	<input type="checkbox"/>
	Mientras duerme	<input type="checkbox"/>
	Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio	<input type="checkbox"/>
	Cuando termina de orinar y ya se ha vestido	<input type="checkbox"/>
	Sin motivo evidente	<input type="checkbox"/>
	De forma continua	<input type="checkbox"/>

Muchas gracias por responder a estas preguntas.



EMSA #111 B
(Effective 4/1/2017)*

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

First follow these orders, then contact Physician/NP/PA. A copy of the signed POLST form is a legally valid physician order. Any section not completed implies full treatment for that section. **POLST complements an Advance Directive and is not intended to replace that document.**

Patient Last Name:	Date Form Prepared:
Patient First Name:	Patient Date of Birth:
Patient Middle Name:	Medical Record #: (optional)

A <i>Check One</i>	CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): <i>If patient has no pulse and is not breathing.</i> <i>If patient is NOT in cardiopulmonary arrest, follow orders in Sections B and C.</i>
	<input type="checkbox"/> Attempt Resuscitation/CPR (Selecting CPR in Section A <u>requires</u> selecting Full Treatment in Section B) <input type="checkbox"/> Do Not Attempt Resuscitation/DNR (Allow <u>N</u> atural <u>D</u> eath)

B <i>Check One</i>	MEDICAL INTERVENTIONS: <i>If patient is found with a pulse and/or is breathing.</i>
	<input type="checkbox"/> Full Treatment – primary goal of prolonging life by all medically effective means. In addition to treatment described in Selective Treatment and Comfort-Focused Treatment, use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated. <input type="checkbox"/> <i>Trial Period of Full Treatment.</i> <input type="checkbox"/> Selective Treatment – goal of treating medical conditions while avoiding burdensome measures. In addition to treatment described in Comfort-Focused Treatment, use medical treatment, IV antibiotics, and IV fluids as indicated. Do not intubate. May use non-invasive positive airway pressure. Generally avoid intensive care. <input type="checkbox"/> <i>Request transfer to hospital <u>only</u> if comfort needs cannot be met in current location.</i> <input type="checkbox"/> Comfort-Focused Treatment – primary goal of maximizing comfort. Relieve pain and suffering with medication by any route as needed; use oxygen, suctioning, and manual treatment of airway obstruction. Do not use treatments listed in Full and Selective Treatment unless consistent with comfort goal. <i>Request transfer to hospital <u>only</u> if comfort needs cannot be met in current location.</i> Additional Orders: _____ _____

C <i>Check One</i>	ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: <i>Offer food by mouth if feasible and desired.</i>
	<input type="checkbox"/> Long-term artificial nutrition, including feeding tubes. Additional Orders: _____ <input type="checkbox"/> Trial period of artificial nutrition, including feeding tubes. _____ <input type="checkbox"/> No artificial means of nutrition, including feeding tubes. _____

D	INFORMATION AND SIGNATURES:	
	Discussed with:	<input type="checkbox"/> Patient (Patient Has Capacity) <input type="checkbox"/> Legally Recognized Decisionmaker
	<input type="checkbox"/> Advance Directive dated _____, available and reviewed → <input type="checkbox"/> Advance Directive not available <input type="checkbox"/> No Advance Directive	Health Care Agent if named in Advance Directive: Name: _____ Phone: _____
	Signature of Physician / Nurse Practitioner / Physician Assistant (Physician/NP/PA)	
	My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the patient's medical condition and preferences.	
	Print Physician/NP/PA Name:	Physician/NP/PA Phone #: Physician/PA License #, NP Cert. #:
	Physician/NP/PA Signature: (required)	
	Date:	
	Signature of Patient or Legally Recognized Decisionmaker	
	I am aware that this form is voluntary. By signing this form, the legally recognized decisionmaker acknowledges that this request regarding resuscitative measures is consistent with the known desires of, and with the best interest of, the individual who is the subject of the form.	
Print Name:	Relationship: (write self if patient)	
Signature: (required)	Date:	
Mailing Address (street/city/state/zip):	Phone Number:	
Your POLST may be added to a secure electronic registry to be accessible by health providers, as permitted by HIPAA.		

SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED

*Form versions with effective dates of 1/1/2009, 4/1/2011, 10/1/2014 or 01/01/2016 are also valid

HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROVIDERS AS NECESSARY

Patient Information

Name (last, first, middle):	Date of Birth:	Gender: M F
-----------------------------	----------------	------------------------------

NP/PA's Supervising Physician

Name:	Preparer Name (if other than signing Physician/NP/PA) Name/Title:	Phone #:
-------	---	----------

Additional Contact

 None

Name:	Relationship to Patient:	Phone #:
-------	--------------------------	----------

Directions for Health Care Provider

Completing POLST

- **Completing a POLST form is voluntary.** California law requires that a POLST form be followed by healthcare providers, and provides immunity to those who comply in good faith. In the hospital setting, a patient will be assessed by a physician, or a nurse practitioner (NP) or a physician assistant (PA) acting under the supervision of the physician, who will issue appropriate orders that are consistent with the patient's preferences.
- **POLST does not replace the Advance Directive.** When available, review the Advance Directive and POLST form to ensure consistency, and update forms appropriately to resolve any conflicts.
- POLST must be completed by a health care provider based on patient preferences and medical indications.
- A legally recognized decisionmaker may include a court-appointed conservator or guardian, agent designated in an Advance Directive, orally designated surrogate, spouse, registered domestic partner, parent of a minor, closest available relative, or person whom the patient's physician/NP/PA believes best knows what is in the patient's best interest and will make decisions in accordance with the patient's expressed wishes and values to the extent known.
- A legally recognized decisionmaker may execute the POLST form only if the patient lacks capacity or has designated that the decisionmaker's authority is effective immediately.
- To be valid a POLST form must be signed by (1) a physician, or by a nurse practitioner or a physician assistant acting under the supervision of a physician and within the scope of practice authorized by law and (2) the patient or decisionmaker. Verbal orders are acceptable with follow-up signature by physician/NP/PA in accordance with facility/community policy.
- If a translated form is used with patient or decisionmaker, attach it to the signed English POLST form.
- Use of original form is strongly encouraged. Photocopies and FAXes of signed POLST forms are legal and valid. A copy should be retained in patient's medical record, on Ultra Pink paper when possible.

Using POLST

- Any incomplete section of POLST implies full treatment for that section.

Section A:

- If found pulseless and not breathing, no defibrillator (including automated external defibrillators) or chest compressions should be used on a patient who has chosen "Do Not Attempt Resuscitation."

Section B:

- When comfort cannot be achieved in the current setting, the patient, including someone with "Comfort-Focused Treatment," should be transferred to a setting able to provide comfort (e.g., treatment of a hip fracture).
- Non-invasive positive airway pressure includes continuous positive airway pressure (CPAP), bi-level positive airway pressure (BiPAP), and bag valve mask (BVM) assisted respirations.
- IV antibiotics and hydration generally are not "Comfort-Focused Treatment."
- Treatment of dehydration prolongs life. If a patient desires IV fluids, indicate "Selective Treatment" or "Full Treatment."
- Depending on local EMS protocol, "Additional Orders" written in Section B may not be implemented by EMS personnel.

Reviewing POLST

It is recommended that POLST be reviewed periodically. Review is recommended when:

- The patient is transferred from one care setting or care level to another, or
- There is a substantial change in the patient's health status, or
- The patient's treatment preferences change.

Modifying and Voiding POLST

- A patient with capacity can, at any time, request alternative treatment or revoke a POLST by any means that indicates intent to revoke. It is recommended that revocation be documented by drawing a line through Sections A through D, writing "VOID" in large letters, and signing and dating this line.
- A legally recognized decisionmaker may request to modify the orders, in collaboration with the physician/NP/PA, based on the known desires of the patient or, if unknown, the patient's best interests.

This form is approved by the California Emergency Medical Services Authority in cooperation with the statewide POLST Task Force.
For more information or a copy of the form, visit www.caPOLST.org.

SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED

La versión en español solo se debe usar con fines educativos (Spanish version is for educational purposes only).
 La ley HIPAA permite la revelación de las POLST a otros profesionales de atención de la salud en la medida que sea necesario



EMSA #111 B
 (En vigor a partir del 1/1/2016)*

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

Primero siga estas órdenes. Luego comuníquese con el médico/NP/PA. 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: <i>(opcional)</i>

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 primario 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 primario 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 / Enfermera con práctica médica (NP) / Asistente médico profesional (PA) (Médico/NP/PA)

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/NP/PA en letra de molde:	N.º de teléfono del médico/NP/PA:	N.º de licencia del médico/PA, N.º de Certificado de la NP:
--	-----------------------------------	---

Firma del médico/NP/PA: *(requerida)* XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 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 individuo que es objeto del formulario.

Nombre en letra de molde: Firma: <i>(requerida)</i> XX	Relación: <i>(escribir Si mismo si es el paciente)</i>
---	--

Firma: <i>(requerida)</i> XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Fecha:	FOR REGISTRY USE ONLY/ PARA USO EXCLUSIVO DEL REGISTRO
Dirección postal (calle/ciudad/estado/código postal):	Número de teléfono:	

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

*Las versiones de los formularios con fechas de vigencia el 1/1/2009, 4/1/2011 o 10/1/2014 también son válidas.

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: **M** **F**

Médico supervisor del NP/PA **Nombre de la persona que preparó el formulario (si no es el médico/NP/PA que firma)**

Nombre: _____ Nombre/Cargo: _____ 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 el entorno hospitalario, un paciente será evaluado por un médico, o una enfermera con práctica médica (NP) o un asistente médico profesional (PA) actuando bajo la supervisión del médico, quien emitirá órdenes adecuadas congruentes 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 de la persona 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 ser un formulario de POLST válido, tiene que ser firmado por (1) un médico, o enfermera con práctica médica o asistente médico profesional actuando bajo la supervisión de un médico, y ejerciendo funciones según lo autorizado por ley y (2) el paciente o la persona que toma decisiones en nombre del paciente. Las órdenes verbales son aceptables con una firma posterior del médico/NP/PA 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 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.
- Una persona designada legalmente para tomar decisiones en nombre del paciente puede solicitar una modificación de las órdenes, en colaboración con el médico/NP/PA, según los deseos conocidos del paciente, o si no se conocen, 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.

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