

Órdenes Médicas para el Tratamiento que Sostiene la Vida (MOLST, Siglas en Inglés)

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK

EL PACIENTE SE QUEDA CON EL ORIGINAL DEL FORMULARIO MOLST DURANTE EL TRASLADO A DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO MÉDICO. EL MÉDICO SE QUEDA CON UNA COPIA.

APELLIDO/NOMBRE/INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE

DIRECCIÓN

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)

 Hombre Mujer

NÚMERO eMOLST (ESTO NO ES UN FORMULARIO eMOLST)

No Resucitar (DNR, Siglas en Inglés) y Otros Tratamientos que Sostienen la Vida (LST, Siglas en Inglés)

Éste es un formulario de órdenes médicas que informa a otros los deseos del paciente respecto al tratamiento que sostiene la vida. Un profesional de los servicios de salud debe llenar o cambiar el formulario MOLST basado en la condición médica actual del paciente, sus valores, deseos e instrucciones MOLST. Si el paciente no está capacitado para tomar decisiones médicas, las órdenes deben reflejar los deseos del paciente como mejor lo entienda el agente de tratamiento médico o sucedáneo (suplente). Un médico debe firmar el formulario MOLST. Todos los profesionales de servicios de salud deben cumplir con estas órdenes médicas cuando el paciente se traslada de un lugar a otro, a menos que un médico examine al paciente, estudie las órdenes y cambie las mismas.

MOLST se usa generalmente para pacientes que tienen condiciones de salud serias. El paciente u otra persona que toma la decisión debe hablar con el médico para solicitar al médico que llene el formulario MOLST si el paciente:

- Desea evitar o recibir cualquiera o todos los tratamientos que sostiene la vida.
- Reside en una instalación para atención de larga duración o necesita servicios de larga duración.
- Podría fallecer dentro del próximo año.

Si el paciente tiene una discapacidad del desarrollo y no está capacitado para decidir, el doctor debe seguir procedimientos especiales y adjuntar la lista de cotejo con los requisitos legales apropiada.

SECCIÓN A Instrucciones Para la Resucitación Cuando el Paciente No Tiene Pulso y/o No Está Respirando

Marque *uno*:

Orden para CPR: Intente dar Resucitación Cardiopulmonar

CPR involucra respiración artificial y presión fuerte sobre el pecho para tratar que el corazón funcione de nuevo. Usualmente involucra una descarga eléctrica (desfibrilación) y la inserción de un tubo plástico en la tráquea para asistir la respiración (entubación). Esto significa que se administrarán todos los tratamientos médicos para prolongar la vida cuando el corazón ha dejado de latir o la respiración cesa, incluyendo el que se le coloque en un respirador artificial y ser trasladado al hospital.

Orden para DNR: No Intente Resucitar (Permitir la Muerte Natural)

Esto significa que no se empiece la CPR según se define arriba, para lograr que el corazón o la respiración empiecen nuevamente si se habían detenido.

SECCIÓN B Instrucciones Para Consentir Que Se Resucite (Sección A)

El paciente puede tomar la decisión respecto a la resucitación si él o ella tiene la capacidad para decidir acerca de la resucitación. Si el paciente NO tiene la capacidad para decidir acerca de la resucitación y tiene un poder para casos de tratamiento médico (health care proxy), el agente de tratamiento médico toma la decisión. Si no existe un poder para casos de tratamiento médico, otra persona decidirá, escogida de una lista que se basa en la ley del estado de Nueva York.

FIRMA

 Marque si el consentimiento fue verbal
(Deje la línea para la firma en blanco)

FECHA /HORA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE TOMA LA DECISIÓN

NOMBRE DEL PRIMER TESTIGO

NOMBRE DEL SEGUNDO TESTIGO

¿Quién tomó la decisión? Paciente Agente de Tratamiento Médico Ley de Salud Pública Sucadáneo
 Padre/Tutor de Menor §1750-b Sucadáneo

SECCIÓN C Firma del Médico Para la Sección A y B

FIRMA DEL MÉDICO

NOMBRE DEL MÉDICO

FECHA/HORA

NÚMERO DE LICENCIA DEL MÉDICO

NÚMERO DE TELÉFONO/LOCALIZADOR DE PERSONAS O "PAGER" O "BÍPER"

SECCIÓN D Declaración Previa de Voluntad

Marque todas las directrices hechas con anticipación: Poder Para Casos de Tratamiento Médico Testamento Vital (Living Will)
 Donación de Órganos Documentación de Declaración Previa de Voluntad Ofrecida Verbalmente

EL PACIENTE SE QUEDA CON EL ORIGINAL DEL FORMULARIO MOLST DURANTE EL TRASLADO A DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO MÉDICO. EL MÉDICO SE QUEDA CON UNA COPIA.

 APELLIDO/NOMBRE/INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE

 FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)

SECCIÓN E

Órdenes Para Otros Tratamientos Que Sostienen la vida Hospitalización Cuando el Paciente Tiene Pulso y el Paciente Está Respirando

Se puede ordenar tratamiento para sostener la vida por un período de prueba para determinar si hay beneficio para el paciente. Si se empieza un tratamiento para sostener la vida pero resulta que no ayuda, el tratamiento puede ser descontinuado.

Directrices Para el Tratamiento Independientemente de lo seleccionado, al paciente se le tratará con dignidad y respeto, y los proveedores de tratamiento médico le ofrecerán medidas para su bienestar. *Marque una:*

- Medidas Para el Bienestar Solamente** Las medidas para el bienestar son la atención médica y el tratamiento provistos con el objetivo principal de aliviar el dolor y otros síntomas y aliviar el sufrimiento. Se tomarán medidas razonables para ofrecer alimentos y líquidos por boca. Administración de medicamentos, cambio de posición en la cama, cuidado de heridas y otras medidas serán usadas para aliviar el dolor y el sufrimiento. Se usarán oxígeno, succión y el tratamiento manual de obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para el bienestar.
- Intervenciones Médicas Limitadas** El paciente recibirá medicamento por boca o por vena, monitoreo del corazón y todos los otros tratamientos necesarios de acuerdo a las órdenes MOLST.
- No Hay Limitaciones de las Intervenciones Médicas** El paciente recibirá todos los tratamientos necesarios.

Instrucciones Para la Entubación y Ventilación Mecánica *Marque una:*

- No Entube (DNI, Siglas en Inglés)** No coloque un tubo por la garganta del paciente ni conecte un respirador artificial que bombee aire hacia y fuera de los pulmones. Hay tratamientos disponibles para falta de respiración tales como oxígeno y morfina. (Esta casilla **no** debe ser marcada si se marcó CPR total en la Sección A.)
- Un Período de Prueba** *Marque uno o ambos:*
 - Entubación y ventilación mecánica**
 - Ventilación no invasiva (Ej., BIPAP), si el profesional de servicios de salud está de acuerdo en que ésta es apropiada**
- Entubación y ventilación mecánica por largo plazo, de ser necesario** Coloque un tubo por la garganta del paciente y conecte un respirador artificial por tanto tiempo como sea médicamente necesario.

Hospitalización/Traslado en el Futuro *Marque una:*

- No llevarlo al hospital a menos que el dolor o los síntomas severos no puedan ser controlados de otro modo.**
- Envíe al hospital, de ser necesario, basado en las órdenes MOLST.**

Líquidos y Nutrición Administrados Artificialmente Cuando un paciente ya no puede comer o tomar líquidos, se puede administrar alimentos líquidos por un tubo insertado en el estómago o se puede dar líquidos por un pequeño tubo plástico (catéter) insertado directamente en la vena. Si el paciente opta por no tener el tubo alimenticio o líquidos intravenosos (IV, siglas en inglés), los alimentos y líquidos se ofrecen según sean tolerados usando alimentación por mano cuidadosamente. *Marque uno para cada uno de tubo alimenticio y líquidos IV:*

- No tubo alimenticio**
- Un período de prueba con tubo alimenticio**
- Tubo alimenticio a largo plazo, de ser necesario**
- No líquidos IV**
- Un período de prueba con líquidos IV**

Antibióticos *Marque una:*

- No use antibióticos.** Use otras medidas de bienestar para aliviar los síntomas.
- Determine el uso o limitación de antibióticos cuando ocurra una infección.**
- Use antibióticos** para tratar infecciones, de ser médicamente indicado.

Otras Instrucciones acerca de comenzar o descontinuar el tratamiento deben ser habladas con el médico, así como otros tratamientos no anotados arriba (diálisis, transfusiones, etc.)

Consentimiento Para un Tratamiento Para Sostener las Funciones Vitales (Sección E) (Igual que la Sección B, que es el consentimiento para la Sección A)

 FIRMA Marque si el consentimiento fue verbal (Deje la línea para la firma en blanco) _____
 FECHA/HORA

 NOMBRE DE LA PERSONA QUE TOMA LA DECISIÓN

 NOMBRE DEL PRIMER TESTIGO

 NOMBRE DEL SEGUNDO TESTIGO

- ¿Quién tomó la decisión?**
- Paciente
 - Agente de Tratamiento Médico
 - Basado en evidencia clara y convincente de los deseos del paciente
 - Ley de Salud Pública Sucedáneo
 - Padre/Tutor de Menor
 - §1750-b Sucedáneo

Firma del Médico Para la Sección E

 FIRMA DEL MÉDICO

 NOMBRE DEL MÉDICO

 FECHA/HORA

EL PACIENTE SE QUEDA CON EL ORIGINAL DEL FORMULARIO MOLST DURANTE EL TRASLADO A DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO MÉDICO. EL MÉDICO SE QUEDA CON UNA COPIA.

APELLIDO/PRIMER NOMBRE/INICIAL DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) _____

SECCIÓN F Evaluación y Renovación de las Órdenes MOLST en Este Formulario MOLST

El médico debe evaluar este formulario de vez en cuando según requerido por ley, y también:

- Si el paciente se cambia de un lugar a otro para recibir servicios; o
- Si el paciente sufre un cambio grande en el estado de su salud (mejorar o empeorar); o
- Si el paciente u otra persona que toma decisiones cambian de parecer acerca del tratamiento.

Fecha/Hora	Nombre y Firma del Evaluador	Lugar de la Evaluación (Ej., Hospital, NH, Oficina del médico)	Resultado de la Evaluación
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario

EL PACIENTE SE QUEDA CON EL ORIGINAL DEL FORMULARIO MOLST DURANTE EL TRASLADO A DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO MÉDICO. EL MÉDICO SE QUEDA CON UNA COPIA.

APELLIDO/PRIMER NOMBRE/INICIAL DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) _____

SECCIÓN F Evaluación y Renovación de las Órdenes MOLST en Este Formulario MOLST *Continuación de la Página 3*

Fecha/Hora	Nombre y Firma del Evaluador	Lugar de la Evaluación (Ej., Hospital, NH, Oficina del médico)	Resultado de la Evaluación
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se hizo nuevo formulario