



Órdenes Médicas para Alcance de Tratamiento de Carolina del Sur (POST)

Apellido del paciente:	Primer nombre del paciente, inicial de segundo:
Fecha de nacimiento del paciente: MM/DD/AAAA	Número telefónico de paciente / representante legal:
Últimos 4 dígitos de números del seguro social: (Opcional) XXX-XX-	Género: M F Otro
Dirección postal del paciente: (calle/ciudad/estado/código postal)	

Diagnóstico del paciente:

Sección A <i>Marque sólo una casilla</i>	REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP): Sin respuesta, sin pulso y sin respiración.
	<input type="checkbox"/> Intento de reanimación / RCP (Seleccionar RCP requiere Tratamiento Completo en la Sección B) <input type="checkbox"/> No intentar reanimación / DNR (Permitir la Muerte Natural). Si el paciente no tiene paro cardiopulmonar, siga las órdenes de B, C y D.

Sección B <i>Marque sólo una casilla</i>	INTERVENCIONES MÉDICAS: Si el paciente tiene pulso y/o está respirando.
	<input type="checkbox"/> Tratamiento completo. Además de la atención descrita en la sección de Sólo Medidas Paliativas y Tratamiento Limitado, usar entubación, intervención avanzada de vías respiratorias, ventilación mecánica, y cardioversión según se indique. <u>Traslado a hospital y/o unidad de cuidado intensivo si se indica. Plan de tratamiento: Todos los tratamientos incluyendo máquina de respiración.</u> <input type="checkbox"/> Tratamiento limitado. Además de la atención descrita en la sección de Sólo Medidas Paliativas, use tratamiento médico, antibióticos, fluidos IV y monitor cardíaco según se indique. No entubar, ni intervenciones avanzadas de vías respiratorias o ventilación mecánica. Puede considerarse apoyo menos invasivo a vías aéreas (por ejemplo, CPAP o BiPAP). <u>Traslado a hospital si se indica. Evitar la UCI de ser posible. Plan de tratamiento: Proveer tratamiento médico básico.</u> <input type="checkbox"/> Únicamente medidas paliativas. Mantener limpio, abrigado y seco. Dar tratamientos para aliviar el dolor y el sufrimiento mediante el uso de medicinas por cualquier vía de administración, posicionamiento, cuidado de heridas y otras medidas. Uso de oxígeno, succión y tratamiento manual de obstrucción de vías respiratorias según sea necesario para comodidad. <u>El paciente prefiere no ser trasladado al hospital para recibir tratamientos que preserven la vida. Trasladar si las necesidades de confort no se pueden atender en la ubicación actual. Plan de tratamiento: Dar tratamientos paliativos mediante manejo de síntomas. Órdenes adicionales:</u>

Sección C <i>Marque sólo una casilla</i>	ANTIBIÓTICOS
	<input type="checkbox"/> Usar antibióticos si se puede prolongar la vida. <input type="checkbox"/> Determinar el uso o la limitación de antibióticos cuando se presente una infección. <input type="checkbox"/> No usar antibióticos salvo para aliviar dolor y malestares. Órdenes adicionales:

Sección D <i>Marque una casilla en cada columna</i>	NUTRICIÓN Y LÍQUIDOS DE NUTRICIÓN ADMINISTRADOS ARTIFICIALMENTE: Ofrezca alimento y líquidos por administración oral si es posible.	
	<input type="checkbox"/> Nutrición artificial por tubo a largo plazo. <input type="checkbox"/> Periodo de prueba de nutrición artificial por tubo. <input type="checkbox"/> No insertar tubo de alimentación. <input type="checkbox"/> Decidir cuándo/si surge la situación. Órdenes adicionales:	<input type="checkbox"/> Fluidos IV a largo plazo. <input type="checkbox"/> Periodo de prueba de fluidos IV. <input type="checkbox"/> No usar fluidos IV. <input type="checkbox"/> Decidir cuándo/si surge la situación. Órdenes adicionales:

Sección E <i>Firma del médico, APRN o el PA</i>	Firma del médico, la enfermera registrada de práctica avanzada, o del asistente médico
	Mi firma a continuación indica que hasta donde tengo conocimiento, el paciente ha sido diagnosticado con una enfermedad grave o, según el diagnóstico médico, puede experimentar pérdida de capacidad en un plazo de 12 meses, y que estas órdenes coinciden con la condición médica del paciente, su diagnóstico y sus preferencias.

Firma del médico/APRN/PA: (obligatoria)	Nombre del médico/APRN/PA: (escrito)	Médico APRN PA (Seleccione uno)
Fecha: (MM/DD/AAAA) (obligatorio)	Número telefónico del médico/APRN/PA:	Número de licencia del médico/APRN/PA:

Marque todos los que participaron en la conversación: Paciente con capacidad para tomar decisiones Representante Legal Otro:

Sección F <i>Firma del paciente o representante legal</i>	Firma del paciente o representante legal
	Soy consciente de que este formulario es voluntario. Acepto que se me ha provisto información adecuada y que se han considerado a fondo las medidas para prolongar la vida. Las preferencias de tratamiento se han expresado al médico, al asistente médico o a la enfermera de práctica avanzada, y este documento refleja esas preferencias de tratamiento. <i>Si es firmado por un representante legal, las preferencias expresadas deben reflejar los deseos del paciente según el mejor entendimiento del representante legal.</i>

Firma: (obligatoria)	Relación: (escribir "yo mismo" si es el paciente)
----------------------	---

Nombre escrito:	Fecha: (MM/DD/AAAA) (obligatorio)	Número telefónico:
-----------------	-----------------------------------	--------------------

Sección G <i>Facilitador (si corresponde)</i>	Facilitador que ayuda a completar el formulario POST (si corresponde)	
	Nombre escrito:	Fecha: (MM/DD/AAAA)
		Número telefónico:

EL FORMULARIO DEBE IR CON EL PACIENTE CUANDO SEA TRANSFERIDO O DADO DE ALTA
 DHEC 4061 (02/2020) DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONTROL AMBIENTAL DE CAROLINA DEL SUR

Nombre completo del paciente:

Información para completar el formulario (Opcional pero útil)

Se revisó la instrucción previa del paciente para confirmar si hay conflictos con el formulario POST: (Un formulario POST no reemplaza una instrucción previa tal como un poder de representación de cuidado médico o testamento en vida).

- Sí, fecha de revisión del documento: _____
- Hay conflicto, se notificó al paciente (si el paciente no tiene capacidad, se anotó en el cuadro)
- No hay disponibles instrucciones previas
- No existen instrucciones previas

- Un formulario POST es un documento designado para ser usado como parte de un plan anticipado de atención médica, el uso del cual se debe limitar a situaciones en las que el paciente ha sido diagnosticado con una enfermedad grave, según diagnóstico médico, puede experimentar la pérdida de capacidad en un periodo de 12 meses y consiste en un conjunto de órdenes médicas firmadas por el médico, la APRN o el PA del paciente, indicando decisiones médicas clave, consistentes con las metas de atención médica del paciente en relación con tratamiento al final de su vida, y que se puede portar y es válido en cualquier entorno de atención médica.
- Un formulario POST ejecutado en Carolina del Sur según lo estipulado en la Ley POST, o un formulario similar ejecutado en otra jurisdicción en cumplimiento con las leyes de dicha jurisdicción, debe ser considerado una expresión válida de la voluntad del paciente con respecto a atención médica que pueda recibir. Un proveedor de servicios médicos de Carolina del Sur o unas instalaciones de servicios médicos puede aceptar un formulario POST debidamente completado como una expresión válida en cuanto a si el paciente acepta la provisión de atención médica según la sección 44-66-10 y subsiguientes de la Ley de Consentimiento de Atención Médica para Adultos de Carolina del Sur.
- La fecha de entrada en vigor del formulario es la fecha en la que el formulario POST fue completado, ejecutado y firmado por un médico/APRN/PA y el paciente o el representante legal del paciente.
- Se considera legal una copia, fax o versión electrónica de un formulario POST completado.
- **La ejecución de un formulario POST siempre es voluntaria y es para personas con enfermedad avanzada.** El formulario POST registra lo que un paciente desea en cuanto a tratamiento médico según su estado de salud actual. Los tratamientos médicos preferidos según lo indicado por el paciente en el POST pueden cambiar en cualquier momento, de acuerdo con la indicación del paciente o un representante de atención médica designado por el paciente, de modo que refleje los nuevos deseos del paciente de acuerdo con la ley POST.
- Cualquier médico responsable de la creación y ejecución de un formulario POST debe hacer los esfuerzos razonables para revisar periódicamente y actualizar el formulario POST con el paciente, según lo dicten las necesidades del paciente, o al menos una vez al año.
- El representante legal de un paciente se define bajo la Ley POST como una persona con prelación para tomar decisiones sobre cuidados médicos de un paciente, según la Sección 44-66-10 y subsiguientes de la Ley de Consentimiento de Atención Médica para Adultos de Carolina del Sur.
- Una APRN puede crear, ejecutar y firmar un formulario POST si está autorizada para hacerlo o por su acuerdo de práctica. El formulario POST debe ser para un paciente de la APRN, el médico con el que la APRN tiene acuerdos de práctica o ambos.
- Un PA puede crear, ejecutar y firmar un formulario POST si está autorizado para hacerlo por el alcance de sus lineamientos de práctica. El formulario POST debe ser para un paciente de ese PA, el médico supervisor del PA o ambos.

Revocaciones del formulario POST

- Un formulario POST se puede revocar en cualquier momento mediante declaración oral o escrita de parte del paciente o un representante legal del paciente.
- Una revocación solo es efectiva tras la comunicación al proveedor de servicios de salud o las instalaciones médicas de parte del paciente o el representante legal de este.
- La ejecución de un formulario POST por parte de un paciente o el representante legal de este, según la Ley POST, revoca automáticamente cualquier formulario POST ejecutado.
- Un formulario POST ejecutado según la Ley POST, permanece efectivo hasta que es revocado o hasta que se ejecuta un nuevo formulario POST según la Ley POST.

Nada en el presente documento será interpretado como asesoría legal.

EL FORMULARIO DEBE IR CON EL PACIENTE CUANDO SEA TRANSFERIDO O DADO DE ALTA