

Introduction to the Spanish translation of the Hawai‘i POLST Form

POLST (Provider Orders for Life-Sustaining Treatment) is a medical order that gives patients more control over their end-of-life care. Produced on a distinctive bright green form and signed by the patient and her/his physician or Advanced Practice Registered Nurse (APRN), POLST specifies the type of medical treatment that a patient wishes to receive towards the end of life.

This is a Spanish translation of the Hawai‘i 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, contact your healthcare provider, doctor, or health insurance company. For additional information, go to: www.kokuamau.org.

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

PROVIDER ORDERS FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST)

FIRST follow these orders, THEN contact the patient's provider. This Provider Order Form is based on the person's current medical condition and wishes. Any section not completed implies full treatment for that section. Everyone shall be treated with:

Patient's Last Name: _____
 First/Middle Name: _____
 State of Birth: _____ Date of Birth: _____

A CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): ** Person has no pulse and is not breathing **
 Attempt Resuscitation/CPR (Section B: Full Treatment required) Do Not Attempt Resuscitation/DNAR (Allow Natural Death)

B MEDICAL INTERVENTIONS: ** Person has pulse and/or is breathing **
 Comfort Measures Only: Use medication to relieve pain and suffering. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. Transfer if comfort needs cannot be met in current location.
 Limited Additional Interventions: Includes care described above. Use medical treatment, antibiotics, and/or fluids as indicated. Do not intubate. May use low invasive airway support (e.g. continuous or bi-level positive airway pressure). Transfer to hospital if indicated. Avoid intensive care.
 Full Treatment: Includes care described above. Use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and other life-sustaining interventions as indicated. Transfer to hospital if indicated. Include intensive care.

C ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: Always offer food and liquid by mouth if feasible
 No artificial nutrition by tube. (Directions on next page for information on nutrition & hydration) and desired
 Long-term artificial nutrition by tube. (defined total/period of artificial nutrition by tube, goal)
 No long-term artificial nutrition by tube.

D SIGNATURES AND SUMMARY OF MEDICAL CONDITION - Discussed with:
 Patient or Legally Authorized Representative (LAR). If LAR is checked, you must check one of the boxes below:
 Guardian Agent designated in Power of Attorney for health care Patient-designated surrogate
 Signature of Provider (Physician/APRN licensed in the state of Hawai'i). My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the patient's medical condition.
 Print Provider Name: _____ Provider Phone Number: _____ Date: _____
 Provider Signature (required): _____ Provider License #: _____
 Signature of Patient or Legally Authorized Representative. My signature below indicates that these orders/associative measures are consistent with my wishes or (if signed by LAR) the best wishes and/or to the best interests of the patient who is the subject of this form.
 Signature (if required): _____ Name (print): _____ Relationship (write "self" if patient)
 Summary of Medical Condition: _____ (Official Use Only)

SEND FORM WITH PERSON WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED


Introducción a la traducción en español del formulario POLST de Hawái

POLST (Ordenes del Proveedor de tratamiento para le mantenimiento de la vida) es una orden que le da a los pacientes más control sobre su atención de final de la vida. Producido sobre un formulario verde brillante distintivo y firmado por el paciente y su médico o Enfermera registrada de práctica avanzada (Advanced Practice Registered Nurse, APRN), el POLST especifica el tipo de tratamiento médico que un paciente desea recibir hacia el final de la vida.

Esta es una traducción en español del formulario POLST de Hawái. El formulario traducido es para fines educativos, únicamente para ser usado cuando se discutan los deseos de un paciente documentado en el formulario POLST. El formulario POLST firmado debe estar en inglés para que el personal de emergencia pueda leerlos y seguir las órdenes.

Para preguntas en inglés, comuníquese con su proveedor de atención médica, médico o compañía de seguro médico. Para obtener información adicional, vaya a: www.kokuamau.org.

This page is left intentionally blank

SPANISH		<p>PRIMERO siga estas órdenes. LUEGO contacte al proveedor del paciente. Este formulario de orden del proveedor está basado en la condición médica actual y deseos del paciente. Cualquier sección no completada implica tratamiento completo para esa sección. Se debe tratar a todos con dignidad y respeto.</p>	Apellido del paciente: _____ Primer nombre/segundo nombre _____ Fecha de nacimiento Fecha de preparación del formulario _____
----------------	---	---	--

A	Marque uno	<p>RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP): ** La persona no tiene pulso y no está respirando**</p> <p> <input type="checkbox"/> Intente resucitación/RCP <input type="checkbox"/> No intente resucitación/DNAR (Permita Muerte Natural) (Sección B: se requiere Tratamiento completo) </p> <p>Si el paciente tiene pulso, entonces siga las órdenes en B y C.</p>
----------	------------	--

B	Marque uno	<p>INTERVENCIONES MÉDICAS: ** La persona tiene pulso y/o está respirando**</p> <p> <input type="checkbox"/> Medidas de comodidad únicamente Use medicación por cualquier vía, posicionamiento, atención de herida y otras medidas para aliviar el dolor y sufrimiento. Use oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias según se necesite para comodidad. Transfiera si las medidas de comodidad no pueden ser logradas en el lugar actual. </p> <p> <input type="checkbox"/> Intervenciones adicionales limitadas Incluye atención descrita antes. Use tratamiento médico, antibióticos, y fluidos IV como se indica. No intube. Puede usar soporte menos invasivo de vías respiratorias (por ejemplo, presión de vías respiratorias continua o de dos niveles) Transfiera al hospital si se indica. Evite atención intensiva. </p> <p> <input type="checkbox"/> Tratamiento completo Incluye atención descrita antes. Use intubación, intervenciones avanzadas de vías respiratorias, ventilación mecánica, y desfibrilación/cardioversión como se indica. Transfiera al hospital si se indica. Incluye atención intensiva. </p> <p>Órdenes adicionales: _____</p>
----------	------------	---

C	Marque uno	<p>NUTRICIÓN ADMINISTRADA ARTIFICIALMENTE: Siempre ofrezca comida y líquidos por boca si es factible y se desea (Consulte las Instrucciones en la siguiente página para obtener información sobre nutrición e hidratación).</p> <p> <input type="checkbox"/> Ninguna nutrición artificial por tubo. <input type="checkbox"/> Período de prueba definido de nutrición artificial por tubo. </p> <p> <input type="checkbox"/> Nutrición artificial de largo plazo por tubo. Objetivo: _____ </p> <p>Órdenes adicionales: _____</p>
----------	------------	--

D	Marque uno	<p>FIRMAS Y RESUMEN DE LA CONDICIÓN MÉDICA - Discutido con:</p> <p> <input type="checkbox"/> Paciente o <input type="checkbox"/> Representante legalmente autorizado (LAR). Si está marcado LAR, usted debe marcar una de las casillas a continuación: </p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tutor</td> <td><input type="checkbox"/> Agente designado en Poder notarial para atención médica</td> <td><input type="checkbox"/> Sustituto designado por el paciente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sustituto seleccionado por consenso de personas interesadas (Firme la sección E)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Padre de un menor</td> </tr> </table> <p>Firma del proveedor (Médico/APRN autorizada en el estado de Hawái). Mi firma a continuación indica a mi leal saber y entender que estas órdenes son consistentes con la condición médica y preferencias de la persona.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%;">Nombre del proveedor con letra de imprenta</td> <td style="width: 25%;">Número de teléfono del proveedor</td> <td style="width: 30%;">Fecha</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Nº. de licencia del proveedor</td> </tr> </table> <p>Firma del paciente o representante legalmente autorizado Mi firma a continuación indica que estas órdenes/medidas de resucitación son consistentes con mis deseos o (si es firmado por el LAR) los deseos conocidos y/o en los mejores intereses del paciente quien es el sujeto de este formulario.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Nombre (con letra de imprenta)</td> <td style="width: 40%;">Relación (escriba "yo mismo" si es el paciente)</td> </tr> </table> <p>Resumen de condición médica _____ Para uso oficial únicamente</p> <p style="text-align: center;">Spanish version is for educational purposes only. La versión en español es para información solamente. The signed Hawaii POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow orders. Se necesita firmar el formulario Hawaii POLST en inglés para que el personal de los servicios de emergencia pueda leerlo y seguir sus instrucciones.</p>	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Agente designado en Poder notarial para atención médica	<input type="checkbox"/> Sustituto designado por el paciente	<input type="checkbox"/> Sustituto seleccionado por consenso de personas interesadas (Firme la sección E)	<input type="checkbox"/> Padre de un menor		Nombre del proveedor con letra de imprenta	Número de teléfono del proveedor	Fecha	Nº. de licencia del proveedor			Nombre (con letra de imprenta)	Relación (escriba "yo mismo" si es el paciente)
<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Agente designado en Poder notarial para atención médica	<input type="checkbox"/> Sustituto designado por el paciente														
<input type="checkbox"/> Sustituto seleccionado por consenso de personas interesadas (Firme la sección E)	<input type="checkbox"/> Padre de un menor															
Nombre del proveedor con letra de imprenta	Número de teléfono del proveedor	Fecha														
Nº. de licencia del proveedor																
Nombre (con letra de imprenta)	Relación (escriba "yo mismo" si es el paciente)															

LA HIPAA PERMITE LA DIVULGACIÓN DEL POLST A OTROS PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN SEA NECESARIO

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo M F
---	---------------------	--------------------

Contacto de emergencia preferido del paciente o representante legalmente autorizado

Nombre	Dirección	Número de teléfono
--------	-----------	--------------------

Formulario de preparación del profesional de atención médica	Título del preparador	Número de teléfono	Fecha de preparación del formulario
--	-----------------------	--------------------	-------------------------------------

E SUSTITUTO SELECCIONADO POR EL CONSENSO DE PERSONAS INTERESADAS (Representante legalmente autorizado como se describe en la sección D)

Hago esta declaración bajo pena de falso juramento para establecer mi autoridad para actuar como el representante legalmente autorizado del paciente nombrado en este formulario. El médico primario ha determinado que el paciente carece de capacidad para tomar decisiones y no ha sido nombrado ningún agente de atención médica ni tutor nombrado por el tribunal ni sustituto designado por el paciente, o el agente o tutor o sustituto designado no están razonablemente disponibles. El médico primario o su designado han hecho esfuerzos razonables para localizar a tantas personas interesadas como sea factible y han informado a tales personas de la falta de capacidad del paciente y que un tomador de decisiones sustituto debe ser seleccionado para el paciente. Como resultado, he sido seleccionado para actuar como el tomador de decisiones sustituto del paciente de acuerdo con los Estatutos Revisados §327E-5 de Hawái. He leído la sección C a continuación y comprendo las limitaciones relacionadas con las decisiones para mantener o retirar la nutrición e hidratación artificiales.

Nombre	Relación
--------	----------

INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA**Cómo completar el POLST**

- Debe ser completado por el profesional de atención médica con base en las preferencias del paciente y las indicaciones médicas.
- El POLST debe ser firmado por un médico o una enfermera registrada de práctica avanzada (Advanced Practice Registered Nurse, APRN) autorizada en el estado de Hawái, y el paciente o el representante legalmente autorizado del paciente para que sea válido. No son aceptables las órdenes verbales por parte de los proveedores.
- Se exhorta fuertemente el uso del formulario original. Las fotocopias y faxes de formularios POLST firmados son legales y válidos.

Cómo usar el POLST

- Cualquier sección incompleta del POLST implica tratamiento completo para esa sección.

Sección A:

- No se debe usar ningún desfibrilador (incluidos desfibriladores externos automatizados) en una persona que ha elegido "No intentar resucitación".

Sección B:

- Cuando no se puede lograr el alivio en la instalación actual, la persona, incluido alguien con "Medidas de alivio únicamente", se debe transferir a una instalación que pueda brindar alivio (por ejemplo, tratamiento de una fractura de cadera).
- La medicación IV para mejorar el alivio puede ser apropiada para una persona que ha elegido "Medidas de alivio únicamente"
- Una persona que desea fluidos IV debe indicar "Intervenciones limitadas" o "Tratamiento completo".

Sección C:

- Un paciente o un representante legalmente autorizado pueden tomar decisiones relacionadas con la nutrición o hidratación artificiales. Sin embargo, un sustituto que no ha sido designado por el paciente (sustituto seleccionado por consenso de las personas interesadas) solo puede tomar una decisión de mantener o retirar la nutrición e hidratación artificiales cuando el médico de atención primaria y un segundo médico independiente certifican en los expedientes médicos del paciente que el suministro o continuación de nutrición e hidratación artificiales está simplemente prolongando el acto de morir y el paciente tiene muy pocas probabilidades de tener alguna respuesta neurológica en el futuro. HRS §327E-5.

Revisión del POLST

Se recomienda que se revise periódicamente el POLST. Se recomienda la revisión cuando:

- La persona es transferida de un centro de atención a otro o de un nivel de tratamiento a otro; o
- Hay un cambio sustancial en el estado de salud del paciente; o
- Las preferencias de tratamiento de la persona cambian.

Modificación y anulación del POLST

- Una persona, o en ausencia de capacidad el representante legalmente autorizado, puede solicitar un plan de tratamiento diferente y puede revocar el POLST en cualquier momento y en cualquier manera que comunique una intención en cuanto a este cambio.
- Para anular o modificar un formulario POLST, trace una línea a través de las Secciones A hasta la E y escriba "NULO" en letras grandes en el original y todas las copias. Firme y feche esta línea. Complete un nuevo formulario POLST indicando las modificaciones.
- El proveedor del paciente puede evaluar médicamente al paciente y recomendar nuevas órdenes con base en el estado de salud actual del paciente y los objetivos de la atención.

Kōkua Mau – Hawai'i Hospice and Palliative Care Organization

Kōkua Mau es la agencia líder para la implementación del POLST en Hawái. Visite www.kokuamau.org/polst para descargar una copia o encontrar más información del POLST. Este formulario ha sido adoptado por el Departamento de Salud en julio de 2014.

Kōkua Mau • PO Box 62155 • Honolulu HI 96839 • info@kokuamau.org • www.kokuamau.org

ENVIAR FORMULARIO CON LA PERSONA CADA VEZ QUE SEA TRANSFERIDA O DADA DE ALTA