

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, Advanced Practice Registered Nurse (APRN) or Physician Assistant (PA) 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.

This paragraph is not translated and is intended as background for translators:

Since July 2022 Physician Assistants (PA) are able to sign POLST in Hawai'i (Act 293). In doing so, Act 293 adds PAs to Physicians and Advanced Practice Registered Nurses (APRNs) as providers authorized to complete and sign a POLST in Hawai'i. This information is integrated into the attached translated POLST form.

Introducción a la traducción en español del formulario POLST de Hawái

POLST (Ordenes del Porveedor 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, Enfermera registrada de práctica avanzada (Advanced Practice Registered Nurse, APRN) o Physician Assistant (PA) 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: kokuamau.org.

Kōkua Mau • P.O. Box 62155 • Honolulu HI 96839 Tel.: (808) 585-9977 • info@kokuamau.org • www.kokuamau.org/polst

This page intentionally kept blank

LA П	IPAA PERMITE LA DIVULGACION DEL POLST A OTROS PROF	residinales de Aleincidin Miedica Seguin Sea Mecesario					
	ÓRDENES DEL PROVEEDOR DE TRATAMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO DE LA VIDA (POLST) - HAWAI'I						
SPANISH	PRIMERO siga estas órdenes. LUEGO contacte al proveedor del paciente. Este formulario de orden del proveedor está basado en	Apellido del paciente:					
AN	la condición médica actual y deseos del paciente. Cualquier sección no completada implica tratamiento completo para	Primer nombre/segundo nombre					
SF	esa sección. Se debe tratar a todos con dignidad y respeto. POLST es una orden médica. No es una directiva por anticipado de la atención de la salud y no pretende reemplazar ese documento	Fecha de nacimiento Fecha de preparación del formulario					
Λ	RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP): ** La persona no tiene pulso y no está respirando**						
A	Sí resucitación/RCP No resucitación. No intente reanimación (Permita Muerte Natural)						
Marque uno	(Sección B: se requiere Tratamiento completo)						
	Si el paciente tiene pulso, entonces siga las órdenes en B y C .						
B Marque uno	INTERVENCIONES MÉDICAS: ** La persona tiene pulso y/o está respirando** 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. Incluye cuidados intensivos según sea necesario. Tratamiento selectivo - el objetivo es tratar los problemas medicos y restaurar la función mientras se evitan los cuidados intensivos y la reanimación. Además del tratamiento descrito en Tratamiento enfocado en la comodidad,						
	usar tratamiento médico, antibióticos intravenosos y flu usar asistencia respiratoria no invasiva. Tratamiento enfocado en la comodidad - el objetivo posufrimiento con medicación por cualquier medio neceso obstrucción de las vías respiratorias. No usar los tratam	rimario es maximizar la comodidad. Aliviar el dolor y el ario; usar oxígeno, succión y tratamiento manual de la nientos indicados en Tratamiento completo y Tratamiento vo de comodidad. Solicitar el traslado al hospital solo si					
Marque uno	Objetivo:						
	Nutrición artificial de largo plazo por tubo. Órdenes adicionales:						
	FIRMAS Y RESUMEN DE LA CONDICIÓN MÉDI	CA - Discutido con:					
D	Paciente o Representante legalmente autorizado (LAR). Si está marcado LAR, usted debe marcar una de las casillas a continuación:						
Marque uno	Tutor Agente designado en Poder notarial para atención médica Sustituto designado por el paciente						
	Sustituto seleccionado por consenso de personas interesadas (Firme la sección E)						
	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.						
	Firma (requerida) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	tra de imprenta) Relación (escriba tyo mismo" si es el paciente)					
	Firma del proveedor (Médico/APRN/PA 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.						
	Nombre del proveedor con letra de imprenta	Número de teléfono del proveedor Fecha					
	Firma del proveedor (requerida) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	№. de licencia del proveedor					
	Resumen de condición médica	Para uso oficial únicamente					
	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.						

LA HIPAA PERIVITE LA DIVULGACION DEL PULST A UTROS PROFESIONALES DE ATENCION MEDICA SEGUN SEA NECESARIO								
Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segun	F	Fecha de nacimiento		Sexo				
Contacto de emergencia preferido del paciente o representante legalmente autorizado (Incluir a una persona aquí no la convierte en un representante legalmente autorizado. Solo una directiva por aticipado de la atención de la salud o una ley estatal otorga esa autorización.)								
Nombre	Relación con paciente		N	Número de teléfono				
Formulario de preparación del profesional de atención médica	Título del preparador	Número de			na de preparación Formulario			

ΕĮ

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) o Physician Assintant (PA) 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.
- El formulario POLST válido completado más recientemente reemplaza todos los formularios POLST completados previamente. Este formulario no caduca.

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 resucitación. No intente reanimación".

Sección B:

- Cuando no se puede lograr el alivio en la instalación actual, la persona, incluido alguien con "Tratamiento enfocado en la comodidad", 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 "Tratamiento enfocado en la comodidad"
- Una persona que desea fluidos IV debe indicar "Tratamiento selectivo" 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 – A Movement to Improve Care

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 mayo de 2023.

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