



## Ordenes Médicas para Tratamiento y Prolongación de la Vida (MOLST, por sus siglas en inglés)

Siga estas órdenes, luego póngase en contacto con un Proveedor de Atención Médica Calificado de "MOLST". Esta es una orden médica basada en los deseos y condición de salud actual del paciente. Cualquier sección que no se complete, implica tratamiento completo. Este formulario "MOLST" permanecerá en efecto a menos que se actualice o revise.

Apellido del paciente \_\_\_\_\_

Primer nombre del paciente \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F

Fecha de nacimiento del Paciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha en que se completó el formulario \_\_\_\_\_

**A**  
MARQUE  
UNA

### RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR): *La persona no tiene pulso y no está respirando.*

Intentar resucitación//CPR  No intentar resucitación/DNR (Permitir la muerte natural)

- No se debe utilizar ningún desfibrilador (incluyendo desfibriladores externos automáticos) a una persona que ha elegido "No intentar resucitación."
- Siga las instrucciones en las secciones B y C cuando no esté en paro cardiorespiratorio

**B\***  
MARQUE  
UNA

### INTERVENCIÓN MÉDICA: *El paciente tiene pulso y/o está respirando.*

- Sólo Medidas de Alivio:** : Se puede administrar medicinas por cualquier vía, posición, cuidado de heridas y otras medidas para aliviar el dolor y el sufrimiento. Usar oxígeno, succión y tratamiento manual para obstrucciones de las vías respiratorias, a medida que sea necesario para dar comodidad. Usar antibióticos únicamente para promover la comodidad del paciente.
- Intervenciones Adicionales Limitadas:** : Incluye el cuidado descrito antes. Usar tratamiento médico, antibióticos y fluidos intravenosos como se indica. No entubar. Se puede usar presión positiva no invasiva en la vía respiratoria. Generalmente evitar cuidado intensivo.
- Tratamiento Completo:** : Incluir el cuidado descrito en "Sólo Medidas de Alivio" y en las "Intervenciones Adicionales Limitadas", así como también tratamiento adicional, tal como intubación, intervenciones avanzadas de las vías respiratorias, ventilación mecánica y desfibrilación/versión cardio tal como se indica.

**C**  
MARQUE  
UNA

### TRANSPORTE A UN HOSPITAL

- No ser transferido a un hospital para intervenciones médicas.
- Transferir a un hospital si las medidas de alivio no pueden cumplirse en el sitio actual.

**D**  
MARQUE  
UNA

### NUTRICIÓN ARTIFICIAL (Por ejemplo, tubo para alimentación):

*Ofrecer alimentos vía oral si es posible y deseado.*

- No nutrición artificial  Período de prueba definido para nutrición artificial
- Si es necesario, término prolongado de nutrición artificial  Nutrición artificial hasta no beneficiar o ser una carga para el paciente

**E**  
MARQUE  
UNA

### HIDRATACIÓN ARTIFICIAL: *Ofrecer fluidos/nutrientes vía oral si es posible y deseado.*

- No hidratación artificial  Período de prueba definido para hidratación artificial
- Si es necesario, término prolongado de hidratación artificial  Hidratación artificial hasta no beneficiar o ser una carga para el paciente

**F**

### PODERES ANTICIPADOS (si los hay): *Revise todos los poderes anticipados que se conocen para completar.*

- Poder Duradero de Cuidado de salud  Apoderado del Cuidado de salud  Testamento en vida
- Documentación de Instrucciones Orales Anticipadas

#### Discutido con:

- Paciente  Persona encargada de tomar decisiones  Padre/custodio del menor  Custodio asignado por la corte
- Other: \_\_\_\_\_

**"HIPAA" PERMITE, SI ES NECESARIO, DIVULGAR LA INFORMACIÓN EN "MOLST" A OTROS PROFESIONALES DEL CUIDADO DE LA SALUD. "MOLST" ES VOLUNTARIO. A NINGÚN PACIENTE SE LE REQUIERE LLENAR ESTE FORMULARIO.**

**G FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD CALIFICADO DE "MOLST" (Médico, "RNP, APRN, o PA")**  
 Mi firma más abajo y con lo mejor de mi entendimiento, indica que estas órdenes son consistentes con la condición médica y preferencias del paciente.

Firma (requerida) \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Fecha/hora / / \_\_\_\_\_

Escriba el nombre # de la licencia de Rhode Island \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE, PERSONA AUTORIZADA A TOMAR DECISIONES, PADRE/CUSTODIO DEL MENOR, O CUSTODIO LEGAL**

Al firmar este formulario, el paciente o la persona legalmente autorizada a tomar decisiones, reconoce que esta solicitud, referente a las medidas de resucitación, es consistente con los deseos conocidos y con el mejor interés de la persona quién es el objeto de este formulario.

Firma (requerida) \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Parentesco (si usted es el paciente, escriba "yo mismo") \_\_\_\_\_

Escriba el nombre y la dirección \_\_\_\_\_

**Revise y renueve las instrucciones de "MOLST" en este formulario (este formulario de "MOLST" permanecerá en efecto, a menos que se efectúe otro formulario "MOLST.")**

**El proveedor de cuidado de salud calificado de "MOLST" puede de vez en cuando, como es requerido por la ley, revisar el formulario y también revisar:**

- Si el paciente se mueve de una localidad a otra para recibir los cuidados; o
- Si el paciente ha tenido un gran cambio en su estado de salud (positivo o negativo); o
- Si el paciente o si la persona encargada de tomar las decisiones cambia de parecer acerca del tratamiento.

Fecha/hora	Nombre y firma de la Persona que revisa	Lugar donde se Revisa (ej. Hospital, residencia para ancianos, consultorio médico, residencia del Paciente)	Resultado de la revisión
			<input type="checkbox"/> No cambios <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se ha llenado nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se ha llenado nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No cambios <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se ha llenado nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se ha llenado nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No cambios <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se ha llenado nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, no se ha llenado nuevo formulario

## **Instrucciones para que el proveedor de cuidado de salud calificado para "MOLST" llene el formulario**

- Tiene que ser llenado por un proveedor de cuidado de salud calificado para "MOLST" basado en las indicaciones médicas y preferencias del paciente. Un proveedor de cuidado de salud calificado para "MOLST" se define como un médico, una enfermera profesional, enfermera de práctica avanzada, o un asistente médico.
- Para que "MOLST" sea válido, tiene que estar firmado por un proveedor de cuidado de salud calificado para "MOLST" (médico, enfermera profesional, enfermera de práctica avanzada, o un asistente médico) y por el paciente o la persona encargada de tomar las decisiones. Instrucciones verbales son aceptadas siempre y cuando luego sean firmadas por un proveedor, estén en conformidad con la política de la comunidad y el lugar, y tenga la documentación adecuada, indicando que se habló con el paciente o su representante acerca de discontinuar las instrucciones de "MOLST".
- Este es el ÚNICO FORMULARIO DE "MOLST" que es aceptado para ser usado en Rhode Island. No cree su propio formulario de "MOLST". Fotocopias firmadas y faxes de un formulario "MOLST" son legales y válidas
- Cualquier sección incompleta del formulario "MOLST" implica que se lleve a cabo tratamiento completo en esa sección.

### **\*Sección B:**

- Cuando la comodidad no puede lograrse en el sitio actual, el paciente, incluyendo a alguien con "Medidas de Comodidad Solamente" debe ser transferida a un sitio donde pueda proveérsele comodidad (ejemplo, tratamiento para una fractura de cadera)
- Para mejorar la comodidad, puede ser apropiado, administrar medicina intravenosa a un paciente que ha elegido "Medidas de Comodidad Solamente".
- Presión positiva no invasiva en la vía respiratoria incluye continua presión positiva en la vía respiratoria (CPAP, por sus siglas en inglés), Presión positiva de dos niveles en la vía respiratoria (BiPAP, por sus siglas en inglés) y máscara en bolsa con válvula (BVM, por sus siglas en inglés) respiración asistida.
- Tratamiento de deshidratación prolonga la vida. Una persona que desea líquidos por vía intravenosa, debe indicar "Intervenciones Limitadas" o "tratamiento completo".

### **Modificando y Anulando "MOLST"**

- Un paciente capacitado puede, en cualquier momento, anular el formulario "MOLST" o cambiar de idea acerca de sus preferencias en cuanto al tratamiento, mediante la ejecución de instrucciones anticipadas verbales o escritas, o con un nuevo formulario "MOLST".
- Para anular un formulario "MOLST" cruce una línea entre las secciones A y E y escriba con letra grande "ANULADO" Firme y escriba la fecha sobre la línea.
- Una persona encargada de tomar decisiones de cuidado de salud puede solicitar la modificación de las instrucciones basándose en los deseos conocidos del paciente o si no los conoce, basándose en el mejor interés del mismo.

### **DEFINICIONES**

"Ordenes Médicas para Tratamiento y Prolongación de la Vida (MOLST, por sus siglas en inglés) significa una petición voluntaria que le indica a un proveedor de cuidado de salud, las medidas a tomar en cuanto a la resucitación y la prolongación de la vida. Leyes Generales de Rhode Island §23-4.11-2 (10).

"Paciente Calificado" significa un paciente que ha ejecutado una declaración de conformidad con este capítulo y al cual el médico que lo atiende, lo ha declarado en estado terminal. Leyes Generales de Rhode Island §23-4.11-2 (16).

"Estado Terminal" significa una condición incurable o irreversible, que sin la administración de procedimientos para prolongar la vida, en la opinión del médico que le atiende, el resultado será la muerte." Leyes Generales de Rhode Island General §23-4.11-3.1 (20).

Este Formulario ha sido aprobado por el Departamento de Salud de Rhode Island. Para más información o una copia del formulario visite la página de internet, [www.health.gov](http://www.health.gov)