

Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (Medical Orders for Scope of Treatment, MOST) en Colorado

- **PRIMERO** seguir estas órdenes, **LUEGO** comunicarse con un médico, enfermero de práctica avanzada (Advanced Practice Nurse, APN) o médico auxiliar (Physician Assistant, PA) para recibir órdenes adicionales, si se indica.
- Estas Órdenes médicas se generan con base en los deseos y la afección médica de la persona.
- Si no se completan las secciones A o B, significa que se debe proporcionar tratamiento completo para esa sección.
- Pueden ser completadas solamente por una persona de 18 años o mayor, o por alguien en representación de esta persona.
- Todas las personas serán tratadas con dignidad y respeto.

Apellido Legal

Primer nombre legal/segundo nombre

Fecha de nacimiento

Sexo

Color de
cabello

Color de ojos

Raza/origen
étnico

Al preparar estas órdenes, pregunte si el paciente realizó un testamento en vida u otras directivas anticipadas. De ser afirmativo y se encuentran disponibles, revise dichos documentos para verificar que coincidan con estas órdenes y actualícelos, de ser necesario. (Vea las instrucciones adicionales de la página 2).

A

Marque
una casilla
solamente

RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)*****La persona no tiene pulso y no respira.*****☐ **RCP sí:** intentar resucitación☐ **RCP no:** no intentar resucitación**NOTA:** Si se selecciona "RCP sí", se debe seleccionar "Tratamiento completo" en la sección B.Cuando la persona no tiene un paro cardiopulmonar, siga las órdenes de la sección B.**B**

Marque
una casilla
solamente

INTERVENCIONES MÉDICAS*****La persona tiene pulso o respira.*****☐ **Tratamiento completo:** el objetivo principal es prolongar la vida usando todos los medios médicamente eficaces.

Además del tratamiento que se describe en Tratamiento selectivo y en Tratamiento enfocado en la comodidad, utilice intubación, intervenciones avanzadas en las vías respiratorias, ventilación mecánica y cardioversión, según se indique. Transfiera la persona al hospital, si se indica. Se incluyen los cuidados intensivos.

☐ **Tratamiento selectivo:** el objetivo es tratar las afecciones médicas, pero evitar las medidas agobiantes.Además del tratamiento que se describe a continuación en la opción Tratamiento enfocado en la comodidad, utilice antibióticos por vía intravenosa y fluidos por vía intravenosa, según se indique. **No intubar.** Se puede utilizar presión positiva no invasiva en las vías respiratorias. Transfiera la persona al hospital, si se indica. **Evite los cuidados intensivos.**☐ **Tratamiento enfocado en la comodidad:** el objetivo principal es maximizar la comodidad.Alivie el dolor y el sufrimiento con medicamentos por cualquier vía, según sea necesario; utilice oxígeno, succión y tratamientos manuales para la obstrucción de las vías respiratorias. No utilice los tratamientos que se mencionan en las opciones de tratamiento completo y selectivo, salvo que coincidan con el objetivo de lograr la comodidad. **No transfiera la persona al hospital para brindar tratamientos de soporte vital. Transfiera la persona únicamente si no se pueden satisfacer las necesidades de comodidad en la ubicación actual.**

Órdenes adicionales: _____

C

Marque
una casilla
solamente

NUTRICIÓN ADMINISTRADA ARTIFICIALMENTE**Siempre ofrezca alimentos y agua por la boca, de ser posible.**

Todos los sustitutos encargados de tomar decisiones legales (Poder legal duradero para la atención médica [Medical Durable Power of Attorney, MDPOA], Apoderado por ley [Proxy-by-Statute], tutor u otros) deben seguir las instrucciones del testamento en vida del paciente, si hubiera. No completar esta sección **no** implica cualquiera de las opciones. Es necesario un análisis más profundo. **NOTA:** se aplican reglas especiales para Apoderados por ley; vea el reverso ("Cómo completar el formulario de MOST") para obtener más detalles.

☐ Nutrición artificial por tubo a largo plazo/de forma permanente, si se indica.☐ Nutrición artificial por tubo a corto plazo/de forma temporal únicamente. (Se puede establecer el plazo y el objetivo en la sección "Órdenes adicionales").☐ No brinde nutrición artificial por tubo.

Órdenes adicionales: _____

D**SE ANALIZÓ CON** (marque todas las opciones que correspondan):☐ El paciente☐ Representante en virtud de un Poder legal duradero para la atención médica☐ Apoderado por ley (según los Estatutos Revisados de Colorado [Colorado Revised Statutes], C.R.S. 15-18.5-103(6))☐ Tutor legal☐ Otro: _____

FIRMAS DEL PROVEEDOR Y EL PACIENTE, REPRESENTANTE, TUTOR O APODERADO POR LEY, Y FECHA (OBLIGATORIAS)

Estas instrucciones se consideraron detenidamente. Se analizaron las preferencias y se expresaron a un profesional médico. Este documento refleja dichas preferencias de tratamiento, que también pueden documentarse en un Poder legal duradero para la atención médica, una Directiva de RCP, un testamento en vida u otras directivas anticipadas (adjuntas, si se encuentran disponibles). En la medida en que las directivas anticipadas completadas anteriormente no contradigan estas *Órdenes médicas para el alcance del tratamiento*, permanecerán en plena vigencia y efecto.

Si este documento está firmado por un sustituto encargado de tomar decisiones legales, las preferencias expresadas deben reflejar los deseos del paciente según el leal entendimiento del sustituto.

LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA) PERMITE LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN A OTROS PROFESIONALES MÉDICOS, SEGÚN SEA NECESARIO.

La autoridad para este formulario y el proceso son otorgados por C.R.S. 15-18.7: Directivas relacionadas con las Órdenes médicas para el alcance del tratamiento, promulgadas en 2010.

For Discussion Purposes Only
Please Complete English Version
Solo para fines de conversación
Por favor, complete la versión en inglés del formulario