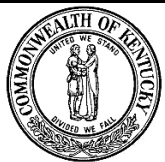


# ÓRDENES MÉDICAS PARA EL ALCANCE DEL TRATAMIENTO EN KENTUCKY

[KENTUCKY MOST: MEDICAL ORDERS FOR SCOPE OF TREATMENT]



El formulario Órdenes Médicas para el Alcance del Tratamiento (*Medical Orders for Scope of Treatment* o *MOST*) es voluntario. El paciente no tiene obligación de rellenar el formulario MOST. Un paciente con capacidad o su representante legal podrá anular un formulario MOST cuando lo desee, comunicando esa intención al prestador de atención médica. Dejar alguna sección sin rellenar no invalida el formulario y significa que se habrá de proporcionar tratamiento completo conforme a lo indicado en esa sección. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*HIPAA*, por sus siglas en inglés) autoriza la divulgación del formulario MOST a profesionales de la salud según sea necesario a efectos del tratamiento. El formulario original pertenece al paciente. Las copias por fax, impresas o electrónicas tienen validez legal.

## IDENTIFICADOR DEL PACIENTE

Apellidos del paciente:

1.º nombre, inicial del 2.º nombre:

Fecha de nacimiento (mes/día/año):

## SECCIÓN A

Marque solo una casilla

### REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR): LA PERSONA NO TIENE PULSO Y NO RESPIRA

Intentar reanimación (CPR, por sus siglas en inglés)  No intentar reanimación (DNAR, por sus siglas en inglés)  
Si no hay paro cardiopulmonar, seguir las órdenes expuestas en B, C y D.

## SECCIÓN B

Marque solo una casilla

### INTERVENCIONES MÉDICAS: LA PERSONA TIENE PULSO O RESPIRA

**Tratamiento completo** (requerido si se elige CPR en la Sección A): Meta: Intentar prolongar la vida usando todos los medios médicamente eficaces. Proporcionar tratamientos médicos y quirúrgicos apropiados según lo indicado para intentar prolongar la vida, incluyendo cuidados intensivos.

**Intervenciones adicionales limitadas:** Meta: Intentar restaurar funcionamiento, pero evitando cuidados intensivos y esfuerzos de reanimación (ventilación mecánica, desfibrilación y cardioversión). Se puede usar presión positiva no invasiva en las vías respiratorias, antibióticos y fluidos por vía intravenosa según lo indicado. Evitar cuidados intensivos. Trasladar al hospital si no se pueden satisfacer necesidades de tratamiento en el sitio actual.

**Medidas de comodidad:** Meta: Intentar lograr la máxima comodidad a través del manejo de los síntomas; permitir la muerte natural. Usar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para la comodidad. Evitar los tratamientos listados anteriormente bajo "Tratamiento completo" o "Intervenciones adicionales limitadas". Trasladar al hospital solo si no se puede lograr comodidad en el sitio actual.

## SECCIÓN C

Marque solo una casilla

### LÍQUIDOS Y NUTRICIÓN ADMINISTRADOS DE MANERA ARTIFICIAL:

**(Siempre ofrecer alimentos/líquidos por boca según se puedan tolerar)**

La nutrición e hidratación médicamente asistida es opcional si: • no es razonable esperar que prolongue la vida • la carga fuera mayor que los beneficios • causara considerable malestar físico.

**No suministrar nutrición e hidratación artificial por sonda**

**Período de prueba de nutrición e hidratación artificial por sonda** (Objetivo: \_\_\_\_\_)

**Nutrición e hidratación artificial por sonda a largo plazo**

## SECCIÓN D

Marque solo una casilla

### ANTIBIÓTICOS

**Uso de antibióticos según indicación médica**  **No administrar antibióticos**

ÓRDENES ADICIONALES (OPCIONAL):

### CERTIFICACIÓN DE PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA

Yo, (nombre) \_\_\_\_\_, certifico que al rellenar este formulario, he revisado la declaración de voluntades anticipadas preexistente del paciente y he hallado que concuerda con las opciones marcadas en este formulario MOST **O** certifico que el paciente no posee una declaración de voluntades anticipadas preexistente.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de cumplimentación (mes/día/año): \_\_\_\_\_

### FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE DEL PACIENTE (SON VÁLIDOS LOS DOCUMENTOS FIRMADOS DE MANERA ELECTRÓNICA)

Soy:  Paciente adulto con capacidad de decisión  Representante para la toma de decisiones según la declaración de voluntades anticipadas **O**  Parte responsable en conformidad con los Estatutos Revisados de Kentucky (KRS) 311.631 (ver dorso del formulario)

Estoy de acuerdo en que se ha proporcionado información adecuada y en que se ha reflexionado de manera considerable sobre las decisiones expuestas en este formulario. Las preferencias de tratamiento han sido expresadas al médico. Este documento refleja aquellas preferencias de tratamiento e indica consentimiento informado. De firmarse por un representante o parte responsable, las preferencias expresadas reflejan los deseos del paciente según el mejor entendimiento de ese representante o parte responsable. No se exige que usted firme este formulario para recibir tratamiento.

Nombre del paciente, representante o parte responsable en letra de molde:	Firma:	Relación: Núm. de contacto:
---	--------	--------------------------------

**FIRMA DEL MÉDICO (SON VÁLIDOS LOS DOCUMENTOS FIRMADOS DE MANERA ELECTRÓNICA)**

Con mi firma a continuación, manifiesto que yo o la persona designada por mí hemos discutido con el paciente, el representante del paciente o la parte responsable las metas del paciente y las opciones de tratamiento disponibles en función de las afecciones médicas del paciente. Con mi firma a continuación, manifiesto que a mi leal saber y entender, estas órdenes indicadas en este formulario son compatibles con la afección médica actual del paciente y concuerdan con sus preferencias.

Nombre del médico en letra de molde:	Firma del médico:	Núm. de contacto:	Fecha de entrada en vigor (mes/día/año):
--------------------------------------	-------------------	-------------------	--

**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE, REPRESENTANTE O PARTE RESPONSABLE DEL PACIENTE NOMBRADO EN ESTE FORMULARIO**

El formulario MOST siempre es voluntario y, por lo general, destinado para personas con una enfermedad avanzada. Este formulario registra los deseos de usted con respecto a tratamiento médico en su estado actual de salud. El suministro de nutrición y líquidos, aunque se administre de manera médica, constituye un derecho humano fundamental, y la autorización para no suministrar o retirar el suministro se limitará al paciente, el representante, conforme a KRS 311.629, o la parte responsable, conforme a KRS 311.631.

*KRS 311.631: Partes responsables autorizadas para tomar decisiones de atención médica: (1) El tutor del paciente, designado de manera judicial; (2) El apoderado para la toma de decisiones de atención médica; (3) El cónyuge del paciente; (4) Un hijo adulto del paciente o, si el paciente tiene más de un hijo, una mayoría de los hijos adultos que estén razonablemente disponibles para consultar; (5) Los padres del paciente; (6) El pariente con vida más cercano o, si más de un pariente con la misma relación está razonablemente disponible para consultar, una mayoría de los parientes con vida más cercanos.*

Una vez que comience el tratamiento médico inicial y que los riesgos y beneficios de una terapia adicional estén claros, pueden cambiar sus deseos con respecto al tratamiento. Su atención médica y este formulario podrán modificarse para reflejar sus nuevos deseos cuando usted quiera. No obstante, ningún formulario puede abordar todas las decisiones de tratamiento médico que sea necesario tomar. Se recomienda que todo adulto con capacidad, independientemente de su estado de salud, haga una declaración de voluntades anticipadas, como por ejemplo el Poder de Atención Médica del Estado de Kentucky. La declaración de voluntades anticipadas le permite documentar detalladamente sus instrucciones de atención médica para el futuro o designar a un representante para que hable en nombre de usted si no puede hablar por usted mismo, o hacer ambas cosas. Si hay conflicto entre las instrucciones ejecutables sobre cuidados y tratamientos y un formulario MOST, prevalecerá lo dispuesto en las instrucciones sobre cuidados y tratamientos.

**INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL FORMULARIO**

**CUMPLIMENTACIÓN DEL FORMULARIO MOST**

- El formulario MOST deberá ser revisado y firmado por el médico del paciente.
- El formulario MOST deberá ser revisado y deberá contener la firma original del médico del paciente para ser válido. Asegúrese de documentar las bases en las notas de evolución clínica del expediente médico. También deberá documentarse la modalidad de comunicación (por ejemplo, en persona, por teléfono, etc.).
- La firma del paciente, representante o parte responsable es obligatoria; no obstante, si el representante del paciente o alguna parte responsable no está razonablemente disponible para firmar el formulario original, el médico del paciente deberá firmar una copia del formulario cumplimentado con la firma o la firma electrónica del representante del paciente o una parte responsable, y deberá colocarla en el expediente médico.
- Las copias del formulario original son tan válidas como el formulario original.
- No se exige que el paciente tenga un MOST.

**IMPLEMENTACIÓN DEL MOST**

- Si un prestador o centro de atención médica no puede cumplir con las órdenes debido a su política o a su ética personal, el prestador o centro deberá disponer el traslado del paciente a otro prestador o centro.

**REVISIÓN DEL MOST**

Este MOST deberá ser revisado al menos anualmente, en cualquier momento que el paciente o su representante lo solicite y si:

- El paciente es ingresado o dado de alta de un centro de atención médica;
- Hay un cambio sustancial en el estado de salud del paciente; o
- Hay algún cambio en las preferencias de tratamiento del paciente.

Si el MOST se revisa o se vuelve inválido, trace una línea encima de las secciones A a D y escriba "VOID" en letra grande.

**REVOCACIÓN DEL MOST**

Este MOST podrá ser revocado por el paciente o la parte responsable.

**REVISIÓN DEL MOST**

Fecha de revisión (mes/día/año):	Nombre del revisor en letra de molde:	Firma del médico:	Firma del paciente, representante o parte responsable:	Resultado de la revisión: describa el resultado en cada fila, seleccionando una (1) de las siguientes opciones:
				<input type="checkbox"/> No hay cambios <input type="checkbox"/> FORMULARIO ANULADO
				<input type="checkbox"/> No hay cambios <input type="checkbox"/> FORMULARIO ANULADO

**ENVIAR FORMULARIO CON EL PACIENTE CUANDO SE PROCEDA A SU TRASLADO O SE LE DÉ EL ALTA**