

TEXAS - Órdenes Médicas para el Alcance de Tratamiento (en inglés, MOST) [TXMOST Coalition2-26-16]

Nombre:		Apellido:		Siga primero las preferencias del paciente, luego comuníquese con un médico. Cualquier sección que no esté llena implica tratamiento completo y no hace inválido este formulario. Enviar este formulario MOST con el paciente en todas las transferencias entre las áreas de tratamiento. Todos los pacientes deben ser tratados con dignidad y respeto.			
Fecha de nacimiento:		Fecha de este formulario:					
A Marque SOLO una casilla	ÓRDENES DE RESUCITACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE: si el paciente no presenta pulso o respiración: <input type="checkbox"/> Intentar Resucitación RCP (en inglés, CPR) Intubar tráquea, shocks eléctricos en el pecho, compresiones de pecho y conexión intravenosa para fluidos y/o medicamentos. <input type="checkbox"/> No resucitar/ permitir muerte natural (en inglés, DNAR/AND) confortamiento físico y emocional, y apoyo espiritual de forma respetuosa al paciente y su familia. <input type="checkbox"/> Se ha completado formulario de no resucitación fuera del hospital si el paciente no se encuentra en paro cardíaco y respiratorio, seguir las instrucciones en las secciones B y C						
	ALCANCE DEL TRATAMIENTO MÉDICO: si el paciente se encuentra inestable, pero presenta pulso y respiración: <input type="checkbox"/> INTERVENCIÓN TOTAL: <u>Trasladar a un hospital, de ser necesario, a la Unidad de Cuidados Intensivos (en inglés, ICU).</u> Atender al paciente y usar medidas selectivas, se pueden añadir intervenciones médicas similares a las de la UCI no limitadas a, intubación o respiración asistida, medicamentos únicos a la UCI y diálisis. <input type="checkbox"/> INTERVENCIÓN SELECTIVA: <u>Trasladar a un hospital de ser necesario.</u> Además de medidas de confortamiento, se pueden llevar a cabo intervenciones tales como antibióticos por vía intravenosa, respiración asistida no invasiva (en inglés, BiPAP/CPAP), y resucitación por fluidos. <input type="checkbox"/> SOLO ATENCIÓN RECONFORTANTE: Evitar hospitalización a menos que se requiera para mantener el confort. Enfoque en el control de los síntomas, la dignidad y permitir muerte natural y apacible si se llegara a presentar. Intervenciones reconfortantes tales como la administración de medicamentos de forma oral, subcutánea o por vía intravenosa (ej. Opioides), alimentos y bebidas reconfortantes, oxígeno y apoyo emocional y espiritual. ÓRDENES ADICIONALES: _____						
C Marque SOLO una casilla	ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN ASISTIDA: Ofrecer alimentación e hidratación por vía oral en todos los niveles de intervención en cuanto sea posible, <input type="checkbox"/> No alimentación medicamente asistida. <input type="checkbox"/> A menos que sea contra indicado por el médico*, intento definido de alimentación medicamente asistida. Duración del período de prueba _____ Meta _____ <input type="checkbox"/> Alimentación medicamente asistida a largo plazo *En algunos casos, que incluyen, pero no se limitan a, fallo cardíaco, pulmonar, hepático o renal, la alimentación asistida puede incrementar sufrimiento y acelerar la muerte y por tal razón se contraindica.						
	DOCUMENTACIÓN DE LA DISCUSIÓN Y FIRMAS: <table border="1"> <tr> <td colspan="2"> Discusión llevada a cabo con: <input type="checkbox"/> Paciente (Paciente tiene potestad) <input type="checkbox"/> Agente de Cuidados de Salud o Toma de Decisiones: _____ <input type="checkbox"/> Guardián designado por una Corte _____ <input type="checkbox"/> Otros presentes: _____ <i>(Relación, Nombre)</i> </td> <td colspan="2"> Razonamiento de las órdenes: (Seleccionar las opciones utilizadas) <input type="checkbox"/> Testamento en vida (dirigido a médicos y familiares o sustitutos) <input type="checkbox"/> Poder Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____ </td> </tr> </table>				Discusión llevada a cabo con: <input type="checkbox"/> Paciente (Paciente tiene potestad) <input type="checkbox"/> Agente de Cuidados de Salud o Toma de Decisiones: _____ <input type="checkbox"/> Guardián designado por una Corte _____ <input type="checkbox"/> Otros presentes: _____ <i>(Relación, Nombre)</i>		Razonamiento de las órdenes: (Seleccionar las opciones utilizadas) <input type="checkbox"/> Testamento en vida (dirigido a médicos y familiares o sustitutos) <input type="checkbox"/> Poder Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____
Discusión llevada a cabo con: <input type="checkbox"/> Paciente (Paciente tiene potestad) <input type="checkbox"/> Agente de Cuidados de Salud o Toma de Decisiones: _____ <input type="checkbox"/> Guardián designado por una Corte _____ <input type="checkbox"/> Otros presentes: _____ <i>(Relación, Nombre)</i>		Razonamiento de las órdenes: (Seleccionar las opciones utilizadas) <input type="checkbox"/> Testamento en vida (dirigido a médicos y familiares o sustitutos) <input type="checkbox"/> Poder Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____					
D	Firma del médico: con mi firma certifico el orden de preferencia expresado anteriormente y las bases para ello.						
	Firma del Médico	Nombre del médico:	Fecha:	No. Teléfono:			
	X Please Do Not Sign						
	Firma del paciente o su sustituto:						
Firma del paciente o sustituto:	Nombre del paciente o sustituto, si firman:	Fecha:	No. Teléfono:				
X Please Do Not Sign							
ENVIAR ESTE FORMULARIO CON EL PACIENTE CUANDO SEA TRASLADADO O DADO DE ALTA							
Identificación de la Organización o Centro:							