

--	--

PEDIDOS MÉDICOS PARA EL ALCANCE DEL TRATAMIENTO - SOUTH DAKOTA MOST

HIPAA PERMITE LA DIVULGACIÓN DE SOUTH DAKOTA MOST A OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN SEA NECESARIO

PEDIDOS MÉDICOS PARA EL ALCANCE DEL TRATAMIENTO - SOUTH DAKOTA MOST

SOUTH DAKOTA MOST

PRIMERO seguir estas órdenes, **LUEGO** comunicarse con el proveedor médico. Esta es una Hoja de pedido médico basada en la condición médica actual y los deseos del paciente. Toda sección que no incluya una indicación de la preferencia del paciente o del representante autorizado, es una directiva para que los proveedores de atención médica utilicen todas las intervenciones médicas necesarias y apropiadas. South Dakota MOST actúa como complemento de una directiva anticipada de atención médica y no tiene la intención de reemplazar tal documento.

¿Tiene el paciente una directiva anticipada de atención médica? Sí No

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE DE CONDICIÓN TERMINAL:

OBJETIVOS DEL CUIDADO:

Marcar una	<p>A. RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP): <u>EL PACIENTE NO TIENE PULSO Y NO RESPIRA.</u></p> <p><input type="checkbox"/> RCP/intento de reanimación (requiere intervención completa en la sección B)</p> <p><input type="checkbox"/> DNR/no aplicar técnicas de reanimación (permitir la muerte natural)</p> <p>Cuando no esté en paro cardiopulmonar, seguir las órdenes en B y C</p>
-------------------	---

Marcar una	<p>B. INTERVENCIONES MÉDICAS: <u>EL PACIENTE TIENE PULSO Y RESPIRA, O TIENE PULSO Y NO RESPIRA.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Intervención completa: Objetivo del tratamiento: Intervención completa que incluye medidas de soporte vital en la unidad de cuidados intensivos. Además del tratamiento descrito en las Medidas de bienestar y el Tratamiento selectivo a continuación, usar intubación, intervenciones avanzadas en las vías respiratorias y ventilación mecánica como se indica. Trasladar al hospital o a la unidad de cuidados intensivos, si está indicado, para satisfacer las necesidades médicas.</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento selectivo: Objetivo del tratamiento: Estabilización de la afección médica. Además del tratamiento descrito en las Medidas de bienestar a continuación, usar tratamiento médico, líquidos por vía intravenosa (hidratación) y monitoreo cardíaco como se indica para estabilizar la condición médica. Se pueden usar técnicas básicas de tratamiento de las vías respiratorias y presión positiva no invasiva de las vías respiratorias. No intubar. Trasladar al hospital si está indicado para gestionar las necesidades médicas o el alivio de molestias. Evitar los cuidados intensivos si es posible.</p> <p><input type="checkbox"/> Solo medidas de bienestar (permitir la muerte natural): Objetivo del tratamiento: Maximizar el bienestar mediante el manejo de los síntomas. Aliviar el dolor y el sufrimiento mediante el uso de cualquier medicamento por cualquier vía, posicionamiento, cuidado de heridas y otras medidas. Usar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias, según sea necesario, para lograr el bienestar. El paciente prefiere no ser trasladado al hospital para recibir tratamientos de soporte vital. Transferir al hospital solo si no se pueden satisfacer las necesidades de bienestar en la institución actual.</p> <p>PEDIDOS ADICIONALES: (p. ej., diálisis, etc.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
-------------------	--

Marcar uno de cada columna	<p>C. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ADMINISTRADAS ARTIFICIALMENTE: <u>SIEMPRE OFRECER ALIMENTOS Y LÍQUIDOS POR BOCA, SI ES TOLERADO.</u> Según el criterio médico del proveedor:</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:80%;"></th> <th style="width:10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width:10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ¿La nutrición y la hidratación administradas artificialmente no podrán prolongar la vida?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. ¿La nutrición y la hidratación administradas artificialmente resultarán ser una complicación más que un beneficio?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. ¿La nutrición y la hidratación administradas artificialmente causarán molestias físicas considerables?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. ¿El paciente expresó previamente el deseo de renunciar a la nutrición e hidratación administradas artificialmente por sonda?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Para que se retenga la nutrición e hidratación administradas artificialmente, debe haber una respuesta afirmativa a una o más de las preguntas 1 a 4 anteriores.</p>		Sí	NO	1. ¿La nutrición y la hidratación administradas artificialmente no podrán prolongar la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿La nutrición y la hidratación administradas artificialmente resultarán ser una complicación más que un beneficio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿La nutrición y la hidratación administradas artificialmente causarán molestias físicas considerables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿El paciente expresó previamente el deseo de renunciar a la nutrición e hidratación administradas artificialmente por sonda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	NO														
1. ¿La nutrición y la hidratación administradas artificialmente no podrán prolongar la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
2. ¿La nutrición y la hidratación administradas artificialmente resultarán ser una complicación más que un beneficio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
3. ¿La nutrición y la hidratación administradas artificialmente causarán molestias físicas considerables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
4. ¿El paciente expresó previamente el deseo de renunciar a la nutrición e hidratación administradas artificialmente por sonda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

Marcar una	<p>D. EXPLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:</p> <p>_____ analizó el consentimiento informado con el paciente o un representante autorizado.</p> <p>Nombre del proveedor médico (MD, DO, NP o PA) _____</p> <p>ANALIZADO CON: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Representante autorizado _____</p> <p align="right">(Nombre del representante)</p>
-------------------	--

Marcar todas las que correspondan	<p>El fundamento de estos pedidos es:</p> <p><input type="checkbox"/> Declaración del paciente (puede ser verbal o no verbal).</p> <p><input type="checkbox"/> Representante autorizado del paciente (paciente sin capacidad).</p> <p><input type="checkbox"/> Directiva anticipada del paciente (si está indicado, el paciente ha completado un documento adicional que proporciona orientación para las medidas de tratamiento si pierde la capacidad de tomar decisiones médicas).</p> <p><input type="checkbox"/> La reanimación no sería médicamente beneficiosa.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Este formulario es voluntario y las firmas a continuación indican que las órdenes médicas son coherentes con la afección médica y el plan de tratamiento del paciente y son los deseos conocidos del paciente o son en su propio beneficio, que es el sujeto del documento.</p> </div>
--	---

_____ a. m./p. m.	_____	_____	_____	_____
Hora	Fecha (OBLIGATORIO)	NOMBRE DEL PROVEEDOR MÉDICO EN LETRA DE MOLDE	FIRMA DEL PROVEEDOR MÉDICO(OBLIGATORIO)	FECHA (OBLIGATORIO)

_____ a. m./p. m.	_____	_____	_____	_____
Hora	Fecha (OBLIGATORIO)	NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE EN LETRA DE MOLDE	FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE (OBLIGATORIO)	

RELACIÓN CON EL REPRESENTANTE _____	DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE _____	NÚMERO DE TELÉFONO DEL REPRESENTANTE _____
-------------------------------------	-----------------------------------	--

**ASEGURARSE DE QUE EL PACIENTE TENGA EN SU PODER EL PRESENTE FORMULARIO.
LAS FOTOCOPIAS Y LOS FAXES DE LOS FORMULARIOS SD MOST FIRMADOS Y FECHADOS SON LEGALES Y VÁLIDOS.**

PEDIDOS MÉDICOS PARA EL ALCANCE DEL TRATAMIENTO - SOUTH DAKOTA MOST

Apellido: _____ Nombre: _____ FDN: ____/____/____

CÓMO COMPLETAR SOUTH DAKOTA MOST

- a. Debe ser completado por un médico, enfermero practicante o asistente médico basado en las preferencias del paciente o en su propio beneficio, y en las indicaciones médicas.
- b. **South Dakota MOST** debe ser firmado y fechado por un MD, DO, NP o PA para que sea válido.
- c. **South Dakota MOST** debe estar firmado por el paciente o representante autorizado del paciente.
- d. Se recomienda firmemente el uso del formulario original. Las fotocopias y los faxes del formulario **South Dakota MOST** firmados y fechados son legales y válidos.

CÓMO USAR SOUTH DAKOTA MOST (información adicional disponible en: www.sdaho.org/MOST)

1. Toda sección que no incluya una indicación de la preferencia del paciente o del representante autorizado, es una directiva para que los proveedores de atención médica utilicen todas las intervenciones médicas necesarias y apropiadas.
2. La nutrición e hidratación artificial son opcionales cuando no se pueda esperar razonablemente que prolongue la vida, sea más una complicación que un beneficio, cause molestias físicas considerables o el paciente haya expresado previamente un deseo personal de abstenerse a la nutrición artificial por sonda.
3. La determinación de la complicación se refiere a la provisión de nutrición o hidratación artificial en sí misma y no a la calidad de la prolongación de la vida del paciente.
4. Un paciente con capacidad puede revocar el formulario **South Dakota MOST** en cualquier momento y solicitar un tratamiento alternativo. Además, un representante autorizado puede revocar el MOST solo si el representante autorizado ejecutó el MOST.
5. Si existe un conflicto entre el documento MOST del paciente y las directivas escritas del paciente en cualquier poder notarial o testamento vital duradero previamente ejecutado y no revocado, el proveedor de atención médica tratará al paciente de acuerdo con las instrucciones del MOST.

El deber de la medicina es cuidar a los pacientes incluso cuando no tengan cura. Los médicos, enfermeros practicantes y asistentes médicos, y sus pacientes deben evaluar el uso de la tecnología a su disposición en función de la información disponible. Los juicios sobre el uso de la tecnología para prolongar la vida deben reflejar la dignidad inherente del paciente y el propósito de la atención médica. Todos deben ser tratados con dignidad y respeto.

CÓMO REVISAR SOUTH DAKOTA MOST

Se recomienda que el presente formulario de **South Dakota MOST** se revise periódicamente, como cuando el paciente sea transferido de un entorno de atención o nivel de atención a otro, o si hubiera un cambio sustancial en el estado de salud del paciente. Un paciente puede revocar un formulario MOST en cualquier momento:

- a. destruir o deshacerse del formulario MOST con la intención de revocarlo;
- b. una revocación por escrito del formulario MOST, firmado y fechada por el paciente; o
- c. una expresión oral de la intención de revocar el formulario MOST, en presencia de un testigo de 18 años de edad o mayor que firme y feche por escrito, confirmando que dicha declaración de voluntad se llevó a cabo.

NOTA: Un representante autorizado puede revocar el MOST solo si el representante autorizado ejecutó el MOST. Cualquier revocación por parte del representante autorizado debe hacerse por escrito.

Una revocación es efectiva tras la comunicación con el proveedor de atención médica. Un proveedor de atención médica que sea informado de una revocación deberá registrar la fecha y hora de la notificación de revocación en el registro médico del paciente.

Se debe completar un nuevo formulario **South Dakota MOST** si el paciente desea realizar algún cambio sustancial en el objetivo del tratamiento (p. ej., revocación de la directiva anterior). Al completar un nuevo formulario, el formulario anterior debe anularse y conservarse como corresponde en el expediente médico. Para anular el formulario **South Dakota MOST**, se debe trazar una línea en las secciones A a D y escribir "ANULAR" en letra grande. Esto debe estar firmado y fechado.

REVISIÓN DEL FORMULARIO SOUTH DAKOTA MOST

FECHA Y HORA DE REVISIÓN	REVISOR	LUGAR DE LA REVISIÓN	RESULTADO DE LA REVISIÓN
			<input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> Formulario anulado y formulario nuevo completado
			<input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> Formulario anulado y formulario nuevo completado
			<input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> Formulario anulado y formulario nuevo completado

**ASEGURARSE DE QUE EL PACIENTE TENGA EN SU PODER EL PRESENTE FORMULARIO.
LAS FOTOCOPIAS Y LOS FAXES DE LOS FORMULARIOS SD MOST FIRMADOS Y FECHADOS SON LEGALES Y VÁLIDOS.**

Diciembre 2019