

**HIPAA PERMITE LA DIVULGACIÓN DE LAS MOST A OTROS PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN SEA NECESARIO**



**Órdenes médicas**

para el alcance del tratamiento (MOST)

Esta es una hoja de órdenes del médico basada en la afección médica y los deseos del paciente. Las secciones no completadas indican tratamiento completo para esa sección. **Cuando surja la necesidad, primero siga estas órdenes y luego comuníquese con el médico.**

Apellido del paciente:	Fecha de entrada en vigencia del formulario:
Nombre e inicial del segundo nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:

**Sección A**  
*Marque una casilla solamente*

**RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP): El paciente no tiene pulso y no respira.**  
 Intentar resucitación (RCP)       No intentar resucitación (NR/no RCP)  
 Cuando no se presente un paro cardiopulmonar, siga las órdenes en B, C y D.

**Sección B**  
*Marque una casilla solamente*

**INTERVENCIONES MÉDICAS: El paciente tiene pulso y/o respira.**  
 Alcance total del tratamiento: Usar intubación, intervenciones de las vías respiratorias avanzadas, ventilación mecánica, cardioversión según lo indicado, tratamiento médico, fluidos IV, etc.; también proporcionar medidas de comodidad. **Trasladar al hospital si así se indica.**  
 Intervenciones adicionales limitadas: Usar tratamiento médico, fluidos IV y monitoreo cardíaco según lo indicado. No utilizar intubación ni ventilación mecánica. Puede considerarse el uso de un soporte de las vías respiratorias menos invasivo, por ejemplo, presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias (Bilevel Positive Airway Pressure, BiPAP) y presión positiva continua en las vías respiratorias (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP). También proporcionar medidas de comodidad. **Trasladar al hospital si así se indica. Evitar cuidados intensivos.**  
 Medidas de comodidad: Mantener limpio, caliente y seco. Usar medicamentos por medio de cualquier vía, posicionamiento, cuidado de heridas y otras medidas para aliviar el dolor y el sufrimiento. Usar oxígeno, succión y tratamiento manual de obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para brindar comodidad. **No trasladar al hospital salvo que las necesidades de comodidad no puedan satisfacerse en la ubicación actual.**  
 Otras instrucciones \_\_\_\_\_

**Sección C**  
*Marque una casilla solamente*

**ANTIBIÓTICOS.**  
 Antibióticos si así se indica  
 Determinar el uso o la limitación cuando aparezca una infección  
 Sin antibióticos (usar otra medida para aliviar los síntomas)  
 Otras instrucciones \_\_\_\_\_

**Sección D**  
*Marque una casilla solamente en cada columna*

**LÍQUIDOS Y NUTRICIÓN ADMINISTRADOS MÉDICAMENTE:** De ser posible, ofrezca líquidos y nutrición vía oral.  
 Fluidos IV si así se indica       Sonda de alimentación a largo plazo si así se indica  
 Fluidos IV durante un período de prueba definido       Sonda de alimentación durante un período de prueba definido  
 Sin fluidos IV (proporcionar otra medida para garantizar la comodidad)       Sin sonda de alimentación  
 Otras instrucciones \_\_\_\_\_

**Sección E**  
*Marque la casilla correspondiente*

**ANALIZADO Y ACORDADO POR:**  
 Paciente  
 Padre o tutor si el paciente es menor de edad  
 Agente de atención médica  
 Tutor legal del paciente  
 Apoderado con poder para tomar decisiones de atención médica  
 Cónyuge  
 El fundamento de la orden debe documentarse en el registro médico.  
 Mayoría de los padres e hijos adultos razonablemente disponibles del paciente  
 Mayoría de los hermanos adultos razonablemente disponibles del paciente  
 Una persona con una relación establecida con el paciente que actúa de buena fe y puede comunicar los deseos del paciente de forma confiable

Nombre del MD/DO, PA o NP (en letra de imprenta):	Firma del MD/DO, PA o NP y fecha (obligatorias):	N.º de teléfono:
---	--	------------------

**Firma del paciente, padre del menor, tutor, agente de atención médica, cónyuge u otro representante personal**  
 (La firma es obligatoria y debe estar en este formulario o en los registros)

Acepto que me han proporcionado información adecuada y que se ha reflexionado lo suficiente sobre las medidas para prolongar la vida. Se han expresado las preferencias de tratamiento al médico/osteópata (Medical Doctor, MD/Doctor of Osteopathy, DO), al asistente de médico (Physician Assistant, PA) o al enfermero practicante (Nurse Practitioner, NP). Este documento refleja aquellas preferencias de tratamiento e indica el consentimiento informado. Si es firmado por un representante del paciente, las preferencias expresadas deben reflejar los deseos del paciente como mejor los entienda ese representante. La información de contacto del representante personal debe proporcionarse al dorso del formulario.

**No tiene la obligación de firmar este formulario para recibir tratamiento.**

Nombre del paciente o representante (en letra de imprenta)	Firma del paciente o representante	Relación (escribir "yo" si es el paciente)
--	------------------------------------	--

**ENVIAR EL FORMULARIO CON EL PACIENTE/RESIDENTE AL MOMENTO DE UN TRASLADO O DEL ALTA HOSPITALA**

# HIPAA PERMITE LA DIVULGACIÓN DE LAS MOST A OTROS PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN SEA NECESARIO

## Información de contacto

Representante del paciente:	Relación:	N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Profesional de atención médica que prepara el formulario:	Cargo de la persona que prepara el formulario:	N.º de teléfono preferido:	Fecha de preparación:

### Instrucciones para completar el formulario

#### Cómo completar las MOST

- Un profesional de atención médica debe revisar y preparar las Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (Medical Orders for Scope of Treatment, MOST) conjuntamente con el paciente o el representante del paciente.
- Las MOST son órdenes médicas y, para que tengan validez, deben estar firmadas y fechadas por un médico matriculado (MD/DO), asistente de médico o enfermero practicante. **Asegúrese de documentar el fundamento de la orden en las notas de progreso del registro médico.** El modo de comunicación (p. ej., en persona, por teléfono, etc.) también debe documentarse.
- Se requiere la firma del paciente o de su representante; sin embargo, si el representante del paciente no está razonablemente disponible para firmar el formulario original, debe colocarse una copia del formulario completado con la firma del representante del paciente en el registro médico y debe escribirse “en los registros” en el campo de firma correspondiente en el anverso de este formulario o en la sección de revisión que aparece más abajo. Es obligatorio usar el formulario original. **Asegúrese de enviar el formulario original con el paciente.**
- Las MOST forman parte de la planificación anticipada de la atención médica, la cual también puede incluir un testamento vital y un poder notarial para la atención médica (Healthcare Power of Attorney, HCPOA). Si existe un HCPOA, un testamento vital u otra directiva anticipada, debe adjuntarse una copia si estuviera disponible. **Las MOST podrían suspender las instrucciones en conflicto en un HCPOA, testamento vital u otra directiva anticipada previamente ejecutada del paciente.**
- **No existe un requisito que obligue a un paciente a tener una MOST.**
- Las MOST son reconocidas en los Estatutos Generales de Carolina del Norte 90-21.17.

#### Revisión de las MOST

Se recomienda revisar el formulario de las MOST en los siguientes casos:

- El paciente es admitido en un centro médico o es dado de alta de allí.
- Hay un cambio importante en el estado de salud del paciente.

Las MOST deben revisarse si

- Las preferencias de tratamiento del paciente cambian.

Si las MOST se revisan o pierden validez, trace una línea a través de las Secciones A a E y escriba “NULO” en letras grandes.

#### Revocación de las MOST

Un paciente con capacidad o el representante del paciente (si el paciente carece de capacidad) pueden revocar las MOST en cualquier momento y solicitar un tratamiento alternativo según las preferencias conocidas del paciente o, si estas se desconocen, para beneficio del paciente.

### Revisión de las MOST

Fecha de la revisión	Revisor y lugar de la revisión	Firma del MD/DO, PA o NP (obligatorio)	Firma del paciente o representante (preferido)	Resultado de la revisión
				<input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> FORMULARIO NULO, nuevo formulario completado <input type="checkbox"/> FORMULARIO NULO, <b>no hay</b> formulario nuevo
				<input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> FORMULARIO NULO, nuevo formulario completado <input type="checkbox"/> FORMULARIO NULO, <b>no hay</b> formulario nuevo
				<input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> FORMULARIO NULO, nuevo formulario completado <input type="checkbox"/> FORMULARIO NULO, <b>no hay</b> formulario nuevo
				<input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> FORMULARIO NULO, nuevo formulario completado <input type="checkbox"/> FORMULARIO NULO, <b>no hay</b> formulario nuevo
				<input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> FORMULARIO NULO, nuevo formulario completado <input type="checkbox"/> FORMULARIO NULO, <b>no hay</b> formulario nuevo

**ENVIAR EL FORMULARIO CON EL PACIENTE/RESIDENTE AL MOMENTO DE UN TRASLADO O DEL ALTA HOSPITALARIA**

**¡NO ALTERAR ESTE FORMULARIO!**