



**Pennsylvania**  
**Órdenes para el tratamiento**  
**del sostenimiento de vida**  
**(POLST)**

Apellido
Nombre e inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento

**PRIMERO** siga estas órdenes, **LUEGO** contacte con su médico, enfermero(a) o asistente de médico. Esta es una «hoja de orden» basada en la condición médica de la persona y de sus deseos al momento de su emisión. Todos habrán de ser tratados con dignidad y respeto.

<b>A</b> Check One	<b>REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR, en inglés): la persona no tiene pulso Y no está respirando.</b> <input type="checkbox"/> CPR/tratar de resucitar <input type="checkbox"/> DNR/no tratar de resucitar (dar paso a la muerte natural) Cuando no esté en ataque o paro cardiopulmonar, siga las instrucciones en <b>B, C y D.</b>
--------------------------	--

<b>B</b> Check One	<b>INTERVENCIONES MÉDICAS: la persona tiene pulso o está respirando.</b>  <input type="checkbox"/> <b>MEDIDAS DE ACOMODO SOLAMENTE.</b> Use la medicina de cualquier modo o posición, dé tratamiento a la herida y use otras medidas para aliviar el dolor y sufrimiento. Use oxígeno, succión oral y tratamiento manual de la obstrucción respiratoria tanto como sea necesario para proveer comodidad. <b>No llevar al hospital para el tratamiento del sostenimiento de vida. Si llevar si las necesidades de comodidad no se pueden conseguir en la ubicación actual.</b>  <input type="checkbox"/> <b>LIMITADAS ACCIONES ADICIONALES.</b> Incluye la atención descrita arriba. Use tratamiento médico, dé líquidos por terapia intravenosa (IV) y monitoreo cardíaco. No use el tubo (catéter), ni acciones avanzadas respiratorias ni la ventilación mecánica. <b>Llevar al hospital si así se ordena. Si es posible evite el cuidado intensivo.</b>  <input type="checkbox"/> <b>ATENCIÓN COMPLETA.</b> Incluye la atención descrita arriba. Use la intubación, acciones respiratorias avanzadas, ventilaciones mecánicas y la cardioversión tal como se indique. <b>Transferir al hospital si así se ordena. Incluye el cuidado intensivo.</b>  Órdenes adicionales _____
--------------------------	---

<b>C</b> Check One	<b>ANTIBIÓTICOS:</b>  <input type="checkbox"/> No usar antibióticos. Use otras medidas para aliviar los síntomas. <input type="checkbox"/> Determine el uso o limitaciones de los antibióticos en caso de infección, con la comodidad como meta <input type="checkbox"/> Use antibióticos si estos prolongan la vida Órdenes adicionales _____	<b>D</b> Check One	<b>Nutrición o hidratación artificialmente administrados:</b> Siempre ofrecer comida y líquidos orales si es viable  <input type="checkbox"/> No dar hidratación ni nutrición artificial por tubo. <input type="checkbox"/> Período de prueba de hidratación y nutrición artificial por tubo. <input type="checkbox"/> Hidratación y nutrición artificial de larga duración por tubo. Órdenes adicionales _____
--------------------------	---	--------------------------	---

<b>E</b> Check One	<b>RESUMEN DE LAS METAS, CONDICIÓN MÉDICA Y DE LAS FIRMAS:</b>		
	Dialogado con <input type="checkbox"/> el paciente <input type="checkbox"/> el(los) padre(s) del menor de edad <input type="checkbox"/> el agente del sector salud <input type="checkbox"/> el representante del sector salud <input type="checkbox"/> el guardián nombrado por la corte <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Metas del paciente-condición médica:</b>	
	Al firmar este formulario yo reconozco que esta solicitud referente a medidas de resucitación está en conformidad con los conocidos deseos y representando los intereses del individuo al que el formulario se refiere.		
	Nombre del medico/su asistente/enfermero(a) (letra de imprenta):		# de teléfono del medico/asistente/enfermero(a)
	Firma del medico/su asistente/enfermero(a) (obligatorio):		FECHA
	Firma del paciente o de su representante		
Firma (obligatorio)	Nombre (letra de imprenta)	Parentesco (escribir "yo mismo" si es el paciente)	

**SEND FORM WITH PERSON WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED**

**Other Contact Information**

Surrogate	Relationship	Phone Number	
Health Care Professional Preparing Form	Preparer Title	Phone Number	Date Prepared

**Directions for Healthcare Professionals**

Any individual for whom a Pennsylvania Order for Life-Sustaining Treatment form is completed should ideally have an advance health care directive that provides instructions for the individual's health care and appoints an agent to make medical decisions whenever the patient is unable to make or communicate a healthcare decision. If the patient wants a DNR Order issued in section "A", the physician/PA/CRNP should discuss the issuance of an Out-of-Hospital DNR order, if the individual is eligible, to assure that an EMS provider can honor his/her wishes. Contact the Pennsylvania Department of Aging for information about sample forms for advance health care directives. Contact the Pennsylvania Department of Health, Bureau of EMS, for information about Out-of Hospital Do-Not-Resuscitate orders, bracelets and necklaces. POLST forms may be obtained online from the Pennsylvania Department of Health. [www.health.state.pa.us](http://www.health.state.pa.us)

**Completing POLST**

Must be completed by a health care professional based on patient preferences and medical indications or decisions by the patient or a surrogate. This document refers to the person for whom the orders are issued as the "individual" or "patient" and refers to any other person authorized to make healthcare decisions for the patient covered by this document as the "surrogate."

At the time a POLST is completed, any current advance directive, if available, must be reviewed.

Must be signed by a physician/PA/CRNP and patient/surrogate to be valid. Verbal orders are acceptable with follow-up signature by physician/PA/CRNP in accordance with facility/community policy. A person designated by the patient or surrogate may document the patient's or surrogate's agreement. Use of original form is strongly encouraged. Photocopies and Faxes of signed POLST forms should be respected where necessary

**Using POLST**

If a person's condition changes and time permits, the patient or surrogate must be contacted to assure that the POLST is updated as appropriate.

If any section is not completed, then the healthcare provider should follow other appropriate methods to determine treatment.

An automated external defibrillator (AED) should not be used on a person who has chosen "Do Not Attempt Resuscitation"

Oral fluids and nutrition must always be offered if medically feasible.

When comfort cannot be achieved in the current setting, the person, including someone with "comfort measures only," should be transferred to a setting able to provide comfort (e.g., treatment of a hip fracture).

A person who chooses either "comfort measures only" or "limited additional interventions" may not require transfer or referral to a facility with a higher level of care.

An IV medication to enhance comfort may be appropriate for a person who has chosen "Comfort Measures Only."

Treatment of dehydration is a measure which may prolong life. A person who desires IV fluids should indicate "Limited Additional Interventions" or "Full Treatment."

A patient with or without capacity or the surrogate who gave consent to this order or who is otherwise specifically authorized to do so, can revoke consent to any part of this order providing for the withholding or withdrawal of life-sustaining treatment, at any time, and request alternative treatment.

**Review**

This form should be reviewed periodically (consider at least annually) and a new form completed if necessary when:

- (1) The person is transferred from one care setting or care level to another, or
- (2) There is a substantial change in the person's health status, or
- (3) The person's treatment preferences change.

**Revoking POLST**

If the POLST becomes invalid or is replaced by an updated version, draw a line through sections A through E of the invalid POLST, write "VOID" in large letters across the form, and sign and date the form.