

Physician Order for Life Sustaining Treatment Orden médica para tratamientos que mantienen la vida

Utah Life with Dignity Order Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah

Version 2 - 9/09

State of Utah Rule R432-31

Regla R432-31 del Estado de Utah

(<http://health.utah.gov/hflcra/forms.php>)

This is a physician order sheet based on patient wishes and medical indications for life-sustaining treatment. Place this order in a prominently visible part of the patient's record. Both the patient and the physician must sign this order (two physicians must sign if the patient is a minor child). When the patient's condition makes this order applicable, first follow this order, and then, if necessary, contact the signing physician.

Esta es una hoja de orden médica basada en los deseos del paciente y las indicaciones médicas para mantener la vida. Coloque esta orden en un lugar muy visible con la historia clínica del paciente. Tanto el paciente como el médico deben firmar esta orden (dos médicos deben firmar la orden si el paciente es un menor de edad). Cuando la condición médica del paciente haga necesario el uso de esta orden, primero siga esta la orden y luego, si es necesario, póngase en contacto con el médico que firmó la orden.

Physician's name:
Nombre del médico:

Physician's phone:
Teléfono del médico:

Last Name of Patient:
Apellido del paciente:

First Name/Middle Initial:
Nombre/Inicial del segundo nombre:

Date of Birth:
Fecha de nacimiento:

Effective Date of this Order:
Fecha de entrada en vigor de esta orden:

(IF NOTHING IN A SECTION IS CHECKED, CAREGIVERS SHOULD PROVIDE THE FULLEST TREATMENT DESCRIBED IN THAT SECTION UNLESS THAT TREATMENT DIRECTLY CONFLICTS WITH A TREATMENT CHECKED IN ANOTHER SECTION)

(SI EN LA SECCION A NO HAY NADA MARCADO, EL PROVEEDOR DE SALUD DEBERA PROVEER TODO EL TRATAMIENTO DESCRITO EN ESA SECCION A MENOS QUE EL TRATAMIENTO ENTRE EN CONFLICTO DIRECTO CON UN TRATAMIENTO MARCADO EN OTRA SECCION)

Section A	Treatment options when the patient <u>has no pulse and is not breathing</u>:
Check one	<input type="checkbox"/> Attempt to resuscitate <input type="checkbox"/> Do not attempt or continue any resuscitation (DNR)
	Other instructions or clarification: _____

Sección A Marque uno	Opciones de tratamiento cuando el paciente no <u>tiene pulso y no esta respirando</u>:
	<input type="checkbox"/> Intente resucitar <input type="checkbox"/> No intente ni continúe ninguna maniobra de resucitación (DNR)
	Otras instrucciones o clarificaciones: _____

Physician Order for Life Sustaining Treatment

Orden médica para tratamientos que mantienen la vida

Utah Life with Dignity Order Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah

<p>Section B Check one</p>	<p>Treatment options when the patient <u>has a pulse and is breathing</u>:</p> <p><input type="checkbox"/> Comfort measures only: Oral and body hygiene, reasonable efforts to offer food and fluids orally, medication, oxygen, positioning, warmth, and other measures to relieve pain and suffering. Provide privacy and respect for the dignity and humanity of the patient. Transfer to hospital only if comfort measures can no longer be effectively managed at current setting.</p> <p><input type="checkbox"/> Limited additional interventions: Includes care above. May also include suction, treatment of airway obstruction, bag/valve/mask ventilation, monitoring of cardiac rhythm, medications, IV fluids. Transfer to hospital if indicated, but no endotracheal intubation or long-term life support measures.</p> <p>Other instructions or clarification: _____</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Full treatment: Includes all care above plus endotracheal intubation, defibrillation/cardioversion, and any other life sustaining care required.</p> <p>If necessary, transfer to (hospital name): _____</p> <p>Other instructions or clarification: _____</p> <hr/>
<p>Sección B Marque uno</p>	<p>Opciones de tratamiento cuando el paciente <u>tiene pulso y está respirando</u>:</p> <p><input type="checkbox"/> Solamente medidas para la comodidad (confort): higiene oral y corporal; esfuerzos razonables para proveer alimentos y líquidos por vía oral; medicamentos, oxígeno, cambios de posición, abrigo y otras medidas para aliviar el dolor y el sufrimiento. Proporcionar privacidad intimidad y respeto por la dignidad y la humanidad del paciente. Transferir al hospital sólo si las medidas de comodidad (confort) ya no pueden proveerse de manera eficaz en el sitio donde se halla el paciente.</p> <p><input type="checkbox"/> Intervenciones adicionales limitadas: Incluye las atenciones anteriormente mencionadas. Adicionalmente puede incluir aspiración, tratamiento de la obstrucción de las vías respiratorias, ventilación por una bolsa/válvula/máscara, monitoreo del ritmo cardíaco, medicación y administración de líquidos Intravenosos. Trasferencia al hospital si esta indicado, pero no incluye intubación endotraqueal o medidas para mantener y prolongar la vida a largo plazo.</p> <p>Otras instrucciones o aclaraciones: _____</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento completo: Incluye todas las atenciones anteriormente mencionadas; más intubación endotraqueal, desfibrilación/cardioversión y cualquier otra atención necesaria para mantener la vida.</p> <p>Si es necesario, transferir al hospital (incluya el nombre del hospital): _____</p> <p>Otras instrucciones o aclaraciones: _____</p> <hr/>
<p>Section C Check all that apply</p>	<p>Antibiotics: (Comfort measures are always provided)</p> <p><input type="checkbox"/> No antibiotics</p> <p><input type="checkbox"/> Antibiotics may be administered</p> <p>Other instructions or clarification: _____</p> <hr/>
<p>Sección C Marque todo lo que aplica</p>	<p>Antibióticos: (Las medidas de comodidad/confort son proporcionadas siempre)</p> <p><input type="checkbox"/> No antibióticos</p> <p><input type="checkbox"/> Es posible administrar antibióticos</p> <p>Otras instrucciones o aclaraciones: _____</p> <hr/>

Physician Order for Life Sustaining Treatment

Orden médica para tratamientos que mantienen la vida

Utah Life with Dignity Order Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah

<p>Section D Check all that apply</p>	<p>Artificially administered fluid and nutrition: (Comfort measures are always provided)</p> <p>Feeding tube:</p> <p><input type="checkbox"/> No feeding tube</p> <p><input type="checkbox"/> Defined trial period of feeding tube</p> <p><input type="checkbox"/> Long-term feeding tube</p> <p>Other instructions or clarification: _____</p> <hr/>	<p>IV Fluids:</p> <p><input type="checkbox"/> No IV fluids</p> <p><input type="checkbox"/> Defined trial period of IV fluids</p> <p><input type="checkbox"/> IV fluids</p>
<p>Sección D Marque todo lo que aplica</p>	<p>Administración artificial de líquidos/fluidos y nutrición: (Siempre se proveen medidas de comodidad/confort)</p> <p>Sonda de alimentación:</p> <p><input type="checkbox"/> No sonda de alimentación</p> <p><input type="checkbox"/> Período de prueba definido de sonda de alimentación</p> <p><input type="checkbox"/> Sonda de alimentación a largo plazo</p> <p>Otras instrucciones o aclaraciones: _____</p> <hr/>	<p>Líquidos IV:</p> <p><input type="checkbox"/> No líquidos IV</p> <p><input type="checkbox"/> Período de prueba definido de líquidos/fluidos IV</p> <p><input type="checkbox"/> Líquidos/Fluidos IV</p>
<p>Section E Check all that apply</p>	<p>Discussed with:</p> <p><input type="checkbox"/> Patient / Parent(s) of minor child</p> <p><input type="checkbox"/> Surrogate (source of legal authority, name, and phone number): _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Other (name and phone number): _____</p> <hr/>	
<p>Sección E Marque todo lo que aplica</p>	<p>Discutido con:</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente / Padre (s) del menor</p> <p><input type="checkbox"/> Representante legal (fuente de autoridad legal, nombre y número de teléfono): _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (nombre y número de teléfono): _____</p> <hr/>	

Patient preferences to guide for physician in ordering life-sustaining treatment

Preferencias del paciente para guiar al médico al ordenar los tratamientos para mantener la vida

<p>Section F</p>	<p>I have given significant thought to life-sustaining treatment. Please see the following for more information about my preferences:</p> <p>Advance Directive <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes</p> <p>Other: _____</p> <p>I have expressed my preferences to my physician or health care provider(s) and agree with the treatment order on this document. Please review these orders if there is a substantial permanent change in my health status, such as:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Close to death</td> <td style="width: 33%;">Advance progressive illness</td> <td style="width: 33%;">Improved condition</td> </tr> <tr> <td>Permanently unconscious</td> <td>Extraordinary suffering</td> <td>Surgical procedures</td> </tr> </table>	Close to death	Advance progressive illness	Improved condition	Permanently unconscious	Extraordinary suffering	Surgical procedures
Close to death	Advance progressive illness	Improved condition					
Permanently unconscious	Extraordinary suffering	Surgical procedures					
<p>Sección F</p>	<p><i>Yo he pensado seria y significativamente sobre los tratamientos para mantener la vida. Por favor consulte lo siguiente para obtener más información acerca de mis preferencias:</i></p> <p><i>Instrucciones anticipadas</i> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí</p> <p><i>Otros:</i> _____</p> <p><i>Le he expresado mis preferencias a mi médico o proveedor(es) de cuidados de la salud y estoy de acuerdo con los tratamientos ordenados en este documento. Por favor, revise estas órdenes en caso de que exista un cambio sustancial y permanente en mi estado de salud, como sería:</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Cercanía a la muerte</td> <td style="width: 33%;">Avanzada enfermedad progresiva</td> <td style="width: 33%;">Mejoría de mi condición</td> </tr> <tr> <td>Permanentemente inconsciente</td> <td>Sufrimiento extraordinario</td> <td>Procedimientos quirúrgicos</td> </tr> </table>	Cercanía a la muerte	Avanzada enfermedad progresiva	Mejoría de mi condición	Permanentemente inconsciente	Sufrimiento extraordinario	Procedimientos quirúrgicos
Cercanía a la muerte	Avanzada enfermedad progresiva	Mejoría de mi condición					
Permanentemente inconsciente	Sufrimiento extraordinario	Procedimientos quirúrgicos					

Physician Order for Life Sustaining Treatment

Orden médica para tratamientos que mantienen la vida

Utah Life with Dignity Order Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah

Section F (continued)	Brief summary of medical condition and brief explanation of treatment choice: _____ _____		
Sección F (continuado)	Resumen breve de la condición médica y una breve explicación del tratamiento elegido: _____		
	Signature of person preparing form (if not patient's physician) <i>Firma de la persona que elaboró el formulario (si no es el médico del paciente)</i>	Print name and phone number <i>Escriba el nombre y número de teléfono</i>	Date prepared: <i>Fecha de la elaboración:</i>
	Signature of physician or other licensed practitioner <i>Firma del médico u otro profesional con licencia</i>	Print name and license number <i>Escriba el nombre y el número de la licencia</i>	Date signed: <i>Fecha de la firma:</i>
	Signature of second physician or other licensed practitioner (required for minor patients only) <i>Firma del segundo médico u otro profesional con licencia (obligatoria sólo para pacientes menores de edad)</i>	Print name and license number <i>Escriba el nombre y el número de la licencia</i>	Date signed: <i>Fecha de la firma:</i>
	Patient, parent, or surrogate signature <i>Firma del paciente, padre, o representante legal</i>	Print name and phone number <i>Escriba el nombre y número de teléfono</i>	Date signed: <i>Fecha de la firma:</i>
	Patient, parent, or surrogate signature <i>Firma del paciente, padre, o representante legal</i>	Print name and phone number <i>Escriba el nombre y número de teléfono</i>	Date signed: <i>Fecha de la firma:</i>

Review and Change to Life with Dignity Order

Review this form whenever any of the following happen:

1. The patient is transferred from one care setting to another;
2. The patient's health status changes substantially and permanently; or
3. The patient's treatment preferences change.

– If the patient or the patient's surrogate changes the treatment preferences in this order, complete a new form and place it in the patient's medical record.
– This form is valid for both adult and pediatric patients.

A COPY OF THIS FORM MUST ACCOMPANY THE PATIENT WHEN TRANSFERRED OR DISCHARGED (INCLUDING TRANSFERS TO HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENTS)

Revisión y cambios a la orden de Vida con Dignidad

Revise esta forma siempre que suceda alguno de los siguientes eventos:

1. El paciente es transferido de un sitio de atención a otro;
2. El estado de salud del paciente cambia sustancial y permanentemente; o
3. Las preferencias de tratamiento del paciente cambian.

– Si el paciente o el representante legal del paciente cambia las preferencias de tratamiento en esta orden, complete un nuevo formulario y colóquelo en la historia médica del paciente.

– Esta forma es válida para pacientes adultos y pediátricos

UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DEBE ACOMPAÑAR AL PACIENTE CUANDO SEA TRASFERIDO O DADO DE ALTA (INCLUYENDO TRANSFERENCIAS A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL)