

Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (Medical Orders for Scope of Treatment, MOST) en Colorado

- **PRIMERO** seguir estas órdenes, **LUEGO** comunicarse con un médico, enfermero de práctica avanzada (Advanced Practice Nurse, APN) o médico auxiliar (Physician Assistant, PA) para recibir órdenes adicionales, si se indica.
- Estas Órdenes médicas se generan con base en los deseos y la afección médica de la persona.
- Si no se completan las secciones A o B, significa que se debe proporcionar tratamiento completo para esa sección.
- Pueden ser completadas solamente por una persona de 18 años o mayor, o por alguien en representación de esta persona.
- **Todas las personas serán tratadas con dignidad y respeto.**

Apellido Legal		
Primer nombre legal/segundo nombre		
Fecha de nacimiento	Sexo	
Color de cabello	Color de ojos	Raza/origen étnico

Al preparar estas órdenes, pregunte si el paciente realizó un testamento en vida u otras directivas anticipadas. De ser afirmativo y se encuentran disponibles, revise dichos documentos para verificar que coincidan con estas órdenes y actualícelos, de ser necesario. (Vea las instrucciones adicionales de la página 2).

A Marque una casilla solamente	RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) ***La persona no tiene pulso y no respira.***
	<input type="checkbox"/> RCP sí: intentar resucitación <input type="checkbox"/> RCP no: no intentar resucitación NOTA: Si se selecciona "RCP sí", se debe seleccionar "Tratamiento completo" en la sección B. Cuando la persona <u>no</u> tiene un paro cardiopulmonar, siga las órdenes de la sección B.

B Marque una casilla solamente	INTERVENCIONES MÉDICAS ***La persona tiene pulso o respira.***
	<input type="checkbox"/> Tratamiento completo: el objetivo principal es prolongar la vida usando todos los medios médicamente eficaces. Además del tratamiento que se describe en Tratamiento selectivo y en Tratamiento enfocado en la comodidad, utilice intubación, intervenciones avanzadas en las vías respiratorias, ventilación mecánica y cardioversión, según se indique. Transfiera la persona al hospital, si se indica. Se incluyen los cuidados intensivos. <input type="checkbox"/> Tratamiento selectivo: el objetivo es tratar las afecciones médicas, pero evitar las medidas agobiantes. Además del tratamiento que se describe a continuación en la opción Tratamiento enfocado en la comodidad, utilice antibióticos por vía intravenosa y fluidos por vía intravenosa, según se indique. No intubar. Se puede utilizar presión positiva no invasiva en las vías respiratorias. Transfiera la persona al hospital, si se indica. Evite los cuidados intensivos. <input type="checkbox"/> Tratamiento enfocado en la comodidad: el objetivo principal es maximizar la comodidad. Alivie el dolor y el sufrimiento con medicamentos por cualquier vía, según sea necesario; utilice oxígeno, succión y tratamientos manuales para la obstrucción de las vías respiratorias. No utilice los tratamientos que se mencionan en las opciones de tratamiento completo y selectivo, salvo que coincidan con el objetivo de lograr la comodidad. No transfiera la persona al hospital para brindar tratamientos de soporte vital. Transfiera la persona únicamente si no se pueden satisfacer las necesidades de comodidad en la ubicación actual. Órdenes adicionales: _____

C Marque una casilla solamente	NUTRICIÓN ADMINISTRADA ARTIFICIALMENTE Siempre ofrezca alimentos y agua por la boca, de ser posible.
	Todos los sustitutos encargados de tomar decisiones legales (Poder legal duradero para la atención médica [Medical Durable Power of Attorney, MDPOA], Apoderado por ley [Proxy-by-Statute], tutor u otros) deben seguir las instrucciones del testamento en vida del paciente, si hubiera. No completar esta sección no implica cualquiera de las opciones. Es necesario un análisis más profundo. NOTA: <u>se aplican reglas especiales para Apoderados por ley; vea el reverso ("Cómo completar el formulario de MOST") para obtener más detalles.</u> <input type="checkbox"/> Nutrición artificial por tubo a largo plazo/de forma permanente, si se indica. <input type="checkbox"/> Nutrición artificial por tubo a corto plazo/de forma temporal únicamente. (Se puede establecer el plazo y el objetivo en la sección "Órdenes adicionales"). <input type="checkbox"/> No brinde nutrición artificial por tubo. Órdenes adicionales: _____

D	SE ANALIZÓ CON (marque todas las opciones que correspondan):	<input type="checkbox"/> Apoderado por ley (según los Estatutos Revisados de Colorado [Colorado Revised Statutes], C.R.S. 15-18.5-103(6))
	<input type="checkbox"/> El paciente <input type="checkbox"/> Representante en virtud de un Poder legal duradero para la atención médica	<input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro: _____

FIRMAS DEL PROVEEDOR Y EL PACIENTE, REPRESENTANTE, TUTOR O APODERADO POR LEY, Y FECHA (OBLIGATORIAS)

Estas instrucciones se consideraron detenidamente. Se analizaron las preferencias y se expresaron a un profesional médico. Este documento refleja dichas preferencias de tratamiento, que también pueden documentarse en un Poder legal duradero para la atención médica, una Directiva de RCP, un testamento en vida u otras directivas anticipadas (adjuntas, si se encuentran disponibles). En la medida en que las directivas anticipadas completadas anteriormente no contradigan estas *Órdenes médicas para el alcance del tratamiento*, permanecerán en plena vigencia y efecto.

Si este documento está firmado por un sustituto encargado de tomar decisiones legales, las preferencias expresadas deben reflejar los deseos del paciente según el leal entendimiento del sustituto.

LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA) PERMITE LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN A OTROS PROFESIONALES MÉDICOS, SEGÚN SEA NECESARIO.

La autoridad para este formulario y el proceso son otorgados por C.R.S. 15-18.7: Directivas relacionadas con las Órdenes médicas para el alcance del tratamiento, promulgadas en 2010.