

# DIRECTIVA ANTICIPADA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

En este formulario, creado por cortesía de Lancaster General Health, se incluyen el poder legal duradero de salud y el testamento vital. Estos documentos sirven para expresar mis deseos e instrucciones de mis cuidados médico cuando yo no sea capaz de tomar mis propias decisiones médicas.

## Mi información personal

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN I: PODER LEGAL DURADERO DE SALUD

En esta sección, usted determina por escrito a la persona que se va a encargar de decidir por usted qué tipo de cuidado médico va a recibir únicamente cuando usted no sea capaz de tomar sus propias decisiones médicas. Si usted no designa a nadie en esta sección, la persona(s) identificada en 20 Pa.C.S.A. §5461(d) estará autorizada para tomar decisiones médicas por usted.

### A. No Agente de cuidado de salud

Escriba sus iniciales en la línea de abajo si no va a designar a ninguna persona para tomar decisiones de salud por usted. Usted no tiene la obligación de designar a alguna persona. Después de escribir sus iniciales abajo, deje en blanco las secciones B, C, D, y E.

\_\_\_\_\_ Yo NO designo a ningún agente de cuidado de salud.

### B. Mi agente de cuidado de salud

Yo asigno a la siguiente persona como mi agente de cuidado de salud:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### C. MI SEGUNDA OPCIÓN

Si la persona en la sección B no puede o no desea servir como mi agente de cuidado de salud. Nombro a la siguiente persona como una segunda opción:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### MI TERCERA OPCIÓN

Si la persona designada como mi segunda opción no puede o no desea servir como mi agente de cuidado de salud, yo nombro a la siguiente persona como mi tercera opción:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### D. Autoridad de mi Agente de Cuidado de Salud

Autorizo a mi agente de cuidado de salud a tomar las siguientes decisiones acerca de mi cuidado médico solo en caso de que yo no pueda tomar esas decisiones por mí mismo. (*Tache las decisiones que usted **no quiere** que su agente de salud haga por usted*).

1. Autorizar, detener, o suspender cuidado médicos y procedimientos quirúrgicos
2. Autorizar, detener o suspender nutrición (comida) o hidratación (agua) medicamente administradas a través de sondas colocadas en mi nariz, estómago, intestinos, arterias o venas
3. Autorizar mis hospitalizaciones o altas médicas de alguna facilidad médica, de enfermería, residencial o entidad similar y hacer los arreglos necesarios con mi seguro médico para recibir atención y cuidado, incluyendo servicios de hospicio y/o cuidados paliativos
4. Contratar y despedir personal médico como trabajadores sociales, y cualquier otra persona responsable de mi cuidado.
5. Tomar cualquier acción legal necesaria para cumplir con lo que yo he decidido
6. Solicitar al médico responsable de mi cuidado expedir una orden de NO RESUCITAR (DNR por sus siglas en inglés), incluyendo una orden DNR afuera del hospital, y firmar cualquier documento y consentimiento que se requiera.

**E. Autoridad Adicional de mi Agente de Cuidado de Salud**

1. Si llego a sufrir un daño cerebral severo o irreversible o sufrir de una enfermedad cerebral sin esperanzas realistas de recuperación, para mi dicha situación es una condición intolerable además de innecesarios y gravosos la aplicación agresiva de tratamientos médicos. Por lo tanto, por medio de la presente solicito a mi agente de salud responder a cualquier condición de vida o muerte interviniendo de la misma manera indicada a seguir en caso de una condición médica terminal o estado permanente de inconciencia tal y como lo he indicado en la sección II.  
*(Escriba sus iniciales en una de las líneas de abajo)*

\_\_\_\_\_ Estoy de Acuerdo \_\_\_\_\_ No estoy de acuerdo

2. En las siguientes líneas, escriba algunas instrucciones que sean importantes y apropiadas para su cuidado de salud y que puedan servirle como guía a su agente de cuidado de salud:

---

---

---

---

**SECCIÓN II: TESTAMENTO VITAL**

Haciendo uso de mi derecho de tomar mis propias decisiones relacionadas con el cuidado de mi salud, a continuación se enlistan las instrucciones a seguir de los tratamientos y cuidados médicos que quiero. Estas instrucciones tienen la intención de proporcionar de una manera clara y convincente mis deseos cuando me falte la capacidad para entender, tomar o comunicar mis propias decisiones sobre mis tratamientos o esté en un estado permanente de inconciencia o en una condición terminal.

**A.** Si tuviera una condición médica terminal (la cual resultará en mi muerte, a pesar del inicio o continuación de algún tratamiento médico), o si estuviera inconsciente como en un estado de coma irreversible o en estado vegetativo y no existiera ninguna esperanza realista de una recuperación significativa, aplicarían todas o algunas de las siguientes instrucciones *(Escriba sus iniciales en una de las líneas de abajo)*:

\_\_\_\_\_ **YO NO QUIERO** recibir tratamientos agresivos y por lo tanto deseo se respeten las siguientes instrucciones:

1. Ordeno se me proporcione tratamiento médico para reducir el dolor o mantenerme confortable aún si dicho tratamiento acortara mi vida, suprimiera mi apetito o respiración o creara algún hábito.
2. Ordeno que todos los procedimientos para mantenerme con vida sean suspendidos o retirados
3. No quiero que se sigan ninguna de los siguientes procedimientos para mantenerme con vida: RCP, ventilador mecánico, diálisis, cirugía, quimioterapia, tratamientos de radiación o antibióticos.

\_\_\_\_\_ **YO QUIERO** recibir tratamiento agresivo y espero que mi equipo de atención médica haga todo lo posible para mantenerme con vida dentro de los límites y estándares médicos aceptables.

## **B. Información Adicional**

1. Si tengo una condición terminal o estuviera en un estado permanente de inconciencia y no hubiera esperanzas realistas de mi recuperación, estoy indicando abajo, si quiero o no recibir nutrición (alimento) o hidratación (agua) por medio de una sonda (tubo) en mi nariz, estómago, intestino, arterias o venas. *(Escriba sus iniciales en una de las siguientes líneas):*

\_\_\_\_\_ SI, quiero recibir alimentación por sonda.

\_\_\_\_\_ NO, quiero recibir alimentación por sonda

2. Si designe a un agente de cuidado de salud en la Sección I, estoy indicando en las líneas siguientes si quiero o no que mi agente siga las instrucciones indicadas en la Sección II en caso de estar en una condición terminal o que me encuentre en un estado permanente de inconciencia. *(Escriba sus iniciales en una de las siguientes líneas):*

\_\_\_\_\_ Mi agente de cuidado de salud deberá seguir las instrucciones incluidas en ésta Sección II.

\_\_\_\_\_ Mi agente de cuidado de salud podría utilizar estas instrucciones como una guía y anular las instrucciones incluidas en ésta Sección II.

3. A continuación estoy indicando si quiero o no donar mis órganos o tejidos después de mi muerte con propósitos de utilizarlos para trasplantes, estudios médicos o educativos. *(Escriba sus iniciales en una de las siguientes líneas):*

\_\_\_\_\_ Si, doy mi autorización para donar mis órganos y tejidos.

\_\_\_\_\_ No, doy mi autorización para donar mis órganos y tejidos.

## **SECCIÓN III: FIRMA**

La ley en el estado de Pensilvania, protege a mi representante de atención médica y a mis proveedores de atención médica de cualquier responsabilidad legal contra ellos que de buena fe respetan y siguen mis deseos expresados en este documento o cumplen con las indicaciones expresadas de mi representante de atención médica. En representación de mis albaceas, herederos y yo mismo, libero de cualquier tipo de responsabilidad a mi representante de salud y a mis proveedores de atención médica por cualquier reclamo que se hicieran contra ellos por sus acciones que de buena fe hayan tomado para respetar la autoridad de mi apoderado o al seguir mis instrucciones de tratamiento.

Después de haber leído cuidadosamente este documento, lo estoy firmado en el día, \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_\_, revocando cualquier directiva anticipada o testamento vital que hayan sido realizados previamente.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

La ley en el estado de Pensilvania requiere que los dos testigos tengan mínimo 18 años de edad. Además deben dar fe de la firma del interesado estando todos presentes a la hora de firmar este documento. Una persona que firme este documento a nombre de o bajo la dirección del interesado no puede firmar como testigo. Es preferible si los testigos que elige no son sus herederos, ni sus acreedores, ni empleados de la organización de salud en donde se le está atendiendo.

\_\_\_\_\_  
(Firma de Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Firma de Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Testigo)

**SEND FORM WITH PERSON WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED**  
 To follow these orders, an EMS provider must have an order from his/her medical command physician



**Pennsylvania  
 Orders for Life-Sustaining  
 Treatment (POLST)**

Last Name
First/Middle Initial
Date of Birth

**FIRST** follow these orders, **THEN** contact physician, certified registered nurse practitioner or physician assistant. This is an Order Sheet based on the person's medical condition and wishes at the time the orders were issued. Everyone shall be treated with dignity and respect.

<b>A</b> Check One	<b>CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): Person has no pulse <u>and</u> is not breathing.</b>
	<input type="checkbox"/> CPR/Attempt Resuscitation <input type="checkbox"/> DNR/Do Not Attempt Resuscitation (Allow Natural Death) When not in cardiopulmonary arrest, follow orders in <b>B, C</b> and <b>D</b> .

<b>B</b> Check One	<b>MEDICAL INTERVENTIONS: Person has pulse <u>and/or</u> is breathing.</b>
	<input type="checkbox"/> <b>COMFORT MEASURES ONLY</b> Use medication by any route, positioning, wound care and other measures to relieve pain and suffering. Use oxygen, oral suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. <b>Do not transfer to hospital for life-sustaining treatment. Transfer if comfort needs cannot be met in current location.</b>
	<input type="checkbox"/> <b>LIMITED ADDITIONAL INTERVENTIONS</b> Includes care described above. Use medical treatment, IV fluids and cardiac monitor as indicated. Do not use intubation, advanced airway interventions, or mechanical ventilation. <b>Transfer to hospital if indicated. Avoid intensive care if possible.</b>
	<input type="checkbox"/> <b>FULL TREATMENT</b> Includes care described above. Use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated. <b>Transfer to hospital if indicated. Includes intensive care.</b>  Additional Orders _____

<b>C</b> Check One	<b>ANTIBIOTICS:</b>	<b>D</b> Check One	<b>ARTIFICIALLY ADMINISTERED HYDRATION / NUTRITION:</b>
	<input type="checkbox"/> No antibiotics. Use other measures to relieve symptoms. <input type="checkbox"/> Determine use or limitation of antibiotics when infection occurs, with comfort as goal <input type="checkbox"/> Use antibiotics if life can be prolonged Additional Orders _____		Always offer food and liquids by mouth if feasible <input type="checkbox"/> No hydration and artificial nutrition by tube. <input type="checkbox"/> Trial period of artificial hydration and nutrition by tube. <input type="checkbox"/> Long-term artificial hydration and nutrition by tube. Additional Orders _____

<b>E</b> Check One	<b>SUMMARY OF GOALS, MEDICAL CONDITION AND SIGNATURES:</b>	
	Discussed with <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Parent of Minor <input type="checkbox"/> Health Care Agent <input type="checkbox"/> Health Care Representative <input type="checkbox"/> Court-Appointed Guardian <input type="checkbox"/> Other:	<b>Patient Goals/Medical Condition:</b>

By signing this form, I acknowledge that this request regarding resuscitative measures is consistent with the known desires of, and in the best interest of, the individual who is the subject of the form.

Physician /PA/CRNP Printed Name:	Physician /PA/CRNP Phone Number
Physician/PA/CRNP Signature (Required):	DATE
Signature of Patient or Surrogate	
Signature (required)	Name (print)
Relationship (write "self" if patient)	

**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.