

# Una Directriz Avanzada Para Carolina del Norte Un Formulario Práctico para todo Adulto

## Introducción

Este formulario le permite expresar sus deseos para atención de salud en el futuro y guiar decisiones sobre esa atención. Éste no se refiere a decisiones de finanzas. Aunque legalmente no se requiere que usted tenga una Directriz Avanzada, completar este formulario, puede ayudarle a recibir la atención de salud que usted desea.

Si tiene 18 años de edad o más y puede hacer y comunicar decisiones de atención de salud, podrá usar este formulario.

Este formulario tiene tres partes. Usted puede completar sólo la Parte A, sólo la Parte B o ambas Partes A y B. Para que esta directriz avanzada tenga efecto legal, usted tiene que completar la Parte C de este formulario. Favor de mantener juntas las cinco páginas de este formulario e incluya todas las cinco páginas si comparte copias con sus seres queridos o proveedores de atención de salud.

Este formulario se atiene a las leyes de North Carolina (en NCGS desde § 32A-15 hasta 32A-27 y desde § 90-320 hasta 90-322).

## Parte A: Poder Legal para Atención de Salud

- 1. ¿Qué es un poder legal para atención de salud?** Un poder legal para atención de salud es un documento legal en el cual usted nombra otra persona, llamada “agente de atención de salud”, para tomar decisiones de atención de salud por usted cuando usted no pueda hacer esas decisiones.
- 2. ¿Quién puede ser agente de atención de salud?** Cualquier persona competente de al menos 18 años de edad y que no sea su proveedor de atención de salud pagado puede ser su agente de atención de salud.
- 3. ¿Cómo debe escoger su agente de atención de salud?** Debe escoger su agente de atención de salud con mucho cuidado, porque esa persona tendrá autoridad abarcadora para tomar decisiones sobre su atención de salud. Un buen agente de atención de salud es alguien quien le conoce bien, está disponible para representarle cuando necesite y está dispuesto a honrar sus deseos. Es muy importante hablar con su agente de atención de salud sobre sus objetivos y deseos para su atención de salud en el futuro, para que él o ella sepa qué atención usted desea.
- 4. ¿Qué decisiones puede hacer su agente de atención de salud?** A menos que usted limite el poder de su agente de atención de salud en la Sección 2 de la Parte A de este formulario, su agente de atención de salud puede hacer toda decisión de atención de salud por usted, incluyendo:
  - iniciar o detener medidas de prolongar la vida
  - decisiones sobre tratamientos de salud mental
  - escoger sus doctores y facilidades
  - revisar y compartir su información médica
  - autopsias y disposición de su cuerpo después de fallecer

5. **¿Puede su agente de atención de salud donar sus órganos y tejidos después de usted fallecer?** Sí, si usted opta darle este poder a su agente de atención de salud en el formulario. Para hacer esto, tiene que poner sus iniciales en la declaración de la Sección 3 de la Parte A.
6. **¿Cuándo será efectivo este poder legal para atención de salud?** Este documento será efectivo si su doctor determina que usted ha perdido la habilidad de hacer sus propias decisiones de atención de salud.
7. **¿Cómo puede revocar este poder legal para atención de salud?** Si está competente, usted puede revocar este poder legal para atención de salud de cualquier forma que quede claro su deseo de revocarlo. Por ejemplo, puede destruir este documento, escribir “nulo” sobre el documento, decirle a su doctor que está revocando el documento, o completar un nuevo poder legal de atención de salud.
8. **¿Quién toma decisiones de atención de salud por mí si no nombro un agente de atención de salud y no puedo hacer mis propias decisiones?** Si usted no tiene un agente de atención de salud, la ley de NC requiere que los proveedores de atención de salud recurran a los siguientes individuos según el orden a continuación: encargado legal; un abogado asignado bajo un poder general (POA, por sus siglas en inglés) si ese POA incluye el derecho a hacer decisiones de atención de salud; un esposo o esposa; una mayoría entre sus padres e hijos adultos; una mayoría entre sus hermanos mayores de edad; o un individuo que tenga una relación establecida con usted, quien actúa en buena fe y que pueda comunicar sus deseos. Si no hay nadie, la ley permite que su doctor haga decisiones por usted siempre y cuando otro doctor esté de acuerdo con esas decisiones.

## Parte B: Testamento en Vida

1. **¿Qué es un testamento en vida?** En Carolina del Norte, un testamento en vida le permite declarar sus deseos de no recibir medidas para prolongar la vida en cualquiera o todas las siguientes situaciones:
  - Usted tiene una condición incurable que resultará en su muerte en un periodo de corto tiempo.
  - Usted está inconsciente, y sus doctores están confiados de que no puede recobrar el conocimiento.
  - Usted tiene demencia avanzada u otra pérdida sustancial e irreversible de función mental.
2. **¿Qué son medidas para prolongar la vida?** Las medidas para prolongar la vida son tratamientos médicos que sólo sirven para posponer la muerte, incluyendo máquinas para respirar, diálisis renal, antibióticos, alimentación por tubo (nutrición e hidratación artificial), y formas similares de tratamiento.
3. **¿Se pueden suprimir o detener medidas para prolongar la vida sin un testamento en vida?** Sí, bajo ciertas circunstancias. Si puede expresar sus deseos, podrá rehusar medidas para prolongar la vida. Si no puede expresar sus deseos, entonces hay que obtener permiso de aquellos individuos que hacen decisiones por usted.
4. **¿Qué tal si usted desea recibir alimentación por tubo (nutrición e hidratación artificial)?** Usted puede expresar su deseo de recibir alimentación por tubo bajo toda circunstancia. Para hacer esto, tiene que poner sus iniciales en la declaración de la Sección 2 de la Parte B.
5. **¿Cómo puede revocar este testamento en vida?** Usted puede revocar este testamento en vida al declarar o escribir de manera clara que desea hacerlo. Por ejemplo, puede destruir el documento, escribir “anulado” sobre el documento, decirle a su doctor que revoca el documento o completar un nuevo testamento en vida.

## Parte C: Al Completar este Documento

Para que esta directriz avanzada sea legalmente válida, tiene que completar todas las tres secciones de la Parte C.

1. Espere a tener dos testigos y un notario público presente, luego firme y feche el documento.

2. Dos testigos tienen que firmar y fechar el documento en la Sección 2 de la Parte C. Estos testigos no pueden ser:
  - su pariente de sangre o político,
  - su heredero, o alguien designado en su testamento a recibir una porción de sus bienes,
  - alguien con un reclamo en contra suya o en contra de sus bienes, o
  - su doctor, otro proveedor de atención de salud o empleado de un hospital donde usted sea paciente, o un empleado del asilo de ancianos u hogar de adultos donde usted vive.
3. Un notario público tiene que atestiguar las firmas y notarizar el documento en la Sección 3 de la Parte C.

# Parte A: Poder Legal para Atención de Salud (Elección de un Agente de Atención de Salud)

## *(Part A: Health Care Power of Attorney (Choosing a Health Care Agent))*

Si no desea designar un agente de atención de salud, tache toda esta parte y ponga sus iniciales aquí \_\_\_\_\_.

*(If you do not wish to appoint a health care agent, strike through this entire part and initial here)*

**Mi nombre es (my name is):** \_\_\_\_\_  
En letra de molde por favor / (Please Print)

**Mi fecha de Nacimiento es (my birth date is):** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **1. La persona que elijo como mi agente de atención de salud es: (The person I choose as my health care agent is)**

_____	_____	_____	
primer nombre (first name)	segundo nombre (middle name)	apellido (last name)	
_____	_____	_____	_____
dirección: calle (street address)	ciudad (city)	estado (state)	código postal (zip code)
_____	_____	_____	_____
teléfono de casa (home phone)	teléfono de trabajo (work phone)	celular (cell phone)	correo electrónico (e-mail address)

Si esta persona no puede o no quiere servir como mi agente de atención de salud, mi siguiente opción es:  
*(If this person is unable or unwilling to serve as my health care agent, my next choice is)*

_____	_____	_____	
primer nombre (first name)	segundo nombre (middle name)	apellido (last name)	
_____	_____	_____	_____
dirección: calle (street address)	ciudad (city)	estado (state)	código postal (zip code)
_____	_____	_____	_____
teléfono de casa (home phone)	teléfono de trabajo (work phone)	celular (cell phone)	correo electrónico (e-mail address)

### **2. Instrucciones Especiales (Special Instructions):**

NOTA: En esta sección, usted puede incluir **cualquier instrucción especial** que desea que siga su agente de atención de salud, o **cualquier limitación** que desea imponer en las decisiones de atención de salud que pueda hacer su agente, incluyendo decisiones sobre alimentación por tubo, otros tratamientos para prolongar la vida, tratamientos de atención mental, autopsia, disposición de su cuerpo después de fallecer y donación de órganos.

**Si no tiene instrucciones especiales para su agente de atención de salud, o ninguna limitación que desea imponer en la autoridad de su agente, favor trazar una línea sobre esta sección.**

*(NOTE: In this section, you may include **any special instructions** you want your health care agent to follow, or **any limitations** you want to put on the decisions your health care agent can make, including decisions about tube feeding, other life-prolonging treatments, mental health treatments, autopsy, disposition of your body after death, and organ donation.*

***If you do not have any special instructions for your health care agent, or any limitations you want to put your agent's authority, please draw a line through this section.)***

---

---

---

---

---

---

---

### **3. Donación de Órganos (Organ Donation):**

\_\_\_\_(iniciales) Mi agente de atención de salud puede donar mis órganos, tejidos o partes después de mi muerte. *(My health care agent may donate my organs, tissues, or parts after my death.)*

*(Nota: si no escribe sus iniciales, su agente de atención de salud no podrá donar sus órganos o partes.)  
(Please note: if you do not initial above, your health care agent will not be able to donate your organs or parts.)*

## Parte B: Testamento en Vida

### *(Part B: Living Will)*

Si no desea preparar un testamento en vida, tache toda esta sección y ponga sus iniciales aquí\_\_\_\_\_.  
*(If you do not wish to prepare a living will, strike through this entire part and initial here)*

Mi nombre es *(my name is)*: \_\_\_\_\_  
En letra de molde por favor) / (Please Print)

Mi fecha de Nacimiento es *(my birth date is)*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1. Si no puedo hacer o comunicar decisiones de atención de salud, no deseo que se prolongue mi vida con medidas para prolongar la vida en las siguientes situaciones** (puede poner sus iniciales en cualquiera o todas estas opciones): *(If I am unable to make or communicate health care decisions, I desire that my life not be prolonged by life-prolonging measures in the following situations (you may initial any or all of these choices):)*

\_\_\_\_ (iniciales) Tengo una condición que no tiene cura y que resultará en mi muerte en un período de tiempo relativamente corto. *(I have a condition that cannot be cured and that will result in my death within a relatively short period of time.)*

\_\_\_\_ (iniciales) Pierdo el conocimiento y mis doctores determinan, con alto grado de certeza médica, que nunca recuperaré el conocimiento. *(I become unconscious and my doctors determine that, to a high degree of medical certainty, I will never regain any consciousness.)*

\_\_\_\_ (iniciales) Sufro de demencia avanzada o cualquier otra condición que resulte en una pérdida sustancial en mi habilidad de pensar, y mis doctores determinan, con alto grado de certeza médica, que esto no va a mejorar. *(I suffer from advanced dementia or any other condition which results in the substantial loss of my ability to think, and my doctors determine that, to a high degree of medical certainty, this is not going to get better.)*

**2. \_\_\_\_ (iniciales) Aunque no deseo que se prolongue mi vida con otras medidas para prolongar la vida en las situaciones para las cuales puse mis iniciales en la sección 1 anterior, SÍ DESEO recibir alimentación por tubo en esas situaciones** (ponga sus iniciales aquí sólo si SÍ desea alimentación por tubo en esas situaciones). *(Even though I do not want my life prolonged by other life-prolonging measures in the situations I have initialed in section 1 above, IDO want to receive tube feeding in those situations (initial here only if you DO want tube feeding in those situations).*

**3. Deseo que me tengan lo más cómodo posible.** Quiero que mis proveedores de atención de salud me tengan lo más limpio, cómodo, y libre de dolor posible, aunque este cuidado pueda apresurar mi muerte. *(I wish to be made as comfortable as possible. I want my health care providers to keep me as clean, comfortable, and free of pain as possible, even though this care may hasten my death.)*

**4. Mis proveedores de atención de salud pueden contar con este testamento en vida para rehusar o discontinuar medidas para prolongar la vida en las situaciones anteriores donde puse mis iniciales.** *(My health care providers may rely on this living will to withhold or discontinue life-prolonging measures in the situations I have initialed above.)*

**5. Si he designado un agente de atención en la Parte A de esta directriz avanzada o un documento similar, y ese agente de atención de salud da instrucciones que difieren con los deseos expresados en este testamento en vida, entonces:** (NOTA: ponga sus iniciales en **SÓLO UNA** de las siguientes opciones): *(If I have appointed a health care agent in Part A of this advance directive or a similar document, and that health care in Part A of this advance directive or a similar document, and that health care agent gives instructions that differ from the desires expressed in this living will, then: (NOTE: initial ONLY ONE of the two choices below):*

\_\_\_\_\_ (iniciales) **Sígase este testamento en vida.** Mi agente de atención de salud no puede hacer decisiones que difieran con lo que yo he declarado en este testamento en vida. **(Follow this living will.** *My health care agent cannot make decisions that are different from what I have stated in this living will.)*

\_\_\_\_\_ (iniciales) **Sígase al agente de atención de salud.** Mi agente de atención de salud tiene autoridad para hacer decisiones que difieran con lo que yo he indicado en este testamento en vida.

**Follow health care agent.** *My health care agent has the authority to make decisions that are different from what I have indicated in this living will.*

**Parte C: Al Completar este Documento** (¡Espere a tener dos testigos y un notario público presentes antes de firmar!)

**(Part C: Completing this Document** (wait until two witnesses and a notary public are present before you sign!))

**1. Su Firma (Your signature)**

Estoy mentalmente alerta y competente, y completamente informado del contenido de este documento.

*(I am mentally alert and competent, and I am fully informed about the contents of this document.)*

Fecha (Date): \_\_\_\_\_ Firma (Signature): \_\_\_\_\_

**2. Firmas de Testigos (Signatures of Witnesses)**

Por la presente declaro que la persona antes mencionada, \_\_\_\_\_, estando en sano juicio, firmó (o dirigió a otro a firmar en su nombre) este documento en mi presencia. No soy pariente de sangre o político de la persona, y no tengo derecho a ninguna parte de los bienes de la persona bajo cualquier testamento existente o codicilo de la persona o como heredero bajo la ley, si la persona falleciera en esta fecha sin un testamento. No soy el médico tratante de la persona. No soy un profesional de salud licenciado o proveedor de tratamiento para la salud mental quien es (1) empleado del médico tratante o del proveedor de tratamiento para salud mental, (2) empleado del centro de salud en el cual la persona es paciente, ó (3) empleado de un asilo de ancianos o cualquier hogar de adultos donde la persona reside. No tengo ningún reclamo contra la persona o los bienes de la persona.

*(I hereby state that the person named above, \_\_\_\_\_, being of sound mind, signed (or directed another to sign on the person's behalf) the foregoing document in my presence. I am not related to the person by blood or marriage and I would not be entitled to any portion of the estate of the person under any existing will or codicil of the person or as an heir under the law, if the person died on this date without a will. I am not the person's attending physician. I am not a licensed health provider or mental health treatment provider who is (1) an employee of the person's attending physician or mental health treatment provider, (2) an employee of the health facility in which the person is a patient, or (3) an employee of a nursing home or any adult care home where the person resides. I do not have any claim against the person or the estate of the person.)*

Fecha (Date): \_\_\_\_\_

Firma del Testigo (Signature of Witness): \_\_\_\_\_

Fecha (Date): \_\_\_\_\_

Firma del Testigo (Signature of Witness): \_\_\_\_\_



**3. Notarization**

\_\_\_\_\_ COUNTY, \_\_\_\_\_ STATE

*Sworn to (or affirmed) and subscribed before me this day by*

\_\_\_\_\_ *(type/print name of signer)*

\_\_\_\_\_ *(type/print name of signer)*

\_\_\_\_\_ *(type/print name of signer)*

\_\_\_\_\_

*Date*

*Official Seal*

\_\_\_\_\_

*Signature of Notary Public*

\_\_\_\_\_

*Print/type name*

My commission expires: \_\_\_\_\_

**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:**

<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Mayoría de los padres e hijos adultos razonablemente disponibles del paciente
<input type="checkbox"/> Padre o tutor si el paciente es menor de edad	<input type="checkbox"/> Mayoría de los hermanos adultos razonablemente disponibles del paciente
<input type="checkbox"/> Agente de atención médica	<input type="checkbox"/> Una persona con una relación establecida con el paciente que actúa de buena fe y puede comunicar los deseos del paciente de forma confiable
<input type="checkbox"/> Tutor legal del paciente	
<input type="checkbox"/> Apoderado con poder para tomar decisiones de atención médica	
<input type="checkbox"/> Cónyuge	

*El fundamento de la orden debe documentarse en el registro médico.*

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!**