

TEXAS - Órdenes Médicas para el Alcance de Tratamiento (en inglés, MOST) [TXMOST Coalition2-26-16]

Nombre:	Apellido:	Siga primero las preferencias del paciente, luego comuníquese con un médico. Cualquier sección que no esté llena implica tratamiento completo y no hace inválido este formulario. Enviar este formulario MOST con el paciente en todas las transferencias entre las áreas de tratamiento. Todos los pacientes deben ser tratados con dignidad y respeto.
Fecha de nacimiento:	Fecha de este formulario:	

A Marque SOLO una casilla	ÓRDENES DE RESUCITACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE: si el paciente no presenta pulso o respiración: <input type="checkbox"/> Intentar Resucitación RCP (en inglés, CPR) Intubar tráquea, shocks eléctricos en el pecho, compresiones de pecho y conexión intravenosa para fluidos y/o medicamentos. <input type="checkbox"/> No resucitar/ permitir muerte natural (en inglés, DNAR/AND) confortamiento físico y emocional, y apoyo espiritual de forma respetuosa al paciente y su familia. <input type="checkbox"/> Se ha completado formulario de no resucitación fuera del hospital si el paciente no se encuentra en paro cardíaco y respiratorio, seguir las instrucciones en las secciones B y C
-------------------------------------	--

B Marque SOLO una casilla	ALCANCE DEL TRATAMIENTO MÉDICO: si el paciente se encuentra inestable, pero presenta pulso y respiración: <input type="checkbox"/> INTERVENCIÓN TOTAL: <u>Trasladar a un hospital, de ser necesario, a la Unidad de Cuidados Intensivos (en inglés, ICU).</u> Atender al paciente y usar medidas selectivas, se pueden añadir intervenciones médicas similares a las de la UCI no limitadas a, intubación o respiración asistida, medicamentos únicos a la UCI y diálisis. <input type="checkbox"/> INTERVENCIÓN SELECTIVA: <u>Trasladar a un hospital de ser necesario.</u> Además de medidas de confortamiento, se pueden llevar a cabo intervenciones tales como antibióticos por vía intravenosa, respiración asistida no invasiva (en inglés, BiPAP/CPAP), y resucitación por fluidos. <input type="checkbox"/> SOLO ATENCIÓN RECONFORTANTE: Evitar hospitalización a menos que se requiera para mantener el confort. Enfoque en el control de los síntomas, la dignidad y permitir muerte natural y apacible si se llegara a presentar. Intervenciones reconfortantes tales como la administración de medicamentos de forma oral, subcutánea o por vía intravenosa (ej. Opioides), alimentos y bebidas reconfortantes, oxígeno y apoyo emocional y espiritual. ÓRDENES ADICIONALES: _____
-------------------------------------	---

C Check ONLY one	ASISTENCIA MÉDICA PARA ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN Ofrecer alimentación e hidratación por vía oral en todos los niveles de intervención si es posible. <input type="checkbox"/> Asistencia médica a largo plazo para nutrición e hidratación incluyendo tubos de alimentación. <input type="checkbox"/> A menos que sea médicamente contraindicado*, definir prueba de asistencia médica en nutrición e hidratación, incluyendo tubos de alimentación. Duración de prueba _____ Meta _____ <input type="checkbox"/> No asistencia médica de nutrición. <input type="checkbox"/> No asistencia médica de hidratación
	* En algunos casos incluyendo, pero no limitado a, fallo cardíaco, pulmonar, hepático o renal, la alimentación asistida puede incrementar sufrimiento y acelerar la muerte, y por lo tanto ser contraindicado.

DOCUMENTACIÓN DE LA DISCUSIÓN Y FIRMAS:	
Discusión llevada a cabo con: <input type="checkbox"/> Paciente (Paciente tiene potestad) <input type="checkbox"/> Agente de Cuidados de Salud o Toma de Decisiones: _____ <input type="checkbox"/> Guardián designado por una Corte _____ <input type="checkbox"/> Otros presentes: _____ (Relación, Nombre) (Relación, Nombre)	Razonamiento de las órdenes: (Seleccionar las opciones utilizadas) <input type="checkbox"/> Testamento en vida (dirigido a médicos y familiares o sustitutos) <input type="checkbox"/> Poder Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____

D	Firma del médico: con mi firma certifico el orden de preferencia expresado anteriormente y las bases para ello.			
	Firma del Médico	Nombre del médico:	Fecha:	No. Teléfono:
	X Please Do Not Sign			
	Firma del paciente o su sustituto:			
Firma del paciente o sustituto:	Nombre del paciente o sustituto, si firman:	Fecha:	No. Teléfono:	
X Please Do Not Sign				

ENVIAR ESTE FORMULARIO CON EL PACIENTE CUANDO SEA TRASLADADO O DADO DE ALTA	
Identificación de la Organización o Centro:	_____