

Introduction to the Spanish translation of the MOST form

The MOST form is a medical order that gives patients more control over their care during serious illness. Printed on bright pink paper and signed by the patient or their representative and a physician, MOST lists the types of medical treatment that a patient wishes to be received during serious illness.

This is a Spanish translation of the Kentucky MOST form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient's wishes documented on the MOST form. The signed MOST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

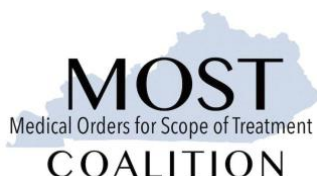
For questions in English, email Jamagn01@Louisville.edu. To learn more about MOST, visit www.KYMOST.org.

Introducción a la traducción al español del formulario MOST

MOST es una orden médica que le da más control a los pacientes sobre su atención médica cuando tienen una enfermedad grave. Impresa en un formulario de color rosa brillante y firmada por el paciente o su representante, y por un médico, MOST enumera los tipos de tratamiento médico que el paciente desea recibir cuando tiene una enfermedad grave.

Ésta es una traducción al español del formulario MOST de Kentucky. El formulario traducido solo se debe usar con fines educativos al conversar sobre los deseos del paciente, que se tienen que documentar en el formulario MOST. El formulario MOST firmado tiene que estar en inglés para que el personal de emergencia pueda leerlo y seguir las órdenes.

Para preguntas en inglés, envíe un mensaje por correo electrónico a Jamagn01@Louisville.edu. Para obtener más información sobre la orden MOST, visite www.KYMOST.org



This page left intentionally blank.

Education Purposes Only

Hosparus Health Pt ID#

Medico tratante

Instalación

HIPAA PERMITE DIVULGACIÓN DE LA MAYORÍA DE LOS DEMÁS PROFESIONALES DE SALUD DE ACUERDO CON LA NECESIDAD

MOST

Apellido del Paciente: _____

Fecha de vigencia del formulario: _____

Órdenes Médicas de Acuerdo con el Alcance del Tratamiento

Este documento se basa en la condición y deseos médicos de la persona. Cualquier sección no diligenciada indica una preferencia de tratamiento completo para esa sección.

Nombre e Inicial del segundo nombre del Paciente: _____

El formulario debe ser revisado por lo menos anualmente.

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Sección**A**

Marque sólo una casilla

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR): LA PERSONA NO TIENE PULSO Y NO ESTÁ RESPIRANDO.☐ Intentar Reanimación (CPR)☐ No Intentar Reanimación

Cuando no haya para cardiorespiratorio, siga las órdenes en B, C, y D.

Sección**B**

Marque sólo una casilla

INTERVENCIONES MÉDICAS: LA PERSONA TIENE PULSO O ESTÁ RESPIRANDO.

☐ **Alcance Completo del Tratamiento:** uso de intubación, intervenciones avanzada en las vías respiratorias, ventilación mecánica, desfibrilación o cardioversión de acuerdo con lo indicado, tratamiento médico, fluidos IV, y brindar medidas de confort. **Transferencia a un hospital indicado. Incluye atención intensiva. Plan de Tratamiento: tratamiento completo incluyendo medidas de apoyo a la vida.**

☐ **Intervención Adicional Limitada:** uso de tratamiento médico, medicamentos orales y IV, fluidos IV, monitoreo cardiaco de acuerdo con la indicación, presión de las vías respiratorias no invasiva positiva bi-nivel, una máscara de bolsa auto expandible, y medidas de confort. No usar intubación o ventilación mecánica. **Transferir a hospital si indicado. Evitar la atención intensiva. Plan de Tratamiento: Brindar tratamientos médicos básicos.**

☐ **Medidas de Confort:** mantenga limpio, abrigado y seco. Use medicamento por cualquier vía. Posición, atención de lesiones y otras medidas para aliviar el dolor y el sufrimiento. Use oxígeno, succión y tratamiento manual de obstrucciones de vías respiratorias de acuerdo con lo que se necesite para el confort. **No transfiera a hospital excepto si las necesidades de confort no se pueden brindar en la ubicación actual del paciente (ej. Fractura de cadera).**

Otras instrucciones: _____

Sección**C**

Marque sólo una casilla

ANTIBIÓTICOS☐ Antibióticos si indicados para el propósito de preservar la vida☐ Determine el uso o la limitación de antibióticos cuando hay infección.☐ Uso de antibióticos para aliviar el dolor y la brindar confort.☐ No usar antibióticos (uso de otras medidas para aliviar los síntomas).

Otras instrucciones: _____

Sección**D**

Marque sólo una casilla en cada columna

FLUIDOS Y NUTRICIÓN MEDICAMENTE ADMINSTRADA: la provisión de nutrición y fluidos, incluso si administrados medicamente, es un derecho humano básico y la autorización de negarla o retirarla debe limitarse al paciente, el sustituto de acuerdo con KRS 311.629, o la parte responsable de acuerdo con KRS 311.631.

☐ Fluidos a largo plazo IV si indicado☐ Fluidos IV por un periodo de prueba definido.

Meta: _____

☐ No brindar fluidos IV (brindar otras medidas para asegurar el confort)☐ Tubo de alimentación a largo plazo si indicado☐ Tubo de alimentación por un periodo de prueba definido.

Meta: _____

☐ No brindar tubo de alimentación

Instrucciones Especiales: _____

Sección**E**

Marque la casilla apropiada

Instrucciones Brindadas:
☐ Oralmente
☐ Por escrito

Preferencias del Paciente como Base para este formulario MOST:

La base para la orden debe estar documentada en el registro médico.

☐ El paciente no tiene una instrucción médica anticipada tal como un testamento de vida o un poder legal de atención médica.☐ El paciente tiene una instrucción médica tal como un testamento de vida o un poder legal de atención medica vigente.

Certifico que este formulario está de acuerdo con las decisiones en la instrucción médica anticipada actual.

Escribir Nombre: _____

Puesto: _____

Firma: _____

☐ Paciente adulto con capacidad de decidir☐ Padre/Tutor de paciente menor☐ Sustituto para instrucción anticipada☐ Tutor nombrado judicialmente/poder legal duradero con autoridad para tomar decisiones médicas.☐ Conyugue☐ Mayoría de hijos adultos del paciente razonablemente disponibles☐ Padre☐ Mayoría de parientes cercanos del paciente razonablemente disponibles.

Estoy de acuerdo en que se ha brindado la información adecuada y se ha brindado consideración a las decisiones expresas en este formulario. Las preferencias de tratamiento han sido expresadas al médico (MD/DO). Este documento refleja aquellas preferencias de tratamiento e indica consentimiento informado. Si firmado por un paciente, sustituto o parte responsable, las preferencias expresadas deben reflejar los deseos del paciente de acuerdo con la mejor comprensión del sustituto o parte responsable. **Usted no debe firmar este formulario para recibir este tratamiento.**

Sustituto del Paciente o parte responsable: _____

Firma: _____

Relación: _____

de Contacto

Profesional que prepara el formulario: Nombre: _____

Profesional médico que prepara el formulario: firma: _____

de Teléfono preferido: _____

Fecha de diligenciamiento: _____

Firma del Médico: _____

Médico (escriba el nombre): _____

Número de Contacto del Médico: _____

ENVÍE EL FORMULARIO CON EL PACIENTE/RESIDENTE CUANDO TRANSFERIDO O DADO DE ALTA

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE, SUSTITUTO O PARTE RESPONSABLE DEL PACIENTE NOMBRADO EN ESTE FORMULARIO

- El formulario MOST es siempre voluntario y normalmente para personas con enfermedades avanzadas. MOST registra sus deseos para el tratamiento médico en su estado de salud actual. La provisión de nutrición y fluidos, incluso si medicamente administrados, es un derecho humano básico y la autorización para negar o retirar tal administración se limitará al paciente, el sustituto de acuerdo con KRS 311.629, o la parte responsable de acuerdo con KRS 311.631. Una vez que se inicie tratamiento médico y los riesgos y beneficios de terapia adicional estén claros, sus deseos de tratamiento pueden cambiar. Su atención médica y este formulario pueden cambiar para reflejar sus nuevos deseos en cualquier momento. Sin embargo, ningún formulario puede responder a todas las decisiones de tratamiento médico que puedan necesitarse. Se recomienda una instrucción anticipada para adultos capaces, tal como un Poder Legal de Atención Médica de Kentucky, independientemente de su estado médico. Una instrucción anticipada le permite documentar en detalle sus instrucciones de atención médica futura o nombrar un sustituto para que hable por usted o por ambos. Si hay instrucciones en conflicto entre un testamento de vida aplicable y un formulario MOST, prevalecerán las disposiciones del testamento de vida.

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR E IMPLEMENTAR EL FORMULARIO MOST

- MOST debe ser revisado, preparado y firmado por el médico del paciente por medio de comunicación personal con el paciente, el sustituto del paciente o la parte responsable.
- MOST debe ser revisado y debe contener la firma original del médico del paciente para ser válido. **Asegúrese de documentar la base en las notas de progreso de registro médico.** Modo de comunicación (ej. En persona, por teléfono, etc.) También debe ser documentado.
- La firma del paciente, sustituto o parte responsable es obligatoria; sin embargo, si el sustituto del paciente o la parte responsable no está razonablemente disponible para firmar el formulario original, el médico del paciente debe firmar una copia del formulario diligenciado con la firma del sustituto del paciente o la parte responsable y debe ser ubicada en el registro médico.
- El uso del formulario original es obligatorio. **Asegúrese de enviar el formulario original con el paciente.**
- No hay un requisito de que un paciente tenga un formulario MOST.**

IMPLEMENTACIÓN DE MOST

- Si un proveedor de atención médica o una instalación no puede cumplir con las órdenes debido a una política o ética personal, el proveedor o la instalación debe hacer los arreglos de transferencia del paciente a otro proveedor médico o instalación médica.

REVISIÓN DE MOST

Este formulario MOST debe ser revisado por lo menos anualmente o antes si:

- el paciente es admitido y/o dado de alta de una instalación médica;
- hay un cambio sustancial en el estado de salud del paciente; o
- hay un cambio en las preferencias del tratamiento del paciente.
- Si MOST se modifica o se invalida, dibuje una línea a través de las secciones A-E y escriba "ANULADO" en letras grandes.

REVOCACIÓN DE MOST

Este MOST puede ser revocado por el paciente, sustituto o parte responsable.

REVISIÓN DE MOST

Fecha de revisión	Revisor y lugar de la revisión	Firma MD/DO (Obligatoria)	Firma del paciente/ sustituto/parte responsable (obligatoria)	Resultado de la revisión, descripción del resultado en cada fila seleccionado una de las siguientes:
				☐ No hay cambio ☐ FORMULARIO ANULADO, nuevo formulario diligenciado ☐ FORMULARIO ANULADO, no hay formulario nuevo.
				☐ No hay cambio ☐ FORMULARIO ANULADO, nuevo formulario diligenciado ☐ FORMULARIO ANULADO, no hay formulario nuevo.

ENVÍE EL FORMULARIO CON EL PACIENTE/RESIDENTE CUANDO TRANSFERIDO O DADO DE ALTA