

ESTA FORMA DEBERÁ ACOMPAÑAR AL PACIENTE CUANDO SEA TRANSFERIDO O DADO DE ALTA

Indicaciones médicas móviles sobre Preferencia del paciente en Kansas-Missouri (TPOPP por sus siglas en inglés)

Este paquete de instrucciones médicas está basado en las condiciones y deseos actuales del paciente. Las secciones que no estén llenas significan tratamiento completo en esa sección. En caso de emergencia no es necesaria la forma original. Una fotocopia, fax o versión electrónica son válidas.

Apellido:		Nombre:		SÓLO PARA FINES DE EDUCACIÓN
Fecha de nacimiento:	Últimos 4 dígitos Seguro Social:	(Para identificación del paciente)		
A. MARQUE UNO	RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR): La persona no tiene pulso y no está respirando.			
	Si el paciente no está en falla cardiopulmonar, siga las instrucciones B y C			
	<input type="checkbox"/> Inicie Resucitación /CPR (Si selecciona CPR en la sección requiere marcar el tratamiento completo en la sección B)		<input type="checkbox"/> No inicie resucitación (DNAR/no CPR permita la muerte natural)	
B. MARQUE UNO	INTERVENCIÓN MÉDICA: La persona tiene pulso y/o esta respirando.			
	<input type="checkbox"/> Tratamiento Completo. Además del tratamiento descrito en la sección de Solo Medidas de Confort así como Intervenciones Selectas Adicionales (ver abajo) utilice intubación, intervención de vías respiratorias avanzada, ventilación mecánica y desfibrilación/ cardíaca si está indicada. Transfiera al hospital si es necesario. Incluya cuidados intensivos OBJETIVO DEL TRATAMIENTO: PROLONGAR LA VIDA MEDIANTE TODAS LAS INTERVENCIONES MÉDICAS EFECTIVAS.			
	<input type="checkbox"/> Intervenciones Selectas Adicionales. Además del tratamiento descrito en la sección de Solo Medidas de Confort (ver abajo) utilice tratamientos médicos, antibióticos y líquidos Intravenosos si están indicados. No se intube. Puede utilizar presión no invasiva en las vías respiratorias. Generalmente se evita terapia intensiva. Se transfiere al hospital si las necesidades del tratamiento no se pueden llevar a cabo en el lugar donde se encuentra el paciente. OBJETIVO DEL TRATAMIENTO: SI LA CONDICIÓN ES REVERSIBLE RECUPERAR LAS FUNCIONES CON TRATAMIENTO.			
	<input type="checkbox"/> Sólo Medidas de Confort . Trato digno y respetuoso. Mantener al paciente limpio, caliente y seco. Utilizar medicamentos por cualquier vía, cambio de postura, tratamiento de heridas y otras medidas que liberen el dolor y sufrimiento. Utilizar oxígeno, succión y tratamientos manuales para liberar vías respiratorias como sea necesario para comodidad. Se transfiere al hospital solamente en caso de que las medidas de confort no se pueden llevar a cabo en el lugar donde se encuentra el paciente. OBJETIVO DEL TRATAMIENTO: INCREMENTAR EL CONFORT Y COMODIDAD A TRAVÉS DEL MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA SOLAMENTE. Indicaciones adicionales: _____			
C. MARQUE UNO	NUTRICIÓN ARTIFICIAL: Ofrecer alimentación vía oral si es posible y es deseado.			
	<input type="checkbox"/> Administrar nutrición artificial por largo tiempo, incluyendo sondas. <input type="checkbox"/> Administrar nutrición artificial incluyendo sondas, por un periodo de: _____ <input type="checkbox"/> No administrar nutrición artificial, incluyendo sondas de alimentación. Indicaciones adicionales: _____			
D. MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN	INFORMACION Y FIRMAS			
	Se habló con:			
	<input type="checkbox"/> Paciente		<input type="checkbox"/> Agente/DPOA clínico	<input type="checkbox"/> Familiar de menor
	<input type="checkbox"/> Sustituto de Cuidados médicos		<input type="checkbox"/> Tutor Legal	
	<input type="checkbox"/> Other (especificar): _____			
	Firma del paciente o del tomador de decisiones reconocido (Completar todos los campos)			
	Al firmar esta hoja el tomador de decisiones reconocido reconoce que la solicitud de las medidas de tratamiento aquí señaladas concuerdan con los deseos expresados, y en el mejor interés de la persona que es el portador de esta forma.			
	Nombre impreso:	Firma:	Relación	
Dirección:		Teléfono:		
Firma del Representante Médico Autorizado (todos los campos requeridos)				
Mi firma en este documento indica que, a mi mejor entender estas órdenes son consistentes con las condiciones médicas y preferencias del paciente.				
Nombre impreso del proveedor o Médico Autorizado:		Teléfono:		
Firma del proveedor o Médico Autorizado:		SÓLO PARA FINES DE EDUCACIÓN	Fecha:	

HIPPA PERMITE LA DIVULGACION A PROVEDORES DE SALUD Y A TOMADORES DE DECISIONES POR PODER CUANDO SEA NECESARIO PARA TRATAMIENTO

ESTA FORMA DEBERÁ ACOMPAÑAR AL PACIENTE CUANDO SEA TRANSFERIDO O DADO DE ALTA

Apellido:	Nombre:	Inicial 2º nombre:
Fecha de nacimiento:	Últimos 4 dígitos Seguro Social:	

E.**DIRECTIVA DE SALUD ANTICIPADA Y PODER LEGAL DURADERO PARA DECISIONES MÉDICAS**

Directiva de salud Anticipada u otras directivas

☐ No ☐ Si

Documento de Poder Legal Duradero para Decisiones Médicas*

☐ No ☐ Si

*Nombre del Agente: _____

Teléfono: _____

Personal del equipo de salud que asiste con la preparación de la forma

Nombre:	Título:	Teléfono:
Nombre:	Título:	Teléfono:

Instrucciones para completar la forma TPOPP

- Llenar una forma TPOPP, es voluntario. El TPOPP es una herramienta útil para el entendimiento y la implementación de las órdenes médicas que reflejan las condiciones actuales del paciente así como sus preferencias. Las órdenes deberán ser respetadas por todos los proveedores que reciben al paciente y de acuerdo a las políticas institucionales. Al ser admitido al hospital el médico que atienda al paciente el cual deberá emitir sus órdenes, tendrá que evaluar al paciente.
- TPOPP son indicaciones médicas que se han establecido y no reemplazan el Documento de Poder Legal Duradero para Decisiones Médicas, pero puede utilizarse para clarificación.
- TPOPP debe ser llenado por un proveedor de servicios médicos en base a las preferencias del paciente y a las indicaciones médicas. En cuanto se llene debe ser firmado por un médico, APRN o PA; y por el paciente y /o su agente de acuerdo a las limitaciones de su práctica, regulaciones y leyes estatales, para que éste sea válido
- Se recomienda utilizar el documento original. Las fotocopias o faxes de las formas TPOPP firmadas también son válidas. Una copia de la forma TPOPP debe ser parte de su expediente clínico y deberá acompañar al paciente a todos los lugares.

Utilizando TPOPP

- Las secciones que no estén llenas significan tratamiento completo en cada sección.

SECCIÓN A:

- Si el paciente se encuentra sin pulso y sin respiración no se debe utilizar el desfibrilador (*incluyendo los desfibriladores automáticos externos*) ni compresiones del pecho si la opción “No resucitar” está marcada.

SECCIÓN B:

- Cuando las condiciones no permiten lograr el confort del paciente, incluyendo aquellos que marcaron “Solo Medidas de Confort” deberán ser trasladados al lugar que permitan ofrecer confort al paciente (*Ej.: Tratamiento de fractura de cadera*).
- La presión de las vías respiratorias no invasiva incluye la presión continua (*CPAP*). La presión de vías respiratorias doble nivel (*BiPaP*) y Ventilación con dispositivos Bolsa-Válvula-Máscara (*BVM*) para asistir la respiración.

Revisando TPOPP

La forma de TPOPP debe ser revisada cuando:

- La persona sea transferida del lugar de atención médica a otro lugar o cambie de nivel de atención, o
- Se presenta un cambio sustantivo en la salud del paciente, o
- La persona/paciente prefiere un cambio en el tratamiento.

Modificando y anulando el TPOPP

- Un paciente con capacidad puede, en cualquier momento solicitar un tratamiento diferente o anular la TPOPP de cualquier manera que comunique el intento de anularlo. Es recomendable que para la anulación del documento se marque una línea a través de toda la sección A hasta la D, escribiendo la palabra ANULADO en letras grandes y firmando y anotando la fecha en esa línea.
- Un tomador de decisiones reconocido puede solicitar la modificación de las órdenes, en colaboración con el médico/APRN/PA basadas en los deseos conocidos del paciente o, si no se conocen, en los mejores intereses para el paciente.

Para más información o para obtener más formas: TPOPP@practicalbioethics.org**HIPPA PERMITE LA DIVULGACION A PROVEDORES DE SALUD Y A TOMADORES DE DECISIONES POR PODER CUANDO SEA NECESARIO PARA TRATAMIENTO**