



Patient's Name \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

Medical Record Number if applicable: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: *Cada paciente debe recibir atención completa para su comodidad.*

- Este formulario debe firmarse basado en las conversaciones sobre metas de atención entre el paciente (o el representante del paciente abajo firmante) y el médico del paciente.
- Las Secciones A–C son órdenes válidas solamente si están completas las Secciones D y E. La Sección F solamente es válida si las Secciones G y H están completas.
- Si una sección no está completa, no hay limitaciones en el tratamiento indicado en esa sección.
- El formulario entra en vigencia en cuanto se termine de firmar. Las fotocopias, las copias por fax o electrónicas de formularios MOLST debidamente firmados son válidas.

<b>A</b>  Marque un círculo →	<b>RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR:</b> para un paciente en paro cardíaco o respiratorio  <input type="radio"/> No resucitar <span style="margin-left: 300px;"><input type="radio"/> Intentar resucitación</span>
<b>B</b>  Marque un círculo →  Marque un círculo →	<b>VENTILACIÓN:</b> para un paciente con dificultad respiratoria  <input type="radio"/> No intubar o administrar ventilación <span style="margin-left: 150px;"><input type="radio"/> Intubar y administrar ventilación</span> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="radio"/> No usar ventilación no invasiva (por ej. CPAP) <span style="margin-left: 150px;"><input type="radio"/> Usar ventilación no invasiva (por ej. CPAP)</span>
<b>C</b>  Marque un círculo →	<b>TRASLADO AL HOSPITAL</b> <span style="margin-left: 150px;"><input type="radio"/> Trasladar a al hospital</span>  <input type="radio"/> No trasladar a al hospital ( <i>a menos que sea necesario por comodidad</i> )
Firma del PACIENTE o del representante del paciente  <b>D</b>  <i>Necesaria</i> Marcar un círculo y completar cada línea para tener órdenes válidas	<b>Seleccione un círculo para indicar quién está firmando la Sección D:</b> <input type="radio"/> Paciente <input type="radio"/> Agente de atención médica <input type="radio"/> Tutor* <input type="radio"/> Padre/Tutor* de un menor La firma del paciente confirma que este formulario fue firmado por propia voluntad del paciente y que refleja sus deseos y metas de atención según las expresó ante el firmante de la Sección E. La firma del representante del paciente (indicada arriba) confirma que este formulario refleja su evaluación de los deseos y metas de atención del paciente, o si tales deseos se desconocen, la evaluación de los mejores intereses del paciente. <b><i>*Un tutor puede firmar en la medida permitida por la ley de MA. Consulte con un consultor legal si desea hacer preguntas sobre la autoridad del tutor.</i></b> XX    XX Firma del paciente (o persona que representa al paciente) <span style="float: right;">Fecha de la firma</span> XX    XX Nombre impreso legible del firmante <span style="float: right;">Número telefónico del firmante</span>
Firma del MÉDICO  <b>E</b>  <i>Necesaria</i> Completar cada línea para tener órdenes válidas	La firma del médico, enfermera especializada (Nurse Practitioner) o médico asistente (Physician Assistant) confirma que este formulario refleja de manera fidedigna sus conversaciones con el firmante de la Sección D. XX    XX Firma del médico, enfermera especializada (Nurse Practitioner) o médico asistente (Physician Assistant) <span style="float: right;">Fecha de la firma</span> XX    XX Nombre impreso legible del firmante <span style="float: right;">Número telefónico del firmante</span>

<b>Opcional</b> Fecha de vencimiento y otros contactos de atención del paciente	Este formulario no vence a menos que se declare expresamente. <i>Fecha de vencimiento (si existiera) de este formulario:</i> _____ Nombre impreso del agente de atención médica _____ Número telefónico _____ Nombre impreso del proveedor de atención primaria _____ Número telefónico _____
--	---

**ENVÍE ESTE FORMULARIO CON EL PACIENTE EN TODO MOMENTO.**  
HIPAA permite revelar MOLST a los proveedores de atención médica según sea necesario para proporcionar tratamiento.

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Patient's DOB \_\_\_\_\_ Medical Record # if applicable \_\_\_\_\_

<b>F</b>	Declaración de las preferencias del paciente para otros tratamientos medicamente indicados		
Marque un círculo →	<b>INTUBACIÓN Y VENTILACIÓN</b>		
	<input type="radio"/> Referirse a la Sección B de la Página 1	<input type="radio"/> Usar intubación y ventilación como se marcó en la Sección B, sólo por un plazo corto	<input type="radio"/> Indeciso <input type="radio"/> No se comentó
Marque un círculo →	<b>VENTILACIÓN NO INVASIVA (por ej. Presión Aérea Positiva Continua - CPAP)</b>		
	<input type="radio"/> Referirse a la Sección B de la Página 1	<input type="radio"/> Usar ventilación no invasiva como se marcó en la Sección B, sólo por un plazo corto	<input type="radio"/> Indeciso <input type="radio"/> No se comentó
Marque un círculo →	<b>DIÁLISIS</b>		
	<input type="radio"/> No realizar diálisis	<input type="radio"/> Usar diálisis <input type="radio"/> Usar diálisis, sólo por un plazo corto	<input type="radio"/> Indeciso <input type="radio"/> No se comentó
Marque un círculo →	<b>NUTRICIÓN ARTIFICIAL</b>		
	<input type="radio"/> No administrar nutrición artificial	<input type="radio"/> Usar nutrición artificial <input type="radio"/> Usar nutrición artificial, sólo por un plazo corto	<input type="radio"/> Indeciso <input type="radio"/> No se comentó
Marque un círculo →	<b>HIDRATACIÓN ARTIFICIAL</b>		
	<input type="radio"/> No realizar hidratación artificial	<input type="radio"/> Usar hidratación artificial <input type="radio"/> Usar hidratación artificial, sólo por un plazo corto	<input type="radio"/> Indeciso <input type="radio"/> No se comentó
	Otras preferencias de tratamiento específicas a la enfermedad y el cuidado del paciente _____ _____ _____		

Firma del <b>PACIENTE</b> o del representante del paciente  <b>G</b> <b>Necesaria</b> Marcar un círculo y completar cada línea para tener órdenes válidas	<b>Seleccione un círculo para indicar quién está firmando la Sección G:</b> <input type="radio"/> Paciente <input type="radio"/> Agente de atención médica <input type="radio"/> Tutor* <input type="radio"/> Padre/Tutor* de un menor La firma del paciente confirma que este formulario fue firmado por propia voluntad del paciente y que refleja sus deseos y metas de atención según las expresó ante el firmante de la Sección H. La firma del representante del paciente (indicada arriba) confirma que este formulario refleja su evaluación de los deseos y metas de atención del paciente, o si tales deseos se desconocen, la evaluación de los mejores intereses del paciente. <i>*Un tutor puede firmar en la medida permitida por la ley de MA. Consulte con un consultor legal si desea hacer preguntas sobre la autoridad del tutor.</i> XX    XX Firma del paciente (o persona que representa al paciente)    Fecha de la firma XX    XX Nombre impreso legible del firmante    Número telefónico del firmante
---	---

<p>Firma del MÉDICO</p> <p><b>H</b></p> <p><i>Necesaria</i></p> <p>Completar cada línea para tener órdenes válidas</p>	<p>La firma del médico, enfermera especializada (Nurse Practitioner) o médico asistente (Physician Assistant) confirma que este formulario refleja de manera fidedigna sus conversaciones con el firmante de la Sección G.</p> <p>XX</p> <p>Firma del médico, enfermera especializada (Nurse Practitioner) o médico asistente (Physician Assistant)</p> <p>XX</p> <p>Nombre impreso legible del firmante</p> <p>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</p> <p>Fecha de la firma</p> <p>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</p> <p>Número telefónico del firmante</p>
--	---

**Instrucciones adicionales para profesionales de atención médica**

- Siga las órdenes enumeradas en A, B y C y respete las preferencias enumeradas en F hasta que el médico tenga la oportunidad de hacer la revisión según se describe a continuación.
- Cualquier cambio a este formulario requiere que el formulario se anule y se firme un nuevo formulario. Para anular el formulario, escriba NULO en letras grandes a ambos lados del formulario. *Si no se completara un nuevo formulario, no se documentarán límites sobre el tratamiento, pudiendo proporcionarse un tratamiento completo.*
- Vuelva a conversar con el paciente sobre sus metas de atención y preferencias de tratamiento, según sean clínicamente adecuadas para la evolución de la enfermedad, al trasladarlo a un nuevo ámbito o nivel de atención, o si cambiaran las preferencias. Revise el formulario cuando sea necesario para reflejar con exactitud las preferencias de tratamiento.
- El paciente o agente de atención médica (si el paciente carece de capacidad), el tutor\*, o el padre/tutor de un menor puede revocar el formulario MOLST en cualquier momento y/o solicitar y recibir un tratamiento médicamente indicado que fue previamente rechazado.

SAMPLE