

| | | |
|--|--|---|
| Parte F <i>Iniciar.</i> <u>No</u> "✓" o "X" | Rutina médica para detectar síntomas importantes y con posible tratamiento que podrían evaluarse a través de exámenes de sangre, radiografías, etc. _____ Se aceptan todos los exámenes médicos (tratamiento planificado para la afección diagnosticada) _____ Exámenes médicos limitados (no invasivos, de bajo riesgo) solamente _____ Ningún examen médico _____ Otro: | |
| Parte G <i>Iniciar.</i> <u>No</u> "✓" o "X" | Antibióticos _____ Se aceptan los antibióticos _____ Se aceptan los antibióticos, pero no por infusión intravenosa _____ Ninguna administración de antibióticos excepto si se necesitan por comodidad _____ Otro: | |
| Parte H <i>Iniciar.</i> <u>No</u> "✓" o "X" | Líquidos y nutrición administrados en forma artificial _____ Se acepta la administración de líquidos y nutrición, aun en forma indefinida _____ Se acepta la administración de líquidos y nutrición solo como ensayo clínico (límite de tiempo _____) _____ Se acepta la infusión de líquidos intravenosa; no se acepta la nutrición administrada en forma artificial _____ Ningún líquido y nutrición administrados en forma artificial _____ Otro: | |
| Parte I <i>Iniciar.</i> <u>No</u> "✓" o "X" | Otros tratamientos para prolongar la vida si fueran aplicables (Ejemplo: transfusiones de sangre, diálisis renal) Especificar el tratamiento: _____ _____ Aceptable, aun cuando sea indefinidamente o en forma repetida _____ Aceptable si se recomienda para un episodio agudo, pero no en forma indefinida o repetida _____ No aceptable _____ Otro: | |
| Nombre del paciente, representante de cuidado de la salud, o sustituto (en letra de imprenta y haga un círculo sobre la opción que corresponda) Firma | | Fecha: _____ |
| Nombre de Proveedor de Cuidado de la Salud que está ayudando con el formulario (en letra de imprenta) Fecha | | Teléfono: _____ Fecha: _____ |
| Nombre del médico (en letra de imprenta) Firma del médico | | Teléfono: _____ Fecha: _____ |

Revisar: Estas Instrucciones pueden revisarse en cualquier momento –debe hacerse una revisión siempre que:

- ✓ Se traslade al paciente de un lugar de cuidado o nivel de cuidado a otro o se le dé de alta, o
- ✓ El estado de salud del paciente cambia sustancialmente, incluyendo la pérdida de capacidad de razonamiento, o
- ✓ Se modifica el objetivo más importante de cuidado o las instrucciones específicas de tratamiento.

Este formulario constituye el respaldo para realizar una discusión sobre las opciones actuales.
Por sí mismo, no es una orden médica, pero debe revisarse antes del ingreso de nuevas órdenes.