



Estado de Illinois  
Departamento de Salud Pública

FORMULARIO DE ÓRDENES DEL MÉDICO PARA  
EL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (POLST) DEL IDPH

**Para los pacientes:** el uso de este formulario es completamente voluntario. Si lo desea, pídale a alguien de confianza que lo acompañe cuando hable con el médico sobre el tratamiento de soporte vital (POLST, por sus siglas en inglés). **Para el personal de atención médica:** Complete este formulario solo después de haber tenido una conversación con el paciente o el representante del paciente. El proceso para tomar una decisión de POLST es para pacientes que corren el riesgo de sufrir un evento clínico potencialmente mortal porque tienen una condición médica grave que limita su vida, que puede incluir fragilidad avanzada. Con un cambio significativo en la condición médica, es posible que sea necesario escribir órdenes nuevas.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE. Para los pacientes: el uso de este formulario es completamente voluntario.		
Apellido del paciente		Primer nombre del paciente
		Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Dirección (calle/ciudad/estado/código postal)	
A. <i>(Seleccione una opción)</i>	<b>ÓRDENES PARA PACIENTE EN PARO CARDÍACO.</b> Siga si el paciente NO tiene pulso.	
	<input type="checkbox"/> <b>SÍ REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP): intente la reanimación cardiopulmonar (RCP).</b> Utilice todas las modalidades indicadas según el protocolo médico estándar. (Requiere elegir <b>tratamiento completo</b> en la Sección B).	<input type="checkbox"/> <b>NO RCP: no intente la reanimación.</b>
B. <i>La sección puede dejarse en blanco</i>	<b>ÓRDENES PARA PACIENTE SIN PARO CARDÍACO.</b> Verifique si el paciente tiene pulso. Maximizar la comodidad es el objetivo sin importar la opción de tratamiento que se seleccione. (Cuando no se seleccione ninguna opción, siga el tratamiento completo).	
	<input type="checkbox"/> <b>Tratamiento completo: el objetivo principal es intentar prevenir el paro cardíaco mediante el uso de todos los tratamientos indicados.</b> Utilice intubación, ventilación mecánica, cardioversión y todos los demás tratamientos indicados.	
	<input type="checkbox"/> <b>Tratamiento Selectivo: el objetivo principal es el tratamiento de condiciones médicas con medidas médicas limitadas.</b> No intube ni utilice ventilación mecánica invasiva. Puede usar formas no invasivas de presión positiva en las vías respiratorias, incluidas la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP, por sus siglas en inglés) y la presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias (BiPAP, por sus siglas en inglés). Puede usar líquidos intravenosos, antibióticos, vasopresores y antiarrítmicos según se indique. Traslade al hospital si está indicado.	
<input type="checkbox"/> <b>Tratamiento enfocado en la comodidad: el objetivo principal es maximizar la comodidad a través del manejo de los síntomas. Permitir la muerte natural.</b> Use la medicación por cualquier vía según sea necesario. Utilice oxígeno, aspiración y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias. No use los tratamientos indicados en tratamiento completo y selectivo a menos que sea compatible con el objetivo de comodidad. Traslade al hospital solo si no se puede lograr la comodidad en el entorno actual.		
C. <i>La sección puede dejarse en blanco</i>	<b>Órdenes o instrucciones adicionales.</b> Estas órdenes se suman a las anteriores (p. ej., suspender productos sanguíneos, no diálisis). [Los protocolos de servicios médicos de emergencia (EMS, por sus siglas en inglés) pueden limitar la capacidad de los servicios de emergencia para actuar según las órdenes de esta sección].	
D. <i>La sección puede dejarse en blanco</i>	<b>ÓRDENES DE NUTRICIÓN ADMINISTRADA MÉDICAMENTE.</b> Ofrézcale comida por la boca si lo tolera. (Cuando no se haya realizado ninguna selección, proporcione el estándar de atención).	
	<input type="checkbox"/> Proporcione nutrición e hidratación artificiales por cualquier medio, incluidas las sondas colocadas con cirugía, nuevas o existentes.	
	<input type="checkbox"/> Período de prueba para nutrición e hidratación artificiales, pero NO sondas colocadas con cirugía.	
<input type="checkbox"/> No se desea nutrición ni hidratación artificial.		
E. <i>Obligatorio</i>	<b>Firma del paciente o el representante legal.</b> (Los documentos firmados por vía electrónica son válidos)	
	<input checked="" type="checkbox"/> Nombre en letra de imprenta ( <b>obligatorio</b> )	Fecha
	Firma ( <b>obligatoria</b> ) He discutido las opciones de tratamiento y los objetivos de atención con un profesional de la salud. Si firmo como representante legal, a mi leal saber y entender, los tratamientos seleccionados son consistentes con las preferencias del paciente.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	
Relación del firmante con el paciente:		<input type="checkbox"/> Agente bajo poder notarial de atención médica
<input type="checkbox"/> Paciente		<input type="checkbox"/> Suplente para la toma de decisiones de atención médica (consulte la página 2 para ver la lista de prioridades)
<input type="checkbox"/> Representante del menor		
F. <i>Obligatorio</i>	<b>Profesional de salud calificado.</b> Médico, residente con licencia (segundo año o superior), enfermera de práctica avanzada o asistente médico. (Los documentos firmados por vía electrónica son válidos).	



State of Illinois  
Department of Public Health

**IDPH UNIFORM PRACTITIONER ORDER FOR  
LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) FORM**

**For patients:** Use of this form is completely voluntary. If desired, have someone you trust with you when discussing a POLST form with a health care professional. **For health care providers:** Complete this form only after a conversation with the patient or the patient’s representative. The POLST decision-making process is for patients who are at risk for a life-threatening clinical event because they have a serious life-limiting medical condition, which may include advanced frailty. With significant change in condition, new orders may need to be written.

<b>PATIENT INFORMATION.</b> For patients: Use of this form is completely voluntary.				
Patient Last Name		Patient First Name		MI
Date of Birth (mm/dd/yyyy)		Address (street/city/state/ZIP code)		
<b>A</b> Required to Select One	<b>ORDERS FOR PATIENT IN CARDIAC ARREST.</b> Follow if patient has NO pulse.			
	<input type="checkbox"/> <b>YES CPR: Attempt cardiopulmonary resuscitation (CPR).</b> Utilize all indicated modalities per standard medical protocol. (Requires choosing <b>Full Treatment</b> in Section B.)		<input type="checkbox"/> <b>NO CPR: Do Not Attempt Resuscitation (DNAR).</b>	
<b>B</b> Section may be Left Blank	<b>ORDERS FOR PATIENT NOT IN CARDIAC ARREST.</b> Follow if patient has a pulse. Maximizing comfort is a goal regardless of which treatment option is selected. (When no option selected, follow Full Treatment.)			
	<input type="checkbox"/> <b>Full Treatment: Primary goal is attempting to prevent cardiac arrest by using all indicated treatments.</b> Utilize intubation, mechanical ventilation, cardioversion, and all other treatments as indicated.			
	<input type="checkbox"/> <b>Selective Treatment: Primary goal is treating medical conditions with limited medical measures.</b> Do not intubate or use invasive mechanical ventilation. May use non-invasive forms of positive airway pressure, including CPAP and BiPAP. May use IV fluids, antibiotics, vasopressors, and antiarrhythmics as indicated. Transfer to the hospital if indicated.			
<input type="checkbox"/> <b>Comfort-Focused Treatment: Primary goal is maximizing comfort through symptom management. Allow natural death.</b> Use medication by any route as needed. Use oxygen, suctioning and manual treatment of airway obstruction. Do not use treatments listed in Full and Selective Treatment unless consistent with comfort goal. Transfer to hospital only if comfort cannot be achieved in current setting.				
<b>C</b> Section may be Left Blank	<b>Additional Orders or Instructions.</b> These orders are in addition to those above (e.g., withhold blood products; no dialysis). [EMS protocols may limit emergency responder ability to act on orders in this section.]			
<b>D</b> Section may be Left Blank	<b>ORDERS FOR MEDICALLY ADMINISTERED NUTRITION.</b> Offer food by mouth if tolerated. (When no selection made, provide standard of care.)			
	<input type="checkbox"/> Provide artificial nutrition and hydration by any means, including new or existing surgically-placed tubes.			
	<input type="checkbox"/> Trial period for artificial nutrition and hydration but NO surgically-placed tubes.			
<input type="checkbox"/> No artificial nutrition or hydration desired.				
<b>E</b> Required	<b>Signature of Patient or Legal Representative.</b> (eSigned documents are valid.)			
	<input checked="" type="checkbox"/> Printed Name (required)		Date	
	Signature (required) I have discussed treatment options and goals for care with a health care professional. If signing as legal representative, to the best of my knowledge and belief, the treatments selected are consistent with the patient’s preferences.			
	Relationship of Signee to Patient:		<input type="checkbox"/> Agent under Power of Attorney for Health Care	
<input type="checkbox"/> Patient		<input type="checkbox"/> Health care surrogate decision maker (See Page 2 for priority list)		
<input type="checkbox"/> Parent of minor				
<b>F</b> Required	<b>Qualified Health Care Practitioner.</b> Physician, licensed resident (second year or higher), advanced practice nurse, or physician assistant. (eSigned documents are valid.)			
	<input checked="" type="checkbox"/> Printed Authorized Practitioner Name (required)		Phone	
	Signature of Authorized Practitioner (required) To the best of my knowledge and belief, these orders are consistent with the patient’s medical condition and preferences.		Date (required)	
<input checked="" type="checkbox"/>				

<input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del médico autorizado en letra de imprenta <i>(obligatorio)</i>	Teléfono
<input checked="" type="checkbox"/>	Firma del médico autorizado <i>(obligatorio)</i> a mi leal saber y entender, estas órdenes son consistentes con las preferencias del paciente.	Fecha <i>(obligatorio)</i>

**\*\*ESTA PÁGINA ES OPCIONAL: se usa con fines informativos\*\***

Apellido del paciente	Primer nombre del paciente	Inicial del segundo nombre
-----------------------	----------------------------	----------------------------

*El uso del Formulario de órdenes del médico para el tratamiento de soporte vital (POLST) del Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH, por sus siglas en inglés) siempre es voluntario. Esta orden registra los deseos de tratamiento médico de un paciente en su estado de salud actual. El paciente o el representante del paciente y un proveedor de atención médica deben reevaluar y discutir las intervenciones de forma periódica para garantizar que los tratamientos cumplan con los objetivos de atención del paciente. Este formulario se puede cambiar para reflejar nuevos deseos en cualquier momento.*

*Ningún formulario puede abordar todas las decisiones de tratamiento médico que pueden ser necesarias. El poder notarial para instrucciones anticipadas de atención médica (POAHC, por sus siglas en inglés) se recomienda para todos los adultos capaces, sin importar su estado de salud. Un POAHC le permite a una persona documentar, en detalle, instrucciones de atención médica futuras y nombrar a un representante legal para que hable en su nombre si no puede hablar por sí mismo.*

Instrucciones anticipadas disponibles para el paciente al momento de completar este formulario

<input type="checkbox"/> Poder notarial de atención médica	<input type="checkbox"/> Declaración de testamento en vida	<input type="checkbox"/> Declaración para tratamiento de salud mental	<input type="checkbox"/> Ninguno disponible
--	--	---	---

Información profesional de atención médica

Nombre del médico	Teléfono
Título del médico	Fecha

#### Cómo completar el formulario de POLST del IDPH

- Completar un formulario de POLST siempre es voluntario, no puede ser obligatorio y puede cambiarse en cualquier momento.
- Una POLST debe reflejar las preferencias actuales de las personas que completan el Formulario de POLST; fomente la realización de un POAHC.
- Se acepta el consentimiento verbal o telefónico del paciente o del representante legal.
- Las órdenes verbales o telefónicas son aceptables con la firma de seguimiento de un médico autorizado de acuerdo con la política de la instalación o la comunidad.
- Se recomienda el uso del formulario original. Las copias y fotocopias digitales, incluidos los faxes, en papel de CUALQUIER COLOR son legales y válidas.
- Los formularios con firmas electrónicas son legales y válidos.
- Un profesional de la salud calificado puede tener licencia en Illinois o en el estado donde el paciente recibe tratamiento.

#### Revisión de un formulario de POLST

Este formulario de POLST debe revisarse de forma periódica y a la luz de las necesidades y los deseos continuos del paciente. Estos incluyen lo siguiente:

- transferencias de un entorno de atención o nivel de atención a otro;
- cambios en el estado de salud del paciente o uso de dispositivos implantables (p. ej., DAI/estimuladores cerebrales);
- el tratamiento en curso y las preferencias del paciente; y
- un cambio en el profesional de atención primaria del paciente.

#### Anulación o revocación de un formulario de POLST

- Un paciente con capacidad puede anular o revocar el formulario, o solicitar un tratamiento alternativo.
- Cambiar, modificar o revisar un formulario de POLST requiere completar un nuevo formulario.
- Dibuje una línea a través de las secciones A y E y escriba "ANULADO" en la página si algún formulario de POLST se reemplaza o deja de ser válido.
- Debajo de "ANULADO" escrito, escriba la fecha de cambio y vuelva a firmar.
- Si está incluido en un registro médico electrónico, siga todos los procedimientos de evacuación del centro.

#### Orden de prioridad de la Ley de Sustitución de Atención Médica de Illinois (755 ILCS 40/25)

- |  |  |
|--|--|
| 1. Guardián de la persona del paciente                         | 5. Hermanos adultos  |
| 2. Cónyuge o pareja del paciente de una unión civil registrada | 6. Nietos adultos  |
| 3. Hijos adultos   | 7. Un amigo cercano del paciente   |
| 4. Padres  | 8. El guardián del patrimonio del paciente   |
|  | 9. El custodio temporal del paciente designado según la subsección (2) de la Sección 2-10 de la Ley de Tribunales de Menores de 1987 si el tribunal ha dictado una orden que otorga dicha autoridad de conformidad con la subsección (12) de la Sección 2-10 de la Ley de Tribunales de Menores de 1987. |

Para obtener más información, visite la Declaración de la Ley de Illinois del IDPH en <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>

**LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 PERMITE LA DIVULGACIÓN A PROFESIONALES DE LA SALUD SEGÚN SEA NECESARIO PARA EL TRATAMIENTO**

**\*\*THIS PAGE IS OPTIONAL – use for informational purposes\*\***

Patient Last Name		Patient First Name	MI
<p><i>Use of the Illinois Department of Public Health (IDPH) Practitioner Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) Form is always voluntary. This order records a patient’s wishes for medical treatment in their current state of health. The patient or patient representative and a health care provider should reassess and discuss interventions regularly to ensure treatments are meeting patient’s care goals. This form can be changed to reflect new wishes at any time.</i></p> <p><i>No form can address all the medical treatment decisions that may need to be made. The Power of Attorney for Health Care Advance Directive (POAHC) is recommended for all capable adults, regardless of their health status. A POAHC allows a person to document, in detail, future health care instructions and name a Legal Representative to speak on their behalf if they are unable to speak for themselves.</i></p>			
Advance Directives available for patient at time of this form completion			
<input type="checkbox"/> Power of Attorney for Health Care	<input type="checkbox"/> Living Will Declaration	<input type="checkbox"/> Declaration for Mental Health Treatment	<input type="checkbox"/> None Available
Health Care Professional Information			
Preparer Name		Phone Number	
Preparer Title		Date Prepared	

**Completing the IDPH POLST Form**

- The completion of a POLST form is always voluntary, cannot be mandated, and may be changed at any time.
- A POLST should reflect current preferences of persons completing the POLST Form; encourage completion of a POAHC.
- Verbal/phone consent by the patient or legal representative are acceptable.
- Verbal/phone orders are acceptable with follow-up signature by authorized practitioner in accordance with facility/community policy.
- Use of the original form is encouraged. Digital copies and photocopies, including faxes, on ANY COLOR paper are legal and valid.
- Forms with eSignatures are legal and valid.
- A qualified health care practitioner may be licensed in Illinois or the state where the patient is being treated.

**Reviewing a POLST Form**

This POLST form should be reviewed periodically and in light of the patient’s ongoing needs and desires. These include:

- transfers from one care setting or care level to another;
- changes in the patient’s health status or use of implantable devices (e.g., ICDs/cerebral stimulators);
- the patient’s ongoing treatment and preferences; and
- a change in the patient’s primary care professional.

**Voiding or revoking a POLST Form**

- A patient with capacity can void or revoke the form, and/or request alternative treatment.
- Changing, modifying, or revising a POLST form requires completion of a new POLST form.
- Draw line through sections A through E and write “VOID” across page if any POLST form is replaced or becomes invalid.
- Beneath the written "VOID" write in the date of change and re-sign.
- If included in an electronic medical record, follow all voiding procedures of facility.

**Illinois Health Care Surrogate Act (755 ILCS 40/25) Priority Order**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Patient’s guardian of person                            | 5. Adult siblings  |
| 2. Patient’s spouse or partner of a registered civil union | 6. Adult grandchildren   |
| 3. Adult children  | 7. A close friend of the patient   |
| 4. Parents   | 8. The patient’s guardian of the estate  |
|  | 9. The patient’s temporary custodian appointed under subsection (2) of Section 2-10 of the Juvenile Court Act of 1987 if the court has entered an order granting such authority pursuant to subsection (12) of Section 2-10 of the Juvenile Court Act of 1987. |

For more information, visit the IDPH Statement of Illinois law at <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>