Utah Department of Health Bureau of Emergency Medical Services
Departamento de Salud de Utah Oficina de Servicios Médicos de Emergencia

Physician Order for Life Sustaining Treatment
Orden médica para tratamientos que mantienen la vida

Utah Life with Dignity Order
Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah

Version 2 - 9/09

State of Utah Rule R432-31
Regla R432-31 del Estado de Utah
(http://health.utah.gov/hflcra/forms.php)

This is a physician order sheet based on patient wishes and medical indications for life-sustaining treatment. Place this order in a prominently visible part of the patient's record. Both the patient and the physician must sign this order (two physicians must sign if the patient is a minor child). When the patient's condition makes this order applicable, first follow this order, and then, if necessary, contact the signing physician. *Esta es una hoja de orden médica basada en los deseos del paciente y las indicaciones médicas para mantener la vida. Coloque esta orden en un lugar muy visible con la historia clínica del paciente. Tanto el paciente como el médico deben firmar esta orden (dos médicos deben firmar la orden si el paciente es un menor de edad). Cuando la condición médica del paciente haga necesario el uso de esta orden, primero siga esta la orden y luego, si es necesario, póngase en contacto con el médico que firmó la orden.* **Physician's name:** *Nombre del médico:* **Physician's phone:** *Teléfono del médico:*	**Last Name of Patient:** *Apellido del paciente:* **First Name/Middle Initial:** *Nombre/Inicial del segundo nombre:* **Date of Birth**: *Fecha de nacimiento:* Effective **Date of this Order**: *Fecha de entrada en vigor de esta orden:*

(IF NOTHING IN A SECTION IS CHECKED, CAREGIVERS SHOULD PROVIDE THE FULLEST TREATMENT DESCRIBED IN THAT SECTION *UNLESS THAT TREATMENT DIRECTLY CONFLICTS WITH A TREATMENT CHECKED IN ANOTHER SECTION*)

(SI EN LA SECCION A NO HAY NADA MARCADO, EL PROVEEDOR DE SALUD DEBERA PROVEER TODO EL TRATAMIENTO DESCRITO EN ESA SECCION A MENOS QUE EL TRATAMIENTO ENTRE EN CONFLICTO DIRECTO CON UN TRATAMIENTO MARCADO EN OTRA SECCION*)*

Section A Check one	**Treatment options when the patient <u>has no pulse and is not breathing</u>:** ___ **Attempt to resuscitate** ___ **Do not attempt or continue any resuscitation (DNR)** Other instructions or clarification: _____ _____ _____
Sección A *Marque uno*	*Opciones de tratamiento cuando el paciente no* ***<u>tiene pulso y no esta respirando:</u>*** ___ ***Intente resucitar*** ____ ***No intente ni continúe ninguna maniobra de resucitación (DNR)*** *Otras instrucciones o clarificaciones:*_____ _____ _____

Physician Order for Life Sustaining Treatment

Orden médica para tratamientos que mantienen la vida

Utah Life with Dignity Order ***Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah***

Section B
Check one

Treatment options when the patient has a pulse and is breathing:

___ **Comfort measures only**: Oral and body hygiene, reasonable efforts to offer food and fluids orally, medication, oxygen, positioning, warmth, and other measures to relieve pain and suffering. Provide privacy and respect for the dignity and humanity of the patient. **Transfer to hospital only if comfort measures can no longer be effectively managed at current setting.**

___ **Limited additional interventions**: Includes care above. May also include suction, treatment of airway obstruction, bag/valve/mask ventilation, monitoring of cardiac rhythm, medications, IV fluids. **Transfer to hospital if indicated, but no endotracheal intubation or long-term life support measures.**

Other instructions or clarification: _____

_____

___ **Full treatment:** Includes all care above plus endotracheal intubation, defibrillation/cardioversion, and any other life sustaining care required.

If necessary, transfer to (hospital name): _____

Other instructions or clarification: _____

_____

Sección B
Marque uno

Opciones de tratamiento cuando el paciente tiene pulso y está respirando:

___ ***Solamente medidas para la comodidad (confort):*** *higiene oral y corporal; esfuerzos razonables para proveer alimentos y líquidos por vía oral; medicamentos, oxígeno, cambios de posición, abrigo y otras medidas para aliviar el dolor y el sufrimiento. Proporcionar privacidad intimidad y respeto por la dignidad y la humanidad del paciente.* ***Transferir al hospital sólo si las medidas de comodidad (confort) ya no pueden proveerse de manera eficaz en el sitio donde se halla el paciente.***

___ ***Intervenciones adicionales limitadas:*** *Incluye las atenciones anteriormente mencionadas. Adicionalmente puede incluir aspiración, tratamiento de la obstrucción de las vías respiratorias, ventilación por una bolsa/válvula/máscara, monitoreo del ritmo cardíaco, medicación y administración de líquidos Intravenosos.* ***Trasferencia al hospital si esta indicado, pero no incluye intubación endotraqueal o medidas para mantener y prolongar la vida a largo plazo.***

*Otras instrucciones o aclaraciones:*_____

_____

___ ***Tratamiento completo:*** *Incluye todas las atenciones anteriormente mencionadas; más intubación endotraqueal, desfibrilación/cardioversión y cualquier otra atención necesaria para mantener la vida.*

Si es necesario, transferir al hospital (incluya el nombre del hospital): _____

*Otras instrucciones o aclaraciones:*_____

_____

Section C
Check all that apply

Antibiotics: (Comfort measures are always provided)

___ No antibiotics

___ Antibiotics may be administered

Other instructions or clarification: _____

_____

Sección C
Marque todo lo que aplica

Antibióticos: (Las medidas de comodidad/confort son proporcionadas siempre)

___ *No antibióticos*

___ *Es posible administrar antibióticos*

*Otras instrucciones o aclaraciones:*_____

_____

Physician Order for Life Sustaining Treatment

Orden médica para tratamientos que mantienen la vida

Utah Life with Dignity Order ***Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah***

Section D
Check all that apply

Artificially administered fluid and nutrition: (Comfort measures are always provided)

Feeding tube:

____ No feeding tube
____ Defined trial period of feeding tube
____ Long-term feeding tube

IV Fluids:

____ No IV fluids
____ Defined trial period of IV fluids
____ IV fluids

Other instructions or clarification: _____

_____

Sección D
Marque todo lo que aplica

Administración artificial de líquidos/fluidos y nutrición: (Siempre se proveen medidas de comodidad/confort)

Sonda de alimentación:

____ *No sonda de alimentación*
____ *Período de prueba definido de sonda de alimentación*
____ *Sonda de alimentación a largo plazo*

Líquidos IV:

____ *No líquidos IV*
____ *Período de prueba definido de líquidos/fluidos IV*
____ *Líquidos/Fluidos IV*

*Otras instrucciones o aclaraciones:*_____

_____

Section E
Check all that apply

Discussed with:

____ Patient / Parent(s) of minor child
____ Surrogate (source of legal authority, name, and phone number):

_____

____ Other (name and phone number): _____

Sección E
Marque todo lo que aplica

Discutido con:

____ *Paciente / Padre (s) del menor*
____ *Representante legal (fuente de autoridad legal, nombre y número de teléfono):* _____

_____

____ *Otro (nombre y número de teléfono):* _____

Patient preferences to guide for physician in ordering life-sustaining treatment

Preferencias del paciente para guiar al médico al ordenar los tratamientos para mantener la vida

Section F

I have given significant thought to life-sustaining treatment. Please see the following for more information about my preferences:

Advance Directive ____ no ____ yes

Other: _____

I have expressed my preferences to my physician or health care provider(s) and agree with the treatment order on this document. Please review these orders if there is a substantial permanent change in my health status, such as:

Close to death | Advance progressive illness | Improved condition
Permanently unconscious | Extraordinary suffering | Surgical procedures

Sección F

Yo he pensado seria y significativamente sobre los tratamientos para mantener la vida. Por favor consulte lo siguiente para obtener más información acerca de mis preferencias:

Instrucciones anticipadas ____ *no* ____ *sí*

Otros: _____

Le he expresado mis preferencias a mi médico o proveedor(es) de cuidados de la salud y estoy de acuerdo con los tratamientos ordenados en este documento. Por favor, revise estas órdenes en caso de que exista un cambio sustancial y permanente en mi estado de salud, como sería:

Cercanía a la muerte | *Avanzada enfermedad progresiva* | *Mejoría de mi condición*
Permanentemente inconsciente | *Sufrimiento extraordinario* | *Procedimientos quirúrgicos*

Physician Order for Life Sustaining Treatment

Orden médica para tratamientos que mantienen la vida

Utah Life with Dignity Order ***Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah***

Section F (continued) ***Sección F*** *(continuado)*	**Brief summary of medical condition and brief explanation of treatment choice:** _____ _____ _____ *Resumen breve de la condición médica y una breve explicación del tratamiento elegido:* _____ _____		
	Signature of person preparing form (if not patient's physician) *Firma de la persona que elaboró el formulario (si no es el médico del paciente)*	Print name and phone number *Escriba el nombre y número de teléfono*	Date prepared: *Fecha de la elaboración:*
	Signature of physician or other licensed practitioner *Firma del médico u otro profesional con licencia*	Print name and license number *Escriba el nombre y el número de la licencia*	Date signed: *Fecha de la firma:*
	Signature of second physician or other licensed practitioner (required for minor patients only) *Firma del segundo médico u otro profesional con licencia (obligatoria sólo para pacientes menores de edad)*	Print name and license number *Escriba el nombre y el número de la licencia*	Date signed: *Fecha de la firma:*
	Patient, parent, or surrogate signature *Firma del paciente, padre, o representante legal*	Print name and phone number *Escriba el nombre y número de teléfono*	Date signed: *Fecha de la firma:*
	Patient, parent, or surrogate signature *Firma del paciente, padre, o representante legal*	Print name and phone number *Escriba el nombre y número de teléfono*	Date signed: *Fecha de la firma:*

Review and Change to Life with Dignity Order

Review this form whenever any of the following happen:

1. The patient is transferred from one care setting to another;
2. The patient's health status changes substantially and permanently; or
3. The patient's treatment preferences change.

– If the patient or the patient's surrogate changes the treatment preferences in this order, complete a new form and place it in the patient's medical record.

– This form is valid for both adult and pediatric patients.

A COPY OF THIS FORM MUST ACCOMPANY THE PATIENT WHEN TRANSFERRED OR DISCHARGED (INCLUDING TRANSFERS TO HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENTS)

Revisión y cambios a la orden de Vida con Dignidad

Revise esta forma siempre que suceda alguno de los siguientes eventos:

1. *El paciente es transferido de un sitio de atención a otro;*
2. *El estado de salud del paciente cambia sustancial y permanentemente; o*
3. *Las preferencias de tratamiento del paciente cambian.*

– Si el paciente o el representante legal del paciente cambia las preferencias de tratamiento en esta orden, complete un nuevo formulario y colóquelo en la historia médica del paciente.

– Esta forma es válida para pacientes adultos y pediátricos

UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DEBE ACOMPAÑAR AL PACIENTE CUANDO SEA TRASFERIDO O DADO DE ALTA (INCLUYENDO TRANSFERENCIAS A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL)