

Introduction to the Spanish translation of the POST form

POST is a medical order form that gives patients more control over their care during serious illness. POST is used to document a patient's treatment preferences as medical orders. It specifies the types of medical treatment that a patient does and does not want. The orders are signed by the patient, their legal representative, or proxy as well as by the treating practitioner (physician, advanced practice nurse, or physician assistant). POST is for patients with advanced chronic progressive illness, advanced frailty, terminal conditions, or those unlikely to benefit from cardiopulmonary resuscitation. It is not for healthy adults. Use of the POST is voluntary—a patient cannot be required to have a POST form.

This is a Spanish translation of the Indiana POST form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient's preferences documented on the POST form. The signed POST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For additional information in English, visit www.indianapost.org. Questions can be submitted through the "contact us" link on that same website.

Introducción a la traducción al español del formulario POST

POST es un formulario de órdenes médicas que les da a los pacientes más control sobre su atención médica durante una enfermedad grave. El formulario POST se usa para documentar las preferencias de tratamiento de un paciente en forma de órdenes médicas. Este detalla los tipos de tratamiento médico que quiere o no quiere un paciente. Las órdenes son firmadas por el paciente, su representante legal o apoderado, así como por el profesional a cargo del tratamiento (médico, enfermero de práctica avanzada o asociado médico). El formulario POST es para pacientes con enfermedades crónicas progresivas avanzadas, fragilidad avanzada, enfermedades terminales o aquellos que probablemente no se beneficien de la resucitación cardiopulmonar. No es para los adultos sanos. El uso del formulario POST es voluntario, no se puede obligar a un paciente a tener un formulario POST.

Esta es una traducción al español del formulario POST de Indiana. El formulario traducido es solo para fines educativos, para usar cuando analiza las preferencias del paciente documentadas en el formulario POST. El formulario POST firmado tiene que estar en inglés para que el personal de emergencia pueda leer y seguir las órdenes.

Para información adicional en inglés, visite www.indianapost.org. Se pueden enviar preguntas a través del enlace "contact us" (contáctenos) en el mismo sitio web.

	FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO: para que el formulario POST sea efectivo, el paciente o su representante legal o apoderado tiene que firmar el formulario a continuación y escribir la fecha.		
E	FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO Mi firma a continuación indica que el médico, una enfermera certificada de práctica avanzada o asistente médico (o una persona designada al efecto) habló conmigo acerca de las órdenes indicadas en lo que antecede y seleccionó las órdenes que representan correctamente las decisiones tomadas durante esta conversación.		
	Firma (<i>obligatoria</i>) XXXXXXXXXXXXXXXX	Nombre en letra de molde (<i>obligatorio</i>) XXXXXXXXXXXXXXXX	Fecha (mm/dd/aaaa) (<i>obligatoria</i>)
F	INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO EN LA SECCIÓN E (SI CORRESPONDE): Si la firma anterior no es la del paciente, agregue la información de contacto para el representante o apoderado.		
	Relación con el representante o apoderado identificado en la sección E, si el paciente no tiene la capacidad para firmar	Dirección (<i>número y calle, ciudad, estado y código postal</i>)	Número de teléfono
	ORDEN MÉDICA: Un formulario POST puede ser ejecutado solo por el médico tratante, enfermero diplomado de práctica avanzada o asociado médico del individuo, y solo si: (1) el médico tratante, enfermero diplomado de práctica avanzada o asociado médico ha determinado que: (A) el individuo es una persona que cumple con los requisitos y (B) las órdenes médicas contenidas en el formulario POST del individuo son razonables y apropiadas desde el punto de vista médico y (2) la persona que cumple con los requisitos, representante o apoderado ha firmado el formulario POST y escrito la fecha. Una persona que cumple con los requisitos es un individuo que tiene por lo menos uno (1) de los siguientes: (1) Una enfermedad crónica progresiva avanzada. (2) Fragilidad crónica progresiva avanzada. (3) Un problema médico causado por una lesión o enfermedad del cual se puede decir con certeza médica razonable que: (A) no hay posibilidad de recuperarse y (B) la muerte sucederá como resultado del problema médico dentro de un corto plazo si no se toman medidas para prolongar la vida. (4) Un problema médico que, si la persona fuera a sufrir una insuficiencia cardíaca o pulmonar, la resucitación no sería exitosa o dentro de un corto plazo la persona sufriría de insuficiencia cardíaca o pulmonar repetidamente, resultando en la muerte.		
G	DOCUMENTACIÓN DE CONVERSACIÓN: órdenes sobre los cuales se conversó (marque uno): <input type="checkbox"/> Paciente (paciente tiene capacidad) <input type="checkbox"/> Representante para la atención médica <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre/madre de un menor <input type="checkbox"/> Poder legal para la atención médica <input type="checkbox"/> Apoderado		
H	FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE / ENFERMERO DIPLOMADO DE PRÁCTICA AVANZADA / ASOCIADO MÉDICO Mi firma a continuación indica que yo hablé o la persona por mí designada habló con el paciente, el representante o el apoderado del paciente sobre los objetivos del paciente y las opciones de tratamiento disponibles para el paciente de acuerdo a la salud del paciente. Mi firma a continuación indica que a mi mejor saber y entender las órdenes son congruentes con el estado médico y las preferencias actuales del paciente.		
	Firma del médico tratante / enfermero diplomado de práctica avanzada / asociado médico (<i>obligatoria</i>) XXXXXXXXXXXXXXXX	Nombre en letra de molde del médico tratante / enfermero diplomado de práctica avanzada / asociado médico (<i>obligatorio</i>) XXXXXXXXXXXXXXXX	Fecha (mm/dd/aaaa) (<i>obligatoria</i>)
	Número de teléfono del médico tratante / enfermero diplomado de práctica avanzada / asociado médico	Número de licencia del médico tratante / enfermero diplomado de práctica avanzada / asociado médico	Profesional para la atención médica que prepara el formulario, si no es el médico tratante / enfermero diplomado de práctica avanzada / asociado médico
I	NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA: como paciente, usted tiene la opción de nombrar a un representante para servir como su representante para la atención médica de conformidad con IC 16-36-7. No tiene la obligación de designar un representante para la atención médica para que este formulario POST sea efectivo. Lo alentamos a consultar con su abogado u otro individuo calificado sobre las opciones de instrucciones médicas anticipadas disponibles para usted. Puede obtener formularios e información adicional en el sitio web de IDOH en https://www.in.gov/health/cshcr/indiana-health-care-quality-resource-center/advance-directives-resource-center/ .		