

**JUNTA ESTATAL DE SALUD
CÓDIGO ADMINISTRATIVO**

APÉNDICE III

**ORDEN DE ALABAMA PARA CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS Y TERMINALES
(CPP)**

Nombre completo del menor calificado (LETRA DE MOLDE) y fecha de nacimiento

Instrucciones: Una vez que sea formalizada por el representante, firmada por los médicos e ingresada en la historia clínica del Menor Calificado por el médico tratante, esta orden se convierte en la orden médica para todos los proveedores de servicios médicos con respecto al alcance del uso de equipos y tratamientos médicos de emergencia, medicamentos y cualquier intervención médica disponible para proporcionar cuidados paliativos y de apoyo al menor calificado.

El representante debe completar y formalizar las Secciones 1 y 3. UNA VEZ COMPLETADAS Y FORMALIZADAS ESTAS SECCIONES, el médico tratante debe firmar las Secciones 1 y 2. Una vez que un segundo médico haya firmado la Sección 2, ingrese la directiva formalizada en la historia clínica del Menor Calificado, que luego se convierte en la Orden de CPP.

El médico tratante puede ayudar a los representantes a completar este documento. Después de completar y firmar todas las secciones, el médico tratante ingresa el formulario completo en la historia clínica del menor calificado. Las órdenes médicas se generarán a partir de una Orden de CPP ingresada en la historia clínica del menor calificado.

Este formulario no reemplaza ni anula ningún requisito interno que un centro de atención médica pueda requerir para que las órdenes del médico se ingresen en las historias clínicas del centro de atención médica.

Nota: El representante es responsable de actualizar el formulario si cambian las circunstancias o los deseos del representante.

Sección 1. Órdenes médicas

Se puede buscar a un médico para que lo ayude a completar esta sección después de hablar con y en colaboración con los padres o representantes.

A. Órdenes médicas que, una vez formalizadas por el representante, firmadas por los médicos e ingresadas en la historia clínica, se convierten en órdenes del médico:

1. El alcance del equipo y el tratamiento médico de emergencia, medicamentos y cualquier intervención médica disponible para brindar cuidados paliativos y de apoyo. (El tratamiento de soporte vital no incluye la administración de medicamentos ni la realización de ningún tratamiento médico en el que, en opinión del médico tratante, el medicamento o el tratamiento sean necesarios para brindar comodidad o aliviar el dolor). (Consulte la Sección 22-8A-3 (10), Código de Alabama)

(ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SEGÚN SEA NECESARIO):

(a) **ESTADO DE LA RCP (RESUCITACIÓN) (elijá uno):**

_____ 1) Intente la RCP.

_____ 2) Sin RCP.

(b) TRASLADO HOSPITALARIO donde el Menor Calificado no es un paciente de un hospital (elija uno):

- 1) Traslado al hospital para cualquier situación que requiera atención a nivel hospitalario.
- 2) Traslado al hospital por dolor intenso o síntomas graves que no se pueden controlar de otra manera.
- 3) No lo traslade al hospital, trate con opciones disponibles fuera del hospital.

(c) EXAMEN MÉDICO en un hospital u otro centro de atención médica con licencia (elija uno):

- 1) Puede realizar cualquier prueba médica indicada para diagnosticar o tratar una afección médica.
- 2) Realice solo las pruebas médicas limitadas necesarias para el tratamiento sintomático o la comodidad.
- 3) No realice ningún examen médico para el diagnóstico o el tratamiento.

(d) LÍQUIDOS Y NUTRICIÓN ADMINISTRADOS ARTIFICIALMENTE (elija uno):

- 1) Puede administrar líquidos y nutrición artificialmente, incluso de manera indefinida, si está por indicación médica.
- 2) No proporcione líquidos ni nutrición administrados artificialmente.

2. El alcance del uso de antibióticos: (ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SEGÚN SEA NECESARIO):

- 1) Puede usar antibióticos (orales, intravenosos o intramusculares) según la indicación médica.
- 2) No tratar con antibióticos.

3. El alcance del uso de cualquier otra intervención tecnológica o médica disponible para proporcionar cuidados paliativos y de apoyo (ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SEGÚN SEA NECESARIO):

- a) _____
- b) _____
- c) _____

B. Objetivos del paciente y afecciones médicas: (¿Cuáles son las afecciones médicas generales del Menor Calificado y los objetivos de tratamiento del representante?)

(Firma del médico tratante)

(Fecha)

Sección 2. Certificado médico de enfermedad terminal o lesión

Certifico que estoy calificado por la experiencia en hacer un diagnóstico de enfermedad terminal o lesión y, basándome en mi examen de este paciente, determino que la muerte del paciente es inminente o que la afección del paciente, con un grado razonable de certeza médica, no tiene remedio a menos que el paciente reciba apoyo mediante procedimientos de soporte vital.

(Firma del médico tratante)

(Fecha)

Certifico que estoy calificado por la experiencia en hacer un diagnóstico de enfermedad terminal o lesión y, basándome en mi examen de este paciente o en la revisión de su historia clínica, y confirmando que la muerte del paciente es inminente o que la condición del paciente, con un grado razonable de certeza médica, no tiene remedio a menos que el paciente reciba apoyo mediante procedimientos de soporte vital.

(Firma del médico tratante)

(Fecha)

Sección 3. Declaración del representante del menor calificado:

El representante debe poner sus iniciales en cada espacio en blanco:

_____. Soy el padre cuyos derechos de toma de decisiones médicas no fueron restringidos, o el tutor legal del menor calificado, o una persona que actúa como padre del menor calificado de acuerdo con el Código de Alabama §30-30B-102.

_____. Los médicos tratantes y yo hablamos sobre las metas y los objetivos del tratamiento sobre cuidado terminal y acepto que las órdenes médicas de la Sección 1 reflejan mis disposiciones sobre la atención médica del menor calificado; y, una vez se formalicen, las firmen los médicos y entren en la historia clínica, se convertirán en las órdenes del médico.

_____. Doy mi consentimiento para que las órdenes médicas se conviertan en las órdenes del médico de la Sección 1.

_____. Entiendo que el menor calificado o yo podemos revocar esta Orden de CPP en cualquier momento revocando verbalmente la Orden de CPP o mediante un acto que demuestre la intención de revocar la Orden de CPP.

_____. Entiendo que cualquier proveedor de servicios médicos o centro de atención médica, que actúe dentro del estándar de atención aplicable, que firme, formalice, disponga o intente seguir esta Orden para CPP no estará sujeto a responsabilidad penal o civil.

_____. Entiendo que las medidas de reanimación se pueden suspender al menor calificado según las instrucciones proporcionadas en esta Orden de CPP.

Al formalizar esta Orden de CPP, certifico bajo pena de perjurio que la información contenida en esta Orden de CPP es correcta a mi leal saber y entender. Le indico al médico tratante que ingrese este formulario en la historia clínica, lo que lo convertirá en una Orden de CPP válida.

*Firmas de los representantes

Fecha

***Use más líneas para agregar más firmas, si es necesario.**

Instrucciones para completar este formulario:

I. Instrucciones para profesionales de la salud.

Una Orden de CPP contiene instrucciones para los proveedores de servicios médicos (profesionales individuales, por ejemplo, médicos, enfermeras y técnicos médicos de emergencia) solo para el uso de equipos y tratamientos médicos de emergencia, medicamentos y cualquier intervención médica disponible para brindar cuidados paliativos y de apoyo para el menor calificado en un centro de atención médica con licencia (por ejemplo, hospitales y residencias para adultos mayores). El formulario debe estar firmado por dos médicos separados que reconozcan que el menor fue diagnosticado como enfermo terminal o lesionado, antes de que sea válido.

II. Completar el Formulario de Orden de CPP.

Es la intención de que un adulto con autoridad sobre las decisiones de atención médica para el menor calificado (padre, tutor legal u otro adulto que actúe como padre del menor) haya considerado las diversas opciones de atención médica descritas en el formulario, haya tenido conversaciones o asistencia del médico tratante o ambas cuando sea apropiado, y haya tenido la oportunidad de consultar con otros profesionales (por ejemplo, abogados y clero) para obtener ayuda para completar el formulario. Como resultado de estas conversaciones o asistencia o ambas, la persona adulta indica en el formulario el equipo y el tratamiento médicos de emergencia, los medicamentos y cualquier intervención médica disponible para brindar cuidados paliativos y de apoyo al menor calificado.

III. Uso del Formulario de Orden de CPP.

Si la afección del menor cambia y el tiempo lo permite, el centro o el médico tratante deben comunicarse con el representante para asegurarse de que el formulario se actualice según corresponda.

Si no se completó alguna sección, el proveedor de atención médica debe seguir otros métodos apropiados para determinar el tratamiento.

No se debe usar un desfibrilador externo automático en una persona que haya elegido "Sin RCP". Siempre se deben ofrecer líquidos orales y nutrición si es posible médicamente.

Cuando no se pueda lograr la comodidad en el entorno actual, que incluiría a alguien con "cuidados paliativos y de apoyo" únicamente, el menor calificado debe ser transferido a un entorno capaz de brindar cuidados paliativos (por ejemplo, fractura ósea compuesta).

Un menor calificado para quien su representante eligió "cuidados paliativos y de apoyo" puede elegir o rechazar el transporte o la derivación a un centro con un nivel de atención más alto.

Un medicamento por vía intravenosa para mejorar la comodidad puede ser apropiado para un menor para el que un representante eligió "cuidados paliativos y de apoyo".

El tratamiento de la deshidratación es una medida que puede prolongar la vida. Una persona que quiera líquidos por vía intravenosa debe indicar el nivel de "líquidos e hidratación proporcionados artificialmente" que se proporcionará en el Formulario de Orden de CPP.

Un menor calificado o el representante que haya completado el formulario y haya dado su consentimiento para la Orden de CPP puede revocar el consentimiento a cualquier parte de esta Orden de CPP en cualquier momento, de manera verbal o escrita.

IV. Revisión del Formulario.

Este formulario debe revisarse periódicamente (al menos una vez al año) y debe completarse un nuevo formulario si es necesario cuando: 1) el menor es transferido de un centro de atención médica a otro centro de atención médica, o 2) hay un cambio sustancial en el estado de salud del menor, o 3) cambian las preferencias de tratamiento para el menor. Es responsabilidad exclusiva del representante, y no del proveedor de servicios médicos o del centro de atención médica, revisar periódicamente este formulario.

V. Revocación de la Orden de CPP.

Cuando el formulario deja de ser válido por revocación verbal o es reemplazado por una versión actualizada, el representante del menor calificado debe trazar una línea diagonal en la primera página, escribir "NULO" en letras grandes en el formulario y firmar el formulario con la fecha, o rasgar el formulario en dos o más partes.