Reset Form

IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST

Idaho Physician Orders for Scope of Treatment (POST) PAGE 1 of 2

(Orden Médica para Plan de Tratamiento [OMPT])

This section for Provider use only *(Esta sección es para el uso del proveedor médico solamente)*

HIPAA PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS & ELECTRONIC REGISTRY AS NECESSARY FOR TREATMENT

- ***This is a TWO page form that must be signed by an authorized practitioner in SECTION C to be valid***
- **If any section is NOT COMPLETE provide the most comprehensive treatment in that section**
- **EMS:** If questions arise contact on-line **Medical Control**

Last name_____ Date of birth____/____/_____ ☐ Male *(Hombre)*

(Apellido) *(Fecha de Nacimiento)* ☐ Female *(Mujer)*

First name_____ Last four digits of SS # __ __ __ __

(Primer Nombre) *(Últimos 4 números de SS #)*

Section (Sección) A Select *(Marque)* 1 **OR** o 2

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION: Patient is not breathing and/or does not have a pulse

***(Resucitación Cardiopulmonar:** Paciente no respira y/o no tiene pulso)*

☐ **O NOT RESUSCITATE:** Allow Natural Death (No Code/DNR/DNAR): No CPR or advanc cardiac life support interventions

***(No Resucite:** Permita una muerte natural (No use Código/ONR/NTR – No Trate de Resucitar): No RCP intervenciones cardiacas avanzadas que mantengan vida.)*

☐ **2. RESUSCITATE (FULL CODE):** Provide CPR (artificial respirations and cardiac compressions, defibrillation, and emergency medications as indicated by the medical condition)

***(Resucite (Código Completo):** Provea RCP [respiración artificial y compresiones cardiacas, desfibrilac medicamentos de emergencia indicados para la condición médica.])*

Additional resuscitation instructions ***(Instrucciones adicionales para resucitación)***

_____

Section (Sección) B

ADVANCE DIRECTIVES: The following documents also exist:

***(Instrucciones Anticipadas:** También existen los siguientes documentos)*

☐ Living Will *(Declaración de última voluntad)* ☐ DPAHC *(Poder notarial ilimitado de salud)*

☐ Other *(Otros)* _____

Section (Sección) C

☐ **I request that this document be submitted to the Idaho Health Care Directive Registry**

(Solicito que se envíe este documento al Registro de directivas para el cuidado de la salud)

Patient/Surrogate Signature: X_____

(Firma del Paciente/Sustituto)

Print Patient/Surrogate name (Escriba nombre paciente/sustituto)	Relationship (Self, Spouse, etc.) (Relación [sí mismo, cónyuge, etc.])	Date (Fecha)
		/ /

This section for Provider use only *(Esta sección es para el uso del proveedor médico solamente)*

Discussed with ***(Habló con):*** ☐ Patient Paciente ☐ Spouse Cónyuge ☐ DPAHC DPAHC

Other Otro _____

The basis for these orders is *(La base de estas órdenes es)*:

☐ Patient's request *(Petición del paciente)* ☐ Patient's known preference *(Preferencias conocidas del paciente)*

****ORIGINAL OR COPY TO ACCOMPANY PERSON IF TRANSFERRED OR DISCHARGED****

*(**COPIA U ORIGINAL DEBE ACOMPAÑAR LA PERSONA SI ES TRANSFERIDA O DADA DE ALTA**)*

****PROVIDER SUBMISSION OF COPY TO REGISTRY RECOMMENDED--COPY OF ORIGINAL LEGALLY VALID****

*(**SE RECOMIENDA AL PROVEEDOR ENVIAR COPIA AL REGISTRO--COPIA DE ORIGINAL VÁLIDA LEGALMENTE **)*

I attest that I have validated that the contents of this order are consistent with the patient's wishes

Physician/APRN/PA Signature: X_____ Phone #____-____-_____

Print Physician/APRN/PA name	ID license number	Date
		/ /

SAMPLE

IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST

CONTINUED ON PAGE 2

IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST

Section (Sección) D Select only **ONE** box *(Marque solo **UNA** casilla)*	**MEDICAL INTERVENTIONS:** Patient has a pulse and is breathing *(Intervenciones médicas: Paciente tiene pulso y está respirando)* ☐ **COMFORT MEASURES ONLY:** Use medications by any route, positioning, wound care and other measures to relieve pain and suffering. Use oxygen, oral suctioning and manual treatment of airway obstruction. Reasonable measures are to be made to offer food and fluids by mouth. **Transfer to higher level of care only if comfort needs cannot be met in current location.** ***(Solo medidas de alivio:*** *Use medicamentos por cualquier vía, cambios de posición, cuidado de heridas y otros medios para aliviar dolor y sufrimiento. Use oxígeno, succión oral y tratamiento manual en obstrucción respiratoria. Use medidas razonables para ofrecer comida y líquidos por la boca.* ***Solo transfiera a nivel alto de cuidado sí no se alivia en presente ubicación.)*** ☐ **LIMITED ADDITIONAL INTERVENTIONS:** In addition to the care described above, you may include cardiac monitoring and oral/IV medications. Transfer to higher level of care (e.g. from home to hospital) and provide treatment as indicated in Section A. Do not admit to Intensive Care. ***(Intervenciones adicionales limitadas:*** *Además del cuidado descrito arriba, puede incluir monitoreo cardiaco y medicamentos orales o por IV (vía intravenosa). Traslado a un nivel más alto de cuidado (p.ej. de casa al hospital) y provea tratamientos indicados en sección A. No admita a cuidados intensivos.)* ☐ **AGGRESSIVE INTERVENTIONS:** In addition to the care described above and in Section A, you may include other interventions (e.g. dialysis, ventricular support) ***(Intervenciones agresivas:*** *Además del cuidado descrito arriba y en sección A, puede incluir otras [como por ejemplo diálisis, asistencia ventricular])*

Section (Sección) E	**ARTIFICIAL FLUIDS AND NUTRITION:** *(Líquidos y Nutrición Artificial)* Feeding tube *(use tubo de alimentación)* ☐ Yes *(Sí)* ☐ No *(No)* IV fluids *(líquidos por IV)* ☐ Yes *(Sí)* ☐ No *(No)*	**ANTIBIOTICS AND BLOOD PRODUCTS:** ***(Antibióticos y productos sanguíneos)*** Antibiotics *(Antibióticos)* ☐ Yes *(Sí)* ☐ No *(No)* Blood products *(productos sanguíneos)* ☐ Yes *(Sí)* ☐ No *(No)*
	Other instructions *(Otras instrucciones)*: _____	

Information for Patients
(Información para los pacientes)

1. Anytime you access healthcare please make your healthcare provider aware that you have a POST
   (Cada vez que reciba asistencia sanitaria por favor informe a su profesional de la salud de que usted tiene un POST)
2. If you have a necklace, bracelet or a Health Care Directive card, please show them your Healthcare Directive ID number. Otherwise, you may want to carry a copy of your POST with you.
   (Si tiene un collar, pulsera o tarjeta de instrucciones anticipadas para los cuidados de su salud, por favor, muéstrelos para que vean su número identificativo. De lo contrario, es posible que desee llevar una copia del formulario POST con usted)
3. Please inform family members and/or friends if you wish them to be aware that you have a POST
   (Por favor, informe a sus familiares y / o amigos, sí desea que sepan que tiene un POST)
4. Your POST is honored in any Idaho healthcare setting and most other states
   (Su POST será respetado en cualquier institución médica de Idaho y en la mayoría del resto de estados)
5. You have the right at any time to revoke or initiate a new POST to reflect your current wishes
   (Usted tiene el derecho de revocar o completar en cualquier momento un nuevo POST para reflejar sus deseos actuales)
6. Display your POST form in a prominent location in your home. On the refrigerator is most recommended.
   (Tenga el formulario POST en un sitio prominente en su hogar, el refrigerador es el lugar más recomendado)

SAMPLE

IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST IDAHO POST