MDHHS-5836, MICHIGAN PHYSICIAN ORDERS FOR SCOPE OF TREATMENT (MI-POST)
MDHHS-5836-SP, ÓRDENES MÉDICAS DE MICHIGAN PARA ALCANCE DEL TRATAMIENTO (MI-POST)

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)
(Revised 8-22)

HIPAA permite la divulgación de MI-POST a otros Profesionales del Cuidado Médico, según sea necesario. Este formulario MI-POST quedará anulado si la Parte 1 o la Sección D se dejan en blanco. Dejar en blanco cualquier sección de órdenes médicas (Secciones A, B, o C) no anulará el formulario y se interpretará como tratamiento completo para esa sección.

PARTE 1 – INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del Paciente	Primer Nombre del Paciente	Inicial Media del Paciente

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Fecha de Preparación del Formulario (mes/día/año)

Diagnóstico que apoya el Uso de MI-POST

Este formulario es una hoja de Orden Médica basada en las condiciones y decisiones médicas de la persona identificada en este formulario. Sus copias en papel, facsímiles e imágenes digitales tienen la validez de, y se deberán seguir como, una copia original. Este formulario es para adultos con una enfermedad avanzada. No es para adultos sanos.

PARTE 2 – ÓRDENES MÉDICAS

Sección A – Reanimación Cardiopulmonar (CPR = RCP)

La persona no tiene pulso y no está respirando. Para más detalles, consulte el MDHHS-5837.

☐ Intente Reanimación CPR/RCP (Deberá elegir Tratamiento Completo en la Sección B).

☐ NO intente Reanimación CPR/RCP (No use CPR/RCP, permita la Muerte Natural).

Sección B – Intervenciones Médicas

La persona tiene pulso y/or está respirando. Para más detalles sobre intervenciones médicas, consulte el MDHHS-5837.

☐ **Tratamiento Enfocado en la comodidad**
Meta principal de maximizar la comodidad. Puede incluir alivio del dolor a través del uso de medicación, posicionamiento, cuidado de heridas, comida y agua por la boca, y asistencia respiratoria no invasiva.

☐ **Tratamiento Selectivo**
Meta principal de tratar condiciones médicas evitando medidas gravosas. Puede incluir líquidos intravenosos, monitoreo cardíaco incluyendo cardioversión, y asistencia respiratoria no invasiva.

☐ **Tratamiento Completo**
Meta principal de prolongar la vida por todos los medios médicamente efectivos. Puede incluir intubación, intervención respiratoria invasiva avanzada, ventilación médica, otras intervenciones avanzadas.

Sección C – Órdenes Adicionales (opcional)

Órdenes médicas sobre si y cuándo empezar, suspender o detener un tratamiento específico. Los tratamientos pueden incluir pero no se limitan a diálisis, suministro de nutrición con asistencia médica, soporte vital a largo plazo, medicaciones, y productos sanguíneos.

Enviar el formulario con el Paciente cuando sea transferido o dado de alta.

Sección D – Firma del Profesional Médico que Atiende
Mi firma a continuación indica que estas órdenes son médicamente apropiadas dada la condición médica médicas actual del paciente, reflejan hasta donde es de mi conocimiento las metas para el cuidado del paciente, y que el paciente (o el representante del paciente) recibió la hoja de información.

Nombre en Imprenta	Fecha
Firma	Número Telefónico
Nombre en Imprenta del Médico Colaborador	Número Telefónico

Sección E – Firma del Paciente o Representante del Paciente
Mi firma indica que discutí, entendí, y di mi consentimiento voluntario sobre las órdenes médicas de este formulario MI-POST. Confirmo que estoy firmando como representante del paciente, y que estas decisiones son consistentes con los deseos del paciente hasta donde es de mi conocimiento.

☐ Paciente ☐ Defensor/Poder Duradero para Cuidado Médico del Paciente (DPOAHC)
☐ Tutor Nombrado por la Corte

Nombre del Paciente en Imprenta	Nombre del Representante del Paciente en Imprenta
Firma	Fecha

Información del Representante Legal Autorizado
Complete esta sección si este formulario MI-POST fue firmado por un Defensor del Paciente/DPOAHC o un Tutor Nombrado por la Corte.

Domicilio	Ciudad	Estado	Cód. Postal
Número Telefónico	Número Telefónico Alternativo		

Sección F – Individuo que Asiste para Completar el Formulario MI-POST

Nombre en Imprenta del Preparador	Título	Fecha
Firma del Preparador	Organización	Núm. Telefónico

Sección G – Para Reafirmar o Anular este Formulario
Este formulario MI-POST se podrá reafirmar o revocar en cualquier momento, de forma verbal o escrita. Para más detalles sobre reafirmación o revocacción, consulte el MDHHS-5837. **Si este documento se revoca o no se reafirma y no se completa un nuevo documento, se brindará tratamiento completo y reanimación.**

Nombre del Proveedor de Cuidado Médico/Médico Colaborador (si corresponde)	Firma del Proveedor de Cuidado Médico

Nombre del Paciente/Representante	Firma del Paciente/Representante	Fecha de Reafirmación

Envíe el formulario con el Paciente cuando se lo transfiera o dado dé alta.
HIPAA permite dar a conocer MI-POST a otros Profesionales del Cuidado Médico, según sea necesario.

El Michigan Department of Health and Human Services no excluirá de la participación, negará los beneficios o discriminará a ningún individuo o grupo debido a su raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color, altura, peso, estado civil, consideraciones partidistas o una discapacidad o información genética que no esté relacionada con la elegibilidad de la persona.