

This medical order is consistent with the patient's wishes and should be considered in the same manner as a DNR order issued prior to a hospitalization. The New Mexico MOST is an advance healthcare directive or healthcare decision and must be honored in accordance with state law (NMSA 1978§24-7A-1 et seq.) If there is a conflict between this directive and an earlier directive, the most current choices made by the patient or the Healthcare Decision Maker shall control.

Esta orden médica pre-hospitalaria, es consistente con los deseos del paciente, y debe estar considerada de la misma forma como una orden de no resucitar antes de una hospitalización. La MOST de Nuevo México es una directiva de salud avanzada o una decisión de salud y debe de ser honorada de acuerdo a la ley del Estado (NMSA 1978§24-7A-1 et seq.) Si hay un conflicto entre este directivo y el directivo anterior, las decisiones hechas por el paciente o apoderado de salud con la fecha más reciente son las que utilizarán.

New Mexico Medical Orders For Scope of Treatment (MOST)

Ordenes Médicas para Opciones de Tratamiento de Nuevo México

First follow these orders, then contact the Healthcare Provider. These medical orders are based on the person's **current** medical condition and preferences. Any section not completed does not invalidate the form.

Primero, siga estas órdenes, después contacte al su médico, licenciada en enfermería, o asistente médico. Estas órdenes médicas están basadas en la condición médica actual de la persona y sus preferencias. Cualquier sección no completada no invalida la forma el formulario.

Last Name/First/Middle Initial *Apellido/Nombre/ Inicial de Segundo nombre*

Address *Dirección*

City/State/Zip *Ciudad /Estado/Código Postal*

Date of Birth (mm/dd/yyyy) *Fecha de Nacimiento (día/mes/año)*

A EMERGENCY RESPONSE SECTION: Person has no pulse or is not breathing.

Sección de respuesta de Emergencias: La persona no tiene pulso o no está respirando.

- Attempt Resuscitation/CPR** **Do Not Attempt Resuscitation/DNR**
Intento de resucitación cardiopulmonar *No intente resucitación cardiopulmonar*

When not in Cardiopulmonary arrest, follow orders in B, C and D.
 Cuando no esté en ataque cardiopulmonar, siga las instrucciones B, C y D.

B MEDICAL INTERVENTIONS: Patient has a pulse

Intervenciones Médicas: El paciente tiene pulso

Comfort Measures: Do not transfer to hospital unless comfort needs cannot be met in current location.
 Use medication by any route, positioning, wound care and other measures to relieve pain and suffering. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort.

Medidas de Bienestar: No trasladar al hospital a menos de que las necesidades de bienestar se puedan obtener en la ubicación actual. Use medicamentos por cualquier vía, cambios de posición, cuidado de heridas y otras medidas para aliviar el dolor y el sufrimiento. Use oxígeno, succión y tratamiento manual de vías aéreas obstruidas cuando sea necesario para el bienestar.

Limited Additional Interventions: May include care as described above. Use medical treatment, IV fluids and cardiac monitor as indicated. Do not use intubation, advanced airway interventions, or mechanical ventilation.

Transfer to hospital if indicated. Avoid Intensive Care.

Intervenciones adicionales limitadas: Puede incluir el cuidado descrito anteriormente. Use tratamiento médico, fluidos intravenosos y monitor cardíaco como se indica. No use intubación, intervenciones aéreas avanzadas, o ventilación mecánica. Transfiera al hospital si se indica. Evitar Cuidado Intensivo.

All indicated interventions: May include care as described above. Use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated. Transfer to hospital if indicated. Includes Intensive Care.

Todas las intervenciones indicadas: Puede incluir el cuidado descrito anteriormente. Use intubación, intervenciones aéreas avanzadas, ventilación mecánica, cardioversión como se indique. Transfiera al hospital si se indica. Incluye Cuidado Intensivo.

Additional Orders: Instrucciones Adicionales:

C ARTIFICIALLY ADMINISTERED HYDRATION / NUTRITION:

ADMINISTRACIÓN DE HIDRATACIÓN/ NUTRICIÓN ARTIFICIAL:

(Always offer food and liquids by mouth if feasible and desired.)

(Siempre ofrezca alimentos y líquidos por la boca si es posible y es deseado.)

- No artificial nutrition. *No nutrición artificial* No artificial hydration. *No hidratación artificial*
 Time-limited trial of artificial nutrition. Time-limited trial of artificial hydration.
Empleo de tratamiento de nutrición artificial por tiempo-limitado *Empleo de tratamiento de hidratación artificial por tiempo-limitado*

Goal of the trial: *Meta de la prueba:*

- Long-term artificial nutrition/hydration.
Hidratación/Nutrición artificial a largo plazo

D Discussed with: *Conversado con:*

- Patient *Paciente* Healthcare Decision Maker *Apoderado de salud* Parent of Minor *Padres del menor*
 Court Appointed Guardian *Guardián o tutor nombrado por la Corte* Other *Otro*
 Interpreter used *Uso de Intérprete*

Signature of Authorized Healthcare Provider: My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the person's medical condition and preferences. Authorized Providers include: Medical Doctor, Doctor of Osteopathic Medicine, Advance Practice Nurse and Physician Assistant.

Firma del Médico: Mi firma en la línea debajo indica que según mi conocimiento estas órdenes son de acuerdo con la condición médica y preferencias médicas de esta persona. Los proveedores autorizados incluyen: Doctor en Medicina, Doctor en Medicina Osteopatía, Enfermera de Práctica Avanzada y Asistente Médico.

Authorized Healthcare Provider Name (required, please print)
Nombre de Médico (requerida, por favor en letra imprenta)

Authorized Healthcare Provider Phone Number
Número de teléfono del Médico

Physician Signature (required) *Firma del Médico (requerida)*

Date
Fecha

Signature of Patient or Healthcare Decision Maker: By signing this form, I declare I have had a conversation with the healthcare provider. I direct the healthcare provider and others involved in care to provide healthcare as described in this directive. If signed by a surrogate, the patient must be decisionally incapacitated and the person signing must be the legal surrogate.

Firma del paciente o Apoderado de Salud: Al firmar esta forma, yo declaro que he tenido una conversación con el proveedor de salud y a los demás involucrados en el cuidado médico, a proveer ayuda médica como esta descrito en esta directiva. En el caso de que el formulario sea firmado por un sustituto, el paciente debe estar incapacitado para tomar de decisiones; y la persona firmante deber ser el sustituto o apoderado legal.

Signature (required) *Firma (requerida)*

Name (print) *Nombre (impreso)*

Date *Fecha*

Address *Dirección*

Phone *Telefono*

Relationship to the Patient *Relación con el paciente*

HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF THIS INFORMATION TO OTHER HEALTHCARE PROFESSIONALS AS NECESSARY

HIPAA PERMITE COMPARTIR ESTA INFORMACIÓN CON OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO SEA

For easy identification, please print on "Wausau Astrobright Terra Green" 65 lb paper. However, plain white photocopies, faxes and electronic scans are valid. *Para facilitar la identificación, por favor imprime en papel de 65 libras "Hausau Astrobright Terra Verde." Sin embargo fotocopias en blanco llano, faxes, y escaneo electrónico son válidos.*

	Last Name/First/Middle Initial <i>Apellido/Nombre/ Inicial del Segundo</i> <hr/> Address <i>Dirección:</i> <hr/> City/State/Zip <i>Ciudad/Estado/Código Postal</i> <hr/> Date of Birth (mm/dd/yyyy) <i>Fecha de Nacimiento (mes/día/año)</i>
--	---

DESIGNATION OF HEALTHCARE DECISION MAKER

Designación del Apoderado de salud

(This designation can be completed only by a patient with decisional capacity)

(Esta designación puede ser completada sólo por el paciente en capacidad de tomar decisiones)

The Designation of Healthcare Decision Maker is an advance healthcare directive and must be honored in accordance with state law (NMSA 1978§24-7A-1 et seq.) If there is a conflict between this directive and an earlier directive, the most current choice(s) made by the patient shall control.

La designación del Apoderado de Salud es una directiva anticipada para atención médica y debe de ser honorada de acuerdo con la ley del estado de NM (NMSA 1978s24-7A-1 et seq). Si hay un conflicto entre una directiva anterior y una directiva reciente, las opciones elegidas por el paciente con la fecha más recientes son las que serán respetadas.

If the time comes when I lack capacity and there are medical decisions that need to be made that are beyond the individual instructions as set forth in this MOST, I designate the following individual as my agent to make healthcare decisions for me:

Si llega el tiempo cuando me falte capacidad mental y hay decisiones médicas que se tengan que tomar que están más allá de las instrucciones individuales que están en este formulario MOST, Yo asigno al siguiente individuo como mi Apoderado de Salud para tomar decisiones médicas por mi:

Name: *Nombre:*

Address: *Dirección:*

Telephone Number: *Numero de telefono:*

Signature of Patient: *Firma del Paciente:*

Date: *Fecha:*

If my agent listed above is not willing, able or available to make healthcare decisions for me, I designate the following individual as my alternate agent for the purposes of making healthcare decisions for me:

Si mi agente mencionado anteriormente no esta dispuesto, no es capaz o no esta disponible para tomar decisiones médicas por mi, yo asigno al siguiente individuo como mi apoderado alternativo para tomar decisiones médicas por mi:

Name: *Nombre:*

Address: *Dirección:*

Telephone Number: *Numero de telefono:*

Signature of Patient: *Firma del Paciente:*

Date: *Fecha:*

**SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED
EL FORMULARIO DEBE SER ENVIADO CON EL PACIENTE CADA VEZ QUE SEA TRANSFERIDO A OTRO SERVICIO O DADO DE ALTA.**

Directions for Healthcare Professional *Instrucciones para profesionales de la salud*

Completing MOST

Como completar un formulario MOST

- Must be completed by healthcare professional based on patient preferences and medical indications.

Debe ser completado por un profesional de salud basado en las preferencias del paciente y indicaciones médicas.

- Choice of Medical Intervention and Cardiopulmonary Resuscitation status must be clinically aligned:
Example: “Comfort Care” and “Attempt Resuscitation” are contradictory choices.

Opción de intervención médica y estado de resucitación cardiopulmonar debería ser ordenado clinicamente: “Cuidado de bienestar” y “Intento de resucitación” son opciones contradictorias.

- MOST must be signed by a physician and the patient/decision maker to be valid. Verbal orders are acceptable with follow-up signature by the physician in accordance with facility/community policy.

El MOST debe ser firmado por un médico y el paciente/tomador de decisiones para que sea válido. Órdenes verbales son aceptables con una firma del médico en acuerdo con la instalacion/ política comunitaria.

- Use of the original form is strongly encouraged. Photocopies and faxes of signed MOST forms are legal and valid.

Uso de la forma original es fuertemente sugerido. Fotocopias y formas de MOST firmadas y mandadas por fax son legales y válidas.

- Authorized Provider is defined and updated in the Department of Health, Emergency Medical Services Regulation—Chapter 27.

Proveedor Autorizado es definido y actualizado según el Capítulo 27 de la Regulación del Departamento de la Salud, y Servicios Médicos de Emergencia.

Using MOST *Usando el formulario MOST*

- A person with capacity, or the Healthcare Decision Maker of a person without capacity, can request alternative treatment.

Una persona con capacidad, o el apoderado sobre las decisiones médicas de la persona sin capacidades, puede pedir tratamiento alternativo.

Reviewing MOST *Revisar el formulario MOST*

- It is recommended that the MOST be reviewed periodically. Review is recommended when:

Es recomendado que el formulario MOST sea revisado periódicamente. La revisión es recomendada cuando:

- The person is transferred from one care setting or care level to another, or

La persona es transferida de un sitio de atención a otro o cambia el nivel de cuidado de salud o

- There is a substantial change in the person’s health status, or

Hay un cambio sustancial en el estado de salud de la persona o

- The person’s treatment preferences change.

La persona cambia sus preferencias en tratamiento.