

# PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

## Nombramiento de su agente de atención médica en el estado de Nueva York

La New York Health Care Proxy Law (Ley de poder de atención médica) le permite elegir a alguien en quien confía (por ejemplo, un miembro de la familia o un amigo cercano) para que tome las decisiones de atención médica por usted si no puede tomarlas usted mismo. Al nombrar a un agente de atención médica, usted puede asegurarse de que sus proveedores de atención médica cumplirán sus deseos. Su agente también decidirá sobre cómo aplicar sus deseos a medida que cambia su estado de salud. Los hospitales, los médicos y otros proveedores de atención médica deben respetar las decisiones de su agente como si fueran las suyas. Usted podría darle a la persona que elija para que sea su agente de atención médica el grado de autoridad que usted desee. Podría permitirle a su agente que tome todas las decisiones de atención médica o que solo tome determinadas decisiones. También podría darle instrucciones a su agente para que las siga. Este formulario también se puede usar para documentar sus deseos o instrucciones en relación con la donación de órganos o tejidos.

# Acerca del formulario del Poder de atención médica

## **Este es un documento legal importante. Antes de firmar, debe entender lo siguiente:**

1. Este formulario concede a la persona que usted seleccione como su agente la autoridad de tomar todas sus decisiones de atención médica, incluida la decisión de retirar o proporcionar el tratamiento de soporte vital, salvo que usted lo indique de otra manera en este formulario. “Atención médica” significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar su afección física o mental.
2. A menos que su agente conozca de manera razonable sus deseos acerca del suministro de nutrición e hidratación artificial (alimentos y agua proporcionados por medio de una sonda o línea intravenosa), no estará autorizado para rechazar o autorizar este tratamiento en su caso.
3. Su agente empezará a tomar decisiones por usted cuando su médico determine que usted no está en capacidad de hacerlo por sí mismo.
4. Usted puede escribir en este formulario ejemplos de los tipos de tratamientos que no desearía recibir o los tratamientos que desea asegurarse de recibir. Las instrucciones se pueden utilizar para limitar el poder de toma de decisiones del agente. Su agente debe seguir sus instrucciones al tomar decisiones en su nombre.
5. No necesita un abogado para llenar este formulario.
6. Puede elegir a un adulto mayor de 18 años para que sea su agente, incluido un familiar o amigo cercano. Si selecciona a un médico como su agente, este deberá escoger si actúa como agente o su médico tratante, porque un médico no puede desempeñar las dos funciones al mismo tiempo. Asimismo, si usted es paciente o residente de un hospital, un hogar de ancianos o un centro de higiene mental, existen limitaciones especiales para nombrar a una persona que trabaje en el centro como su agente. Pida al personal del centro que le explique esas restricciones.
7. Antes de designar a alguien como su agente de atención médica, hable con la persona y asegúrese de que está dispuesta a hacerlo. Dígale a la persona que seleccione que será su agente de atención médica. Hable sobre sus deseos de atención médica y de este formulario con su agente. Asegúrese de entregarle una copia firmada. Su agente no podrá ser demandado por decisiones de atención médica de buena fe.
8. Si usted designó a su cónyuge como su agente de atención médica y luego se divorcian o se separan legalmente, su ex cónyuge no podrá seguir actuando como su agente ante la ley, salvo que usted lo indique de otra manera. Si desea que su ex cónyuge continúe siendo su agente, puede declararlo en su formulario actualizado y fecharlo o completar un nuevo formulario mediante el cual designe a su ex cónyuge.
9. A pesar de haber firmado este formulario, usted tiene derecho a tomar sus decisiones de atención médica siempre que esté en capacidad de hacerlo, y no se le podrá iniciar ni suspender un tratamiento si usted se opone, y su agente no tendrá ningún poder para objetar sus decisiones.
10. Usted puede anular la autoridad que le otorgó a su agente informándole a él o a su proveedor de atención médica de forma verbal o por escrito.
11. La designación de un agente de atención médica es voluntaria. Nadie lo puede obligar a designar a alguna persona.
12. Puede expresar en este formulario sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos o tejidos.

# Preguntas frecuentes

## **¿Por qué debo elegir a un agente atención médica?**

Si usted ya no tiene la capacidad, incluso temporalmente, de tomar decisiones de atención médica, alguien debe tomar esas decisiones por usted. Los proveedores de atención médica con frecuencia buscan a los miembros de la familia para que los orienten. Los miembros de la familia podrían expresar lo que ellos piensan que serían sus deseos con respecto a un tratamiento en particular. Nombrar a un agente le permite tener el control de su tratamiento médico al:

- permitir que su agente tome decisiones de atención médica en su nombre de la forma en que usted hubiera decidido;
- elegir a una persona para que tome decisiones médicas porque usted considera que esa persona tomaría las mejores decisiones; y
- elegir a una persona para evitar conflictos o confusión entre los miembros de su familia o entre las personas importantes.

También puede nombrar a un agente alternativo para que sustituya a su primera elección si este no puede tomar decisiones en su nombre.

## **¿Quién puede ser un agente de atención médica?**

Cualquier persona que tenga 18 años de edad o más puede ser un agente de atención médica. La persona que nombre como su agente o agente alternativo no puede firmar como testigo en el formulario de Poder de atención médica.

## **¿Cómo puedo nombrar a un agente de atención médica?**

Todos los adultos competentes, que tengan 18 años de edad o más, pueden nombrar a un agente mediante la firma de un formulario llamado Poder de atención médica. No se necesita un abogado o un notario, solamente dos testigos adultos. Su agente no podrá firmar como testigo. Puede usar el formulario impreso aquí, pero no tiene que usar este formulario.

## **¿En qué momento podrá empezar mi agente de atención médica a tomar decisiones de atención médica en mi nombre?**

Su agente de atención médica empezará a tomar decisiones de atención médica después de que su médico determine que usted no tiene la capacidad para tomar sus propias decisiones de atención médica. Siempre que tenga la capacidad de tomar sus decisiones de atención médica por sí mismo, tendrá el derecho de hacerlo.

## **¿Qué decisiones podrá tomar mi agente de atención médica?**

A menos que usted restrinja la autoridad del agente de atención médica, su agente podrá tomar cualquier decisión de atención médica que usted tomaría si tuviera la capacidad para decidir por sí mismo. Su agente puede estar de acuerdo en que usted reciba tratamiento, puede elegir entre varios tratamientos y decidir cuál tratamiento le deben aplicar, de acuerdo con sus deseos e intereses. Sin embargo, su agente solo puede tomar decisiones en cuanto a nutrición e hidratación artificial (alimentación y agua provista mediante una sonda de alimentación o por vía intravenosa) si conoce sus deseos con base en lo que usted dijo o escribió. El formulario de Poder de atención médica no le otorga a su agente la autoridad para tomar decisiones que no sean de atención médica, como decisiones financieras.

## **¿Por qué debo nombrar a un agente de atención médica si soy joven y saludable?**

Nombrar a un agente de atención médica es una buena idea incluso si no es anciano ni tiene una enfermedad terminal. Un agente de atención médica puede actuar en su nombre si usted es temporalmente incapaz de tomar decisiones de atención médica por su cuenta (como podría ocurrir si está bajo los efectos de anestesia general o si está en estado de coma debido a un accidente). Cuando vuelve a tener la capacidad de tomar decisiones de atención médica por sí mismo, su agente de atención médica ya no estará autorizado para actuar.

## Preguntas frecuentes, *continuación*

### **¿Cómo tomará las decisiones de atención médica mi agente de atención médica?**

Su agente deberá cumplir sus deseos y deberá tener en cuenta sus creencias morales y religiosas. Puede escribir instrucciones en el formulario de Poder de atención médica o simplemente hablarlo con su agente.

### **¿Cómo sabrá mi agente de atención médica cuáles son mis deseos?**

Con una conversación franca y abierta sobre sus deseos con el agente de atención médica usted le dará mejores herramientas para atender sus intereses. Si su agente no conoce cuáles son sus deseos o sus creencias, el agente está obligado legalmente a actuar en su mejor interés. Debido a que esto es una gran responsabilidad para la persona que nombre como su agente de atención médica, debe hablar con esa persona acerca de los tipos de tratamiento que le gustaría o no le gustaría recibir en diferentes tipos de circunstancias, como:

- si le gustaría iniciar/continuar/retirar el soporte vital si está en coma permanente;
- si desea iniciar/continuar/retirar los tratamientos si tiene una enfermedad terminal;
- si desea iniciar/retener o continuar con nutrición e hidratación artificial y bajo qué tipo de circunstancias.

### **¿Puede mi agente de atención médica actuar en contra de mis deseos o en contra de las instrucciones previas de tratamiento?**

No. Su agente está obligado a tomar decisiones basadas en sus deseos. Si usted expresó claramente algún deseo en particular, o bien, otorgó instrucciones específicas para tratamiento, su agente tiene la responsabilidad de cumplir esos deseos o instrucciones a menos que tenga un motivo de buena fe para creer que sus deseos cambiaron o que no aplican a las circunstancias.

### **¿Quién le prestará atención a mi agente?**

Todos los hospitales, hogares de ancianos, médicos y otros proveedores de atención médica están legalmente obligados a proporcionarle a su agente de atención médica la misma información que le daría a usted y a honrar las decisiones de su agente como si fueran las suyas. Si un hospital o un hogar de ancianos se opone a algunas opciones de tratamiento (como retirar cierto tratamiento), ellos deberán indicárselo a usted o a su agente ANTES o al momento de la admisión, si es razonablemente posible.

### **¿Qué sucede si mi agente de atención médica no está disponible cuando se deban tomar las decisiones?**

Usted podrá nombrar a un agente alternativo para que tome decisiones en su nombre si el agente de atención médica no está disponible o no es capaz o no desea actuar cuando se deban tomar decisiones. De lo contrario, los proveedores de atención médica tomarán las decisiones de atención médica por usted, de acuerdo con las instrucciones que les dio mientras aún era capaz de hacerlo. Cualquier instrucción que usted haya indicado por escrito en su Poder de atención médica servirá de guía a los proveedores de atención médica en estas circunstancias.

### **¿Qué sucede si cambio de parecer?**

Es fácil cancelar un Poder de atención médica, cambiar a la persona que eligió como su agente de atención médica o cambiar cualquier instrucción o restricción que haya incluido en el formulario. Simplemente llene un nuevo formulario. Además, puede indicar que su Poder de atención médica expira en una fecha determinada o si ocurre determinado evento. De lo contrario, el Poder de atención médica tendrá validez permanente. Si elige a su cónyuge como su agente de atención médica o como el agente alternativo y usted se divorcia o se separa legalmente, el nombramiento queda automáticamente cancelado. Sin embargo, si desea que su ex cónyuge continúe siendo su agente, puede declararlo en su formulario actualizado y fecharlo o completar un nuevo formulario mediante el cual designe a su ex cónyuge.

## Preguntas frecuentes, *continuación*

### **¿Puede mi agente de atención médica ser legalmente responsable por las decisiones que tomó en mi nombre?**

No. Su agente de atención médica no podrá ser responsable por las decisiones de atención médica tomadas en su nombre y de buena fe. Además, no será responsable de los costos de su atención, solo porque es su agente.

### **¿Es lo mismo el poder de atención médica que el testamento en vida?**

No. Un documento de instrucciones anticipadas es aquel que proporciona instrucciones específicas sobre decisiones de atención médica. Puede colocar dichas instrucciones en el formulario de Poder de atención médica. El Poder de atención médica le permite elegir a una persona en quien confíe para que tome decisiones de atención médica en su nombre. A diferencia de un testamento en vida, un poder de atención médica no exige que usted conozca con anticipación todas las decisiones que podrían surgir. En vez de eso, su agente de atención médica puede interpretar sus deseos a medida que las circunstancias médicas cambian, y puede tomar decisiones que este no podría haber sabido que tendría que tomar.

### **¿En dónde debo mantener mi formulario de poder de atención médica después de que lo firme?**

Dele una copia a su agente, una a su médico, una a su abogado y otra a cualquier miembro de la familia o amigo cercano a quien desee dársela. Conserve una copia en su billetera o en su bolso o con otros documentos importantes, pero no en un lugar en donde nadie pueda tener acceso, como una caja de seguridad. Lleve una copia si va a ser admitido en el hospital, incluso para una cirugía menor, o si va a someterse a una cirugía como paciente ambulatorio.

### **¿Podría usar el formulario de poder de atención médica para expresar mis deseos sobre donación de órganos o tejidos?**

Sí. Utilice la sección opcional de donación de órganos y tejidos en el formulario de poder de atención médica y asegúrese de que haya dos testigos para esta sección. Podrá especificar qué órganos o tejidos se usarán para trasplantes, investigaciones o fines educativos. Cualquier limitación asociada con sus deseos deberá anotarse en esta sección del poder. **Si incumple con incluir sus deseos e instrucciones en el poder de atención médica no se interpretará como que usted no desea ser un donador de órganos o tejidos.**

### **¿Puede mi agente de atención médica tomar decisiones en mi nombre sobre donación de órganos o tejidos?**

Sí. A partir del 26 de agosto de 2009, su agente de atención médica está autorizado para tomar decisiones después de su fallecimiento, pero solo en lo concerniente a la donación de órganos o tejidos. Su agente de atención médica podrá tomar dichas decisiones según lo establecido en el formulario de poder de atención médica.

### **¿Quiénes pueden dar consentimiento para una donación si yo elijo no indicar mis deseos en este momento?**

Es importante informar sobre sus deseos acerca de la donación de órganos o tejidos a su agente de atención médica, a los miembros de su familia y a la persona responsable de disponer los restos del fallecido. Si todavía no ha expresado su deseo de ser o no donante de órganos o tejidos, la ley de Nueva York proporciona una lista de personas que están autorizadas para dar consentimiento sobre la donación de órganos o tejidos en su nombre. Están enumerados en orden de prioridad: su agente de atención médica; su cónyuge, si no está legamente separado, o su pareja doméstica; un hijo o una hija mayor de 18 años; alguno de sus padres; un hermano o hermana mayor de 18 años; un nieto adulto; un abuelo o abuela; un tutor asignado por un tribunal antes de su fallecimiento; o cualquier otra persona autorizada a disponer de su cuerpo.

# INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO PARA EL PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

## **Punto (1)**

Escriba el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona a quien designa como su agente.

## **Punto (2)**

Si desea designar a un agente alternativo, escriba el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona a quien selecciona como su agente alternativo.

## **Punto (3)**

Su poder de atención médica continuará siendo válido por tiempo indefinido, salvo que usted establezca una fecha de vencimiento o condiciones para su expiración. Esta sección es opcional y únicamente se deberá llenar si desea que su poder de atención médica expire.

## **Punto (4)**

Si tiene instrucciones especiales para su agente, escríbalas aquí. Asimismo, si desea limitar la autoridad de su agente de alguna manera, puede expresarlo aquí o hablar con su agente de atención médica. Si usted no establece ninguna limitación, su agente estará autorizado para tomar todas las decisiones de atención médica que usted podría haber tomado, incluida la decisión de autorizar o rechazar el tratamiento de soporte vital.

Si desea conceder autoridad plena a su agente, puede hacerlo directamente en el formulario. Escriba: *Hablé acerca de mis deseos con mi agente de atención médica y mi agente alternativo, de modo que ellos conocen mis deseos, incluidos aquellos relacionados con alimentación e hidratación artificiales.*

Si desea impartir instrucciones más específicas, podría decir:

*Si llego a padecer una enfermedad terminal, deseo/no deseo recibir los siguientes tipos de tratamiento.*

*Si me encuentro en estado de coma o si mi capacidad de comprensión y conciencia es casi nula, sin esperanza de recuperación, deseo/no deseo que me sometan a los siguientes tipos de tratamiento:...*

*Si sufro daño cerebral o padezco una enfermedad cerebral que no me permita reconocer a las personas ni hablar, y no haya esperanza de que mi condición mejore, deseo/no deseo que me sometan a los siguientes tratamientos:...*

*Hablé con mi agente acerca de mis deseos en relación con \_\_\_\_\_ y deseo que mi agente tome todas las decisiones acerca de estas medidas.*

A continuación presentamos una lista de los ejemplos de tratamientos médicos sobre los cuales posiblemente desee dar instrucciones especiales a su agente. Esta no es una lista completa:

- respiración artificial
- hidratación y alimentación artificial (alimento y agua proporcionados mediante una sonda de alimentación)
- resucitación cardiopulmonar (CPR)
- medicamentos antipsicóticos
- terapia de electrochoque
- antibióticos
- procedimientos quirúrgicos
- diálisis
- trasplante
- transfusiones de sangre
- aborto
- esterilización

## **Punto (5)**

Debe fechar y firmar este formulario de Poder de atención médica. Si no puede hacerlo por usted mismo, puede pedirle a otra persona que lo firme en su presencia. Asegúrese de incluir su dirección.

## **Punto (6)**

Puede indicar en este formulario sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos o tejidos. La ley de Nueva York designa a ciertas personas en orden de prioridad para dar el consentimiento sobre la donación de órganos o tejidos en su nombre: su agente de atención médica designado, su agente designado para controlar la disposición de sus restos; su cónyuge, si no está legalmente separado, o su pareja doméstica; un hijo o una hija mayor de 18 años; alguno de sus padres; un hermano o una hermana mayor de 18 años; un nieto adulto; un abuelo o una abuela; un tutor asignado por un tribunal antes de su fallecimiento; o cualquier otra persona autorizada a disponer de su cuerpo.

## **Punto (7)**

Dos testigos mayores de 18 años deben firmar este formulario de Poder de atención médica. La persona designada como su agente o agente alternativo no puede firmar como testigo.



# PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

(1) Yo, \_\_\_\_\_  
por este medio nombro a \_\_\_\_\_  
(nombre, dirección y número telefónico)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera. Este poder entrará en vigencia únicamente en el momento en que yo no esté en capacidad de tomar mis propias decisiones de atención médica.

**(2) Opcional: Agente alternativo**

Si la persona designada no puede, no desea o no está disponible para actuar como mi agente de atención médica, por este medio nombro a \_\_\_\_\_  
(nombre, dirección y número telefónico)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera.

**(3)** Salvo que yo lo revoque o establezca una fecha de vencimiento o circunstancias bajo las cuales expirará, este poder permanecerá vigente de manera indefinida. (Opcional: si desea que este poder venza, indique aquí la fecha o las condiciones). Este poder vencerá (especifique la fecha o las condiciones):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(4) Opcional:** Ordeno a mi agente de atención médica tomar las decisiones de atención médica de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como él conoce o como se indica a continuación. (Si desea limitar la autoridad de su agente para tomar sus decisiones de atención médica o desea impartir instrucciones específicas, puede indicar aquí sus deseos o limitaciones). Ordeno a mi agente de atención médica tomar mis decisiones de atención médica de acuerdo con las siguientes limitaciones o instrucciones (adjunte páginas adicionales si es necesario):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para que su agente tome decisiones de atención médica por usted acerca de alimentación e hidratación artificiales (alimentos y agua suministrados por medio de sonda y vía intravenosa), su agente debe conocer sus deseos de manera razonable. Puede indicar sus deseos a su agente o incluirlos en esta sección. Vea las instrucciones acerca del lenguaje modelo que podría utilizar si decide indicar sus deseos en este formulario, incluidos aquellos relacionados con alimentación e hidratación artificiales.

**(5) Su identificación** *(en letra de molde)*

Su nombre \_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Su dirección \_\_\_\_\_

**(6) Opcional: Donación de órganos o tejidos**

Por medio del presente, realizo una donación anatómica, que se ejecutará en el momento de mi fallecimiento, de:

*(marque la opción que corresponda)*

- Cualquier órgano o tejido que se necesite
- Los siguientes órganos o tejidos \_\_\_\_\_

Limitaciones \_\_\_\_\_

Si usted no indica sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y/o tejidos en este formulario, no se entenderá que usted no desea realizar una donación o que prohíbe a la persona, que de otra manera está autorizada por ley, para que otorgue el consentimiento de una donación en su nombre.

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**(7) Declaración de testigos** *(Los testigos deben tener al menos 18 años y no pueden ser el agente de atención médica ni el agente alternativo).*

Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento, quien parece tener lucidez mental y actuar por libre voluntad propia. Él o ella firmó (o le pidió a otra persona que firmara en su nombre) este documento en mi presencia.

**Testigo 1**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre *(en letra de molde)* \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

**Testigo 2**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre *(en letra de molde)* \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_



**Department  
of Health**



**Estado de Nueva York  
Departamento de Salud**

**Orden para no resucitar fuera del hospital  
(Orden de DNR - Do not resuscitate)**

Nombre de la persona \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_ / \_\_ / \_\_

No resucitar a la persona nombrada más arriba.

Firma del médico \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Número de licencia \_\_\_\_\_

Fecha \_\_ / \_\_ / \_\_

El médico tiene la responsabilidad de determinar, por lo menos cada 90 días, si esta orden todavía es pertinente, e indicar esto con una nota en la historia clínica del individuo. NO es necesario emitir un formulario nuevo, y según la ley, esta orden se debe considerar válida a menos que se sepa que fue anulada. Esta orden permanece en vigencia y se debe obedecer, aunque no haya sido revisada dentro del lapso de 90 días.

# Órdenes Médicas para el Tratamiento que Sostiene la Vida (MOLST, Siglas en Inglés)

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK

EL PACIENTE SE QUEDA CON EL ORIGINAL DEL FORMULARIO MOLST DURANTE EL TRASLADO A DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO MÉDICO. EL MÉDICO SE QUEDA CON UNA COPIA.

APELLIDO/NOMBRE/INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE

DIRECCIÓN

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)

 Hombre  Mujer

NÚMERO eMOLST (ESTO NO ES UN FORMULARIO eMOLST)

## No Resucitar (DNR, Siglas en Inglés) y Otros Tratamientos que Sostienen la Vida (LST, Siglas en Inglés)

Éste es un formulario de órdenes médicas que informa a otros los deseos del paciente respecto al tratamiento que sostiene la vida. Un profesional de los servicios de salud debe llenar o cambiar el formulario MOLST basado en la condición médica actual del paciente, sus valores, deseos e instrucciones MOLST. Si el paciente no está capacitado para tomar decisiones médicas, las órdenes deben reflejar los deseos del paciente como mejor lo entienda el agente de tratamiento médico o sucedáneo (suplente). Un médico debe firmar el formulario MOLST. Todos los profesionales de servicios de salud deben cumplir con estas órdenes médicas cuando el paciente se traslada de un lugar a otro, a menos que un médico examine al paciente, estudie las órdenes y cambie las mismas.

**MOLST se usa generalmente para pacientes que tienen condiciones de salud serias. El paciente u otra persona que toma la decisión debe hablar con el médico para solicitar al médico que llene el formulario MOLST si el paciente:**

- Desea evitar o recibir cualquiera o todos los tratamientos que sostiene la vida.
- Reside en una instalación para atención de larga duración o necesita servicios de larga duración.
- Podría fallecer dentro del próximo año.

Si el paciente tiene una discapacidad del desarrollo y no está capacitado para decidir, el doctor debe seguir procedimientos especiales y adjuntar la lista de cotejo con los requisitos legales apropiada.

### SECCIÓN A

#### Instrucciones Para la Resucitación Cuando el Paciente No Tiene Pulso y/o No Está Respirando

Marque *uno*:

**Orden para CPR: Intente dar Resucitación Cardiopulmonar**

CPR involucra respiración artificial y presión fuerte sobre el pecho para tratar que el corazón funcione de nuevo. Usualmente involucra una descarga eléctrica (desfibrilación) y la inserción de un tubo plástico en la tráquea para asistir la respiración (entubación). Esto significa que se administrarán todos los tratamientos médicos para prolongar la vida cuando el corazón ha dejado de latir o la respiración cesa, incluyendo el que se le coloque en un respirador artificial y ser trasladado al hospital.

**Orden para DNR: No Intente Resucitar (Permitir la Muerte Natural)**

Esto significa que no se empiece la CPR según se define arriba, para lograr que el corazón o la respiración empiecen nuevamente si se habían detenido.

### SECCIÓN B

#### Instrucciones Para Consentir Que Se Resucite (Sección A)

El paciente puede tomar la decisión respecto a la resucitación si él o ella tiene la capacidad para decidir acerca de la resucitación. Si el paciente NO tiene la capacidad para decidir acerca de la resucitación y tiene un poder para casos de tratamiento médico (health care proxy), el agente de tratamiento médico toma la decisión. Si no existe un poder para casos de tratamiento médico, otra persona decidirá, escogida de una lista que se basa en la ley del estado de Nueva York.

FIRMA

Marque si el consentimiento fue verbal  
(Deje la línea para la firma en blanco)

FECHA /HORA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE TOMA LA DECISIÓN

NOMBRE DEL PRIMER TESTIGO

NOMBRE DEL SEGUNDO TESTIGO

¿Quién tomó la decisión?  Paciente  Agente de Tratamiento Médico  Ley de Salud Pública Sucadáneo  
 Padre/Tutor de Menor  §1750-b Sucadáneo

### SECCIÓN C

#### Firma del Médico Para la Sección A y B

FIRMA DEL MÉDICO

NOMBRE DEL MÉDICO

FECHA/HORA

NÚMERO DE LICENCIA DEL MÉDICO

NÚMERO DE TELÉFONO/LOCALIZADOR DE PERSONAS O "PAGER" O "BÍPER"

### SECCIÓN D

#### Declaración Previa de Voluntad

Marque todas las directrices hechas con anticipación:  Poder Para Casos de Tratamiento Médico  Testamento Vital (Living Will)  
 Donación de Órganos  Documentación de Declaración Previa de Voluntad Ofrecida Verbalmente

EL PACIENTE SE QUEDA CON EL ORIGINAL DEL FORMULARIO MOLST DURANTE EL TRASLADO A DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO MÉDICO. EL MÉDICO SE QUEDA CON UNA COPIA.

\_\_\_\_\_  
 APELLIDO/NOMBRE/INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)

**SECCIÓN E**

**Órdenes Para Otros Tratamientos Que Sostienen la vida Hospitalización Cuando el Paciente Tiene Pulso y el Paciente Está Respirando**

Se puede ordenar tratamiento para sostener la vida por un período de prueba para determinar si hay beneficio para el paciente. Si se empieza un tratamiento para sostener la vida pero resulta que no ayuda, el tratamiento puede ser descontinuado.

**Directrices Para el Tratamiento** Independientemente de lo seleccionado, al paciente se le tratará con dignidad y respeto, y los proveedores de tratamiento médico le ofrecerán medidas para su bienestar. *Marque una:*

- Medidas Para el Bienestar Solamente** Las medidas para el bienestar son la atención médica y el tratamiento provistos con el objetivo principal de aliviar el dolor y otros síntomas y aliviar el sufrimiento. Se tomarán medidas razonables para ofrecer alimentos y líquidos por boca. Administración de medicamentos, cambio de posición en la cama, cuidado de heridas y otras medidas serán usadas para aliviar el dolor y el sufrimiento. Se usarán oxígeno, succión y el tratamiento manual de obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para el bienestar.
- Intervenciones Médicas Limitadas** El paciente recibirá medicamento por boca o por vena, monitoreo del corazón y todos los otros tratamientos necesarios de acuerdo a las órdenes MOLST.
- No Hay Limitaciones de las Intervenciones Médicas** El paciente recibirá todos los tratamientos necesarios.

**Instrucciones Para la Entubación y Ventilación Mecánica** *Marque una:*

- No Entube (DNI, Siglas en Inglés)** No coloque un tubo por la garganta del paciente ni conecte un respirador artificial que bombee aire hacia y fuera de los pulmones. Hay tratamientos disponibles para falta de respiración tales como oxígeno y morfina. (Esta casilla **no** debe ser marcada si se marcó CPR total en la Sección A.)
- Un Período de Prueba** *Marque uno o ambos:*
  - Entubación y ventilación mecánica**
  - Ventilación no invasiva (Ej., BIPAP), si el profesional de servicios de salud está de acuerdo en que ésta es apropiada**
- Entubación y ventilación mecánica por largo plazo, de ser necesario** Coloque un tubo por la garganta del paciente y conecte un respirador artificial por tanto tiempo como sea médicamente necesario.

**Hospitalización/Traslado en el Futuro** *Marque una:*

- No llevarlo al hospital a menos que el dolor o los síntomas severos no puedan ser controlados de otro modo.**
- Envíe al hospital, de ser necesario, basado en las órdenes MOLST.**

**Líquidos y Nutrición Administrados Artificialmente** Cuando un paciente ya no puede comer o tomar líquidos, se puede administrar alimentos líquidos por un tubo insertado en el estómago o se puede dar líquidos por un pequeño tubo plástico (catéter) insertado directamente en la vena. Si el paciente opta por no tener el tubo alimenticio o líquidos intravenosos (IV, siglas en inglés), los alimentos y líquidos se ofrecen según sean tolerados usando alimentación por mano cuidadosamente. *Marque uno para cada uno de tubo alimenticio y líquidos IV:*

- No tubo alimenticio**
- Un período de prueba con tubo alimenticio**
- Tubo alimenticio a largo plazo, de ser necesario**
- No líquidos IV**
- Un período de prueba con líquidos IV**

**Antibióticos** *Marque una:*

- No use antibióticos.** Use otras medidas de bienestar para aliviar los síntomas.
- Determine el uso o limitación de antibióticos cuando ocurra una infección.**
- Use antibióticos** para tratar infecciones, de ser médicamente indicado.

**Otras Instrucciones** acerca de comenzar o descontinuar el tratamiento deben ser habladas con el médico, así como otros tratamientos no anotados arriba (diálisis, transfusiones, etc.)

**Consentimiento Para un Tratamiento Para Sostener las Funciones Vitales (Sección E)** (Igual que la Sección B, que es el consentimiento para la Sección A)

\_\_\_\_\_  
 FIRMA  Marque si el consentimiento fue verbal (Deje la línea para la firma en blanco) \_\_\_\_\_  
 FECHA/HORA

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA PERSONA QUE TOMA LA DECISIÓN

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PRIMER TESTIGO

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL SEGUNDO TESTIGO

- ¿Quién tomó la decisión?**
- Paciente
  - Agente de Tratamiento Médico
  - Basado en evidencia clara y convincente de los deseos del paciente
  - Ley de Salud Pública Sucedáneo
  - Padre/Tutor de Menor
  - §1750-b Sucedáneo

**Firma del Médico Para la Sección E**

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
 FECHA/HORA

EL PACIENTE SE QUEDA CON EL ORIGINAL DEL FORMULARIO MOLST DURANTE EL TRASLADO A DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO MÉDICO. EL MÉDICO SE QUEDA CON UNA COPIA.

APELLIDO/PRIMER NOMBRE/INICIAL DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

**SECCIÓN F Evaluación y Renovación de las Órdenes MOLST en Este Formulario MOLST**

El médico debe evaluar este formulario de vez en cuando según requerido por ley, y también:

- Si el paciente se cambia de un lugar a otro para recibir servicios; o
- Si el paciente sufre un cambio grande en el estado de su salud (mejorar o empeorar); o
- Si el paciente u otra persona que toma decisiones cambian de parecer acerca del tratamiento.

Fecha/Hora	Nombre y Firma del Evaluador	Lugar de la Evaluación (Ej., Hospital, NH, Oficina del médico)	Resultado de la Evaluación
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario

EL PACIENTE SE QUEDA CON EL ORIGINAL DEL FORMULARIO MOLST DURANTE EL TRASLADO A DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO MÉDICO. EL MÉDICO SE QUEDA CON UNA COPIA.

APELLIDO/PRIMER NOMBRE/INICIAL DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

**SECCIÓN F**

**Evaluación y Renovación de las Órdenes MOLST en Este Formulario MOLST** *Continuación de la Página 3*

Fecha/Hora	Nombre y Firma del Evaluador	Lugar de la Evaluación (Ej., Hospital, NH, Oficina del médico)	Resultado de la Evaluación
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario

This Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST) form is generally for patients with advanced illness who require long-term care services and/or who might die within 1-2 years.\* The MOLST may also be used for individuals who wish to avoid and/or receive specific life-sustaining treatments. A physician, nurse practitioner, or physician assistant reviews the patient's current health status, prognosis, goals for care, and the risks and benefits of each life-sustaining treatment with the patient if they have capacity, or the health care agent or surrogate if the patient lacks capacity.

All ethical and legal requirements must be followed, including special procedures when a patient has an intellectual or developmental disability and lacks capacity. If the patient has an intellectual or developmental disability (I/DD) and lacks the capacity to decide, the physician (not a nurse practitioner or physician's assistant) must follow special procedures and attach the completed Office for People with Developmental Disabilities (OPWDD) MOLST Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD before signing the MOLST. (OPWDD checklist available at <https://opwdd.ny.gov/providers/health-care-decisions>). For more information on requirements for completing the MOLST, see page 4.

This MOLST may not be changed without the consent of the patient (or their health care decision-maker if the patient lacks capacity). Completing a MOLST is voluntary and cannot be required. The patient should keep this original MOLST with them at all times, whenever they leave home and during travel to different care settings. The physician, nurse practitioner, or physician assistant keeps a copy. All health care professionals and emergency medical services (EMS) providers are required to follow these medical orders. HIPAA permits disclosure of MOLST to other health care professionals & electronic registry as necessary for treatment. For further information on MOLST, see [https://www.health.ny.gov/professionals/patients/patient\\_rights/molst/](https://www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/)

## SECTION A Patient Information

LAST NAME/FIRST NAME/MIDDLE INITIAL OF PATIENT

ADDRESS/CITY/STATE/ZIP

PREFERRED PHONE NUMBER

DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)

eMOLST NUMBER (THIS IS NOT AN eMOLST FORM)

### Check All Advance Directives Known to be Completed

- Health Care Proxy  Living Will  Organ Donation  Documentation of an Oral Advance Directive

## SECTION B Resuscitation Instructions When the Patient Has No Pulse and/or Is Not Breathing

Check **one**:

- CPR Order: Attempt Cardio-Pulmonary Resuscitation**  
 **DNR Order: Do Not Attempt Resuscitation (Allow Natural Death)**

## SECTION C Orders for Life-Sustaining Treatment When the Patient Has a Pulse and is Breathing

### Respiratory Support: Non-invasive Ventilation and/or Intubation and Mechanical Ventilation

- Check **one**:  Intubation and long-term mechanical ventilation, includes tracheostomy  
 A trial of non-invasive ventilation and/or intubation and mechanical ventilation\*  
 A trial of non-invasive ventilation only; if fails, Do Not Intubate\*  
 Do Not Intubate (DNI) and Do Not Use Non-invasive Ventilation or Mechanical Ventilation

### Future Hospitalization/Transfer

- Check **one**:  Send to the hospital, when medically necessary  
 Send to the hospital only if pain and severe symptoms cannot be controlled  
 Do not send to the hospital

## SECTION D Consent for Sections B and C

SIGNATURE OF INDIVIDUAL MAKING DECISIONS

PRINTED NAME OF INDIVIDUAL MAKING DECISIONS

- Verbal consent, leave signature line blank

DATE/TIME OF CONSENT

### Who is the individual making decisions:

- Patient  Health Care Agent  FHCDA Surrogate  Minor's Parent/Guardian  §1750-b Surrogate for individual with I/DD

PRINTED NAME OF FIRST WITNESS\*

PRINTED NAME OF SECOND WITNESS

\*If this decision relates to an individual with an intellectual or developmental disability, refer to the instructions on page 4 before proceeding.

## SECTION E Physician/Nurse Practitioner/Physician Assistant Signature for Sections B and C

If Section D is completed by a §1750-b Surrogate, a physician must sign this Section E. Prior to the physician signing this Section E when Section D is completed by a §1750-b Surrogate, the physician must complete and attach the OPWDD Checklist.

SIGNATURE

PRINT NAME

LICENSE NUMBER

DATE/TIME



LAST NAME/FIRST NAME/MIDDLE INITIAL OF PATIENT

DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)

**SECTION F Additional Orders for Life-Sustaining Treatment**

**TREATMENT GUIDELINES**

Check **one**:

- No limitation on medical interventions
- Limited medical interventions, only as described below
- Comfort measures only. Provide medical care and treatment with the primary goal of relieving pain and other symptoms

**ARTIFICIALLY ADMINISTERED FLUID AND NUTRITION**

**FEEDING TUBE**

- Check **one**:
- Long term feeding tube
  - Determine use or limitation if need arises\*
  - No feeding tube

**IV FLUIDS**

- Check **one**:
- IV fluids
  - Determine use or limitation as need arises\*
  - No IV fluids

**ANTIBIOTICS**

- Check **one**:
- Use antibiotics to treat infections
  - Determine use or limitation of antibiotics when infection occurs\*
  - Do not use antibiotics

**DIALYSIS**

- Check **one**:
- Use dialysis to treat renal failure
  - Determine use or limitation if renal failure occurs\*
  - Do not use dialysis

**OTHER MEDICAL ORDERS AND INSTRUCTIONS** (only as discussed with the physician, NP, or PA. May include instructions and goals for trials\*. If nothing else is discussed, write NONE.)

---



---



---



---



---



---



---



---

**SECTION G Consent for Section F**

SIGNATURE OF INDIVIDUAL MAKING DECISIONS

PRINTED NAME OF INDIVIDUAL MAKING DECISIONS

- Verbal consent, leave signature line blank

DATE/TIME OF CONSENT

**Who is the individual making decisions:**

- Patient
- Health Care Agent
- FHCDCA Surrogate
- Minor's Parent/Guardian
- §1750-b Surrogate for individual with I/DD

PRINTED NAME OF FIRST WITNESS\*

PRINTED NAME OF SECOND WITNESS

\*If this decision relates to an individual with an intellectual or developmental disability, refer to the instructions on page 4 before proceeding.

**SECTION H Physician/Nurse Practitioner/Physician Assistant Signature for Section F**

If consent for this order was provided by a §1750-b Surrogate for an individual with an intellectual or developmental disability, only a physician may sign this section, and only after the OPWDD MOLST Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD has been completed and attached.t.

SIGNATURE

PRINT NAME

LICENSE NUMBER

DATE/TIME

**SECTION I**    **Review and Renewal**

A physician, nurse practitioner, or physician assistant should review this form at least every 90 days and whenever the patient or other decisionmaker changes their mind about treatment. The MOLST should also be reviewed if the patient moves from one location to another to receive care, or if the patient has a major change in health status (for better or worse).

This MOLST remains valid and must be followed even if it has not been reviewed in the 90-day period.

Date/Time	Reviewer's Printed Name and Signature	Location of Review	Outcome of Review
			<input type="checkbox"/> No change <input type="checkbox"/> Form changed, new form completed <input type="checkbox"/> Form voided, no new form
			<input type="checkbox"/> No change <input type="checkbox"/> Form changed, new form completed <input type="checkbox"/> Form voided, no new form
			<input type="checkbox"/> No change <input type="checkbox"/> Form changed, new form completed <input type="checkbox"/> Form voided, no new form
			<input type="checkbox"/> No change <input type="checkbox"/> Form changed, new form completed <input type="checkbox"/> Form voided, no new form
			<input type="checkbox"/> No change <input type="checkbox"/> Form changed, new form completed <input type="checkbox"/> Form voided, no new form
			<input type="checkbox"/> No change <input type="checkbox"/> Form changed, new form completed <input type="checkbox"/> Form voided, no new form
			<input type="checkbox"/> No change <input type="checkbox"/> Form changed, new form completed <input type="checkbox"/> Form voided, no new form
			<input type="checkbox"/> No change <input type="checkbox"/> Form changed, new form completed <input type="checkbox"/> Form voided, no new form
			<input type="checkbox"/> No change <input type="checkbox"/> Form changed, new form completed <input type="checkbox"/> Form voided, no new form
			<input type="checkbox"/> No change <input type="checkbox"/> Form changed, new form completed <input type="checkbox"/> Form voided, no new form
			<input type="checkbox"/> No change <input type="checkbox"/> Form changed, new form completed <input type="checkbox"/> Form voided, no new form
			<input type="checkbox"/> No change <input type="checkbox"/> Form changed, new form completed <input type="checkbox"/> Form voided, no new form

In addition to the MOLST form, the New York State Department of Health and OPWDD have developed legal requirements checklists and instructions to assist in the proper completion of the MOLST. The checklists are intended to assist providers in satisfying the ethical and legal requirements associated with decisions concerning life-sustaining treatment for all patients.

### Adult Patients

The instructions and legal requirements checklists for **adult patients** can be found at [www.health.ny.gov/professionals/patients/patient\\_rights/molst/](http://www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/). For adult patients, there are five different checklists. The correct checklist should be chosen based on the patient's decision-making capacity and the setting.

- **Checklist #1** Adult patients with medical decision-making capacity - any setting
- **Checklist #2** Adult patients without medical decision-making capacity who have a health care proxy - any setting
- **Checklist #3** Adult hospital, hospice or nursing home patients without medical decision-making capacity who do not have a health care proxy, decision-maker is Public Health Law Surrogate
- **Checklist #4** Adult hospital, hospice or nursing home patients without medical decision-making capacity who do not have a health care proxy and for whom no surrogate from the list is available
- **Checklist #5** Adult patients without medical decision-making capacity who do not have a health care proxy, and the MOLST form is being completed in the community

A Public Health Law Surrogate (aka a FHCDA Surrogate) means a surrogate under Public Health Law Article 29-CC (the Family Health Care Decisions Act).

### Minor Patients

The instructions and legal requirements checklists for **minor patients** can be found at: [www.health.ny.gov/professionals/patients/patient\\_rights/molst/](http://www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/)

### Individuals with Intellectual or Developmental Disabilities (I/DD)

The law governing the decision-making process differs for individuals with I/DD. Surrogate's Court Procedure Act Section 1750-b (SCPA 1750-b) must be followed when making a decision for an individual with I/DD who is determined to lack capacity and who does not have a health care proxy.

- **Sections E and H of this form may only be signed by a physician**, not a nurse practitioner or physician's assistant.
- In sections D and G of this form, **one witness must be the individual's treating physician**.
- Completion of the OPWDD MOLST Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD, including notification of certain parties and resolution of any objections, is **mandatory prior to completion of a MOLST**.
- Both the OPWDD MOLST Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD and SCPA 1750-b process apply to individuals with I/DD, **regardless of their age or residential setting**.
- **Decisions to withhold or withdraw life sustaining treatment (LST) for an individual with I/DD** must be specifically listed and described in step 2 of the OPWDD MOLST Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD and only after the surrogate has had a discussion with the individual's treating physician regarding their medical condition, possible treatment options and goals for care. SCPA 1750-b also requires that two physicians determine that the individual's condition meets specific medical criteria **at the time the request to withhold or withdraw treatment is being made**, including that the provision of the life sustaining treatment would impose an extraordinary burden on the individual. These requirements are included in step 4 of the OPWDD MOLST Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD. The individual's medical condition for the purposes of a request to withhold or withdraw LST **must never include consideration of their intellectual or developmental disability**.
- Trials for an individual with I/DD: Whether or not a new checklist is required following an unsuccessful trial of LST depends on the parameters of the trial, as specified in step 2 of the OPWDD MOLST Legal Requirements Checklist for individuals with I/DD. **If a trial period is open ended, and the authorized surrogate subsequently decides to request withdrawal of the LST, a new checklist is required.**

The complete instructions and legal requirements checklists for **people with intellectual or developmental disabilities** can be found at: [www.opwdd.ny.gov/providers/health-care-decisions](http://www.opwdd.ny.gov/providers/health-care-decisions) or at [www.health.ny.gov/professionals/patients/patient\\_rights/molst/](http://www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/).