

Maryland Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST) Órdenes médicas de Maryland para tratamientos de soporte vital (MOLST)

Patient's Last Name, First, Middle Initial

Date of Birth:

Male Female

Apellido del paciente, nombre, inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento:

Hombre Mujer

This form includes medical orders for Emergency Medical Services (EMS) and other medical personnel regarding cardiopulmonary resuscitation and other life-sustaining treatment options for a specific patient. It is valid in all health care facilities and programs throughout Maryland. This order form shall be kept with other active medical orders in the patient's medical record. The physician, nurse practitioner (NP), or physician assistant (PA) must accurately and legibly complete the form and then sign and date it. The physician, NP, or PA shall select only 1 choice in Section 1 and only 1 choice in any of the other Sections that apply to this patient. If any of Sections 2-9 do not apply, leave them blank. A copy or the original of every completed MOLST form must be given to the patient or authorized decision maker within 48 hours of completion of the form or sooner if the patient is discharged or transferred.

En este formulario se incluyen las órdenes médicas para los servicios médicos de emergencia (EMS, en inglés) y otro personal médico en relación con la reanimación cardiopulmonar y otras opciones de tratamiento de soporte vital para un paciente específico. Es válido en todas las instalaciones y los programas de atención médica de Maryland. Este formulario de órdenes se conservará junto con otras órdenes médicas activas en la historia clínica del paciente. El médico, el enfermero (NP, en inglés) o el auxiliar médico (PA, en inglés) deben completar el formulario de manera precisa y legible y, luego, firmarlo y fecharlo. El médico, el NP o el PA deberán seleccionar solo una opción en la Sección 1 y solo una opción en cualquiera de las otras secciones que apliquen al paciente. Si alguna de las Secciones 2 a 9 no aplica, se debe dejar en blanco. Se debe entregar una copia o el original de cada formulario MOLST debidamente lleno al paciente o a su representante autorizado dentro de las 48 horas posteriores a la finalización del formulario o antes, si al paciente se le da el alta o lo trasladan.

CERTIFICATION FOR THE BASIS OF THESE ORDERS: Mark any and all that apply.

I hereby certify that these orders are entered as a result of a discussion with and the informed consent of:

- the patient; or
- the patient's health care agent as named in the patient's advance directive; or
- the patient's guardian of the person as per the authority granted by a court order; or
- the patient's surrogate as per the authority granted by the Health Care Decisions Act; or
- if the patient is a minor, the patient's legal guardian or another legally authorized adult.

Or, I hereby certify that these orders are based on:

- instructions in the patient's advance directive; or
- other legal authority in accordance with all provisions of the Health Care Decisions Act. All supporting documentation must be contained in the patient's medical records.
- Mark this line if the patient or authorized decision maker declines to discuss or is unable to make a decision about these treatments. **The patient's or authorized decision maker's participation in the preparation of the MOLST form is always voluntary.** If the patient or authorized decision maker has not limited care, except as otherwise provided by law, CPR will be attempted and other treatments will be given.

CERTIFICACIÓN DEL FUNDAMENTO DE ESTAS ÓRDENES: Marque todas y cada una de las opciones que correspondan.

Por la presente certifico que estas órdenes se emiten como resultado de una conversación y con el consentimiento informado de:

- el paciente; o
- el representante de atención médica del paciente, según se indica en la directriz anticipada del paciente; o
- el tutor legal del paciente, conforme a la autoridad que se otorga mediante una orden judicial; o
- la madre sustituta del paciente según la autoridad que se otorga por la Ley de Decisiones de Atención Médica; o
- si el paciente es menor de edad, el tutor legal del paciente u otro adulto legalmente autorizado.

O bien, por la presente, certifico que estas órdenes se fundamentan en:

- instrucciones en las directrices anticipadas del paciente; u
- otra autoridad legal de conformidad con todas las disposiciones de la Ley de Decisiones de Atención Médica. Toda la documentación de respaldo se debe incluir en la historia clínica del paciente.
- Marque esta línea si el paciente o la persona autorizada para tomar decisiones se niega a hablar no puede tomar una decisión sobre estos tratamientos. **La participación del paciente o de la persona autorizada en la elaboración del formulario MOLST es siempre voluntaria.** Si el paciente o la persona autorizada para tomar decisiones no tienen una atención limitada, salvo que la ley disponga lo contrario, se intentará la reanimación cardiopulmonar (RCP) y se administrarán otros tratamientos.

CPR (RESUSCITATION) STATUS: EMS providers must follow the *Maryland Medical Protocols for EMS Providers*.

Attempt CPR: If cardiac and/or pulmonary arrest occurs, attempt cardiopulmonary resuscitation (CPR). This will include any and all medical efforts that are indicated during arrest, including artificial ventilation and efforts to restore and/or stabilize cardiopulmonary function.

[If the patient or authorized decision maker does not or cannot make any selection regarding CPR status, mark this option. Exceptions: If a valid advance directive declines CPR, CPR is medically ineffective, or there is some other legal basis for not attempting CPR, mark one of the "No CPR" options below.]

1

ESTADO DE LA RCP (REANIMACIÓN): Los proveedores de EMS deben seguir los *protocolos médicos de Maryland para proveedores EMS*.

Intento de RCP: Si ocurre un paro cardíaco o respiratorio, se debe intentar la reanimación cardiopulmonar (RCP).

Esto implicará todas las medidas médicas apropiadas en caso de paro, como respiración asistida y maniobras para recuperar o estabilizar las funciones del corazón y los pulmones.

[Si el paciente o su representante autorizado no desea o no puede hacer una selección con respecto al estado de RCP, marque esta opción. Excepciones: Si existe una directriz anticipada válida que rechaza la RCP, si la RCP es ineficaz desde el punto de vista médico o si existe algún otro fundamento legal para no intentar la RCP, marque una de las opciones «No hacer RCP» a continuación].

No CPR, Option A, Comprehensive Efforts to Prevent Arrest: Prior to arrest, administer all medications needed to stabilize the patient. If cardiac and/or pulmonary arrest occurs, do not attempt resuscitation (No CPR). Allow death to occur naturally.

Option A-1, Intubate: Comprehensive efforts may include intubation and artificial ventilation.

Option A-2, Do Not Intubate (DNI): Comprehensive efforts may include limited ventilatory support by CPAP or BiPAP, but do not intubate.

Sin RCP, opción A: Esfuerzos integrales para prevenir el paro: Antes del paro, administre todos los medicamentos necesarios para estabilizar al paciente. Si ocurre un paro cardíaco o respiratorio, no se debe intentar la reanimación (sin RCP). No intervenir y permitir una muerte natural.

Opción A-1, intubar: Las intervenciones integrales pueden implicar intubar al paciente y administrar ventilación artificial.

Opción A-2, no intubar (DNI, en inglés): Las intervenciones integrales pueden implicar un soporte ventilatorio limitado mediante presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP, en inglés) o presión positiva en dos niveles (BiPAP, en inglés), pero no se debe intubar.

No CPR, Option B, Palliative and Supportive Care: Prior to arrest, provide passive oxygen for comfort and control any external bleeding. Prior to arrest, provide medications for pain relief as needed, but no other medications. Do not intubate or use CPAP or BiPAP. If cardiac and/or pulmonary arrest occurs, do not attempt resuscitation (No CPR). Allow death to occur naturally.

Sin RCP, opción B: cuidados paliativos y de apoyo: Antes del paro, proporcionar oxígeno pasivo para aliviar el malestar y controlar cualquier sangrado externo. Administrar medicamentos para el alivio del dolor según sea necesario, pero no administrar otros medicamentos. No intubar ni aplicar CPAP o BiPAP. Si ocurre un paro cardíaco o respiratorio, no se debe intentar la reanimación (sin RCP). No intervenir y permitir una muerte natural.

SIGNATURE OF PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER, OR PHYSICIAN ASSISTANT (Signature and date are required to validate order)
FIRMA DEL MÉDICO, ENFERMERO O AUXILIAR MÉDICO (Esta orden no es válida sin firma y fecha.)

Fill out the form in your language
Complete el formulario en su idioma

Practitioner's Signature Firma del enfermero	Print Practitioner's Name Aclaración del enfermero	
Maryland License # Número de licencia de Maryland	Phone Number Número de teléfono	Date Fecha

Copy completed form to official English MOLST / Copiar el formulario al MOLST oficial en ingles

Fill out the form in your language
 Complete el formulario en su idioma

Patient's Last Name, First, Middle Initial Apellido del paciente, nombre, inicial del segundo nombre	Date of Birth Fecha de nacimiento:	Page 2 of 2 Página 2 de 2 <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
---	---	---

Orders in Sections 2-9 below do not apply to EMS providers and are for situations other than cardiopulmonary arrest. Only complete applicable items in Sections 2 through 8, and only select one choice per applicable Section.

Las órdenes que se incluyen en las Secciones 2 a 9 no se aplican al personal de EMS y corresponden a situaciones distintas al paro cardiopulmonar.

Complete solo los apartados pertinentes en las Secciones 2 a 8 y seleccione una única opción por cada sección que aplique.

2	<p>ARTIFICIAL VENTILATION</p> <p>2a. _____ May use intubation and artificial ventilation indefinitely, if medically indicated.</p> <p>2b. _____ May use intubation and artificial ventilation as a limited therapeutic trial. Time limit _____</p> <p>2c. _____ May use only CPAP or BiPAP for artificial ventilation, as medically indicated. Time limit _____</p> <p>2d. _____ Do not use any artificial ventilation (no intubation, CPAP or BiPAP).</p> <p>VENTILACIÓN ARTIFICIAL</p> <p>2a. _____ Se puede emplear intubación y ventilación artificial de manera indefinida, según las indicaciones médicas.</p> <p>2b. _____ Se puede emplear intubación y ventilación artificial como un tratamiento temporal limitado. Límite de tiempo _____</p> <p>2c. _____ Se puede emplear solo CPAP o BiPAP para ventilación artificial, según las indicaciones médicas. Límite de tiempo _____</p> <p>2d. _____ No se debe emplear ningún tipo de ventilación artificial (ni intubación, ni CPAP ni BiPAP).</p>
3	<p>BLOOD TRANSFUSION</p> <p>3a. _____ May give any blood product (whole blood, packed red blood cells, plasma or platelets) that is medically indicated</p> <p>3b. _____ Do not give any blood products</p> <p>TRANSFUSIÓN DE SANGRE</p> <p>3a. _____ Se pueden administrar hemoderivados (sangre entera, glóbulos rojos concentrados, plasma o plaquetas) según las indicaciones médicas.</p> <p>3b. _____ No se deben administrar hemoderivados.</p>
4	<p>HOSPITAL TRANSFER</p> <p>4a. _____ Transfer to hospital for any situation requiring hospital-level care.</p> <p>4b. _____ Transfer to hospital for severe pain or severe symptoms that cannot be controlled otherwise.</p> <p>4c. _____ Do not transfer to hospital, but treat with options available outside the hospital.</p> <p>TRASLADO HOSPITALARIO</p> <p>4a. _____ Traslado al hospital en cualquier situación que requiera atención a nivel hospitalario.</p> <p>4b. _____ Traslado al hospital en caso de dolor intenso o síntomas graves que no se puedan controlar por otros medios.</p> <p>4c. _____ Sin necesidad de traslado al hospital; se brindará tratamiento con los recursos disponibles fuera del hospital.</p>

Fill out the form in your language
 Complete el formulario en su idioma

<p>5</p>	<p>MEDICAL WORKUP</p> <p>5a. _____ May perform any medical tests indicated to diagnose and/or treat a medical condition.</p> <p>EXAMEN MÉDICO</p> <p>5a. _____ Se pueden realizar todas las pruebas médicas indicadas para diagnosticar o tratar una afección médica.</p>	<p>5b. _____ Only perform limited medical tests necessary for symptomatic treatment or comfort.</p> <p>5c. _____ Do not perform any medical tests for diagnosis or treatment.</p> <p>5b. _____ Solo se deben llevar a cabo las pruebas médicas limitadas que sean necesarias para el tratamiento de los síntomas o la comodidad del paciente.</p> <p>5c. _____ No se deben efectuar estudios médicos con fines de diagnóstico o tratamiento.</p>
<p>6</p>	<p>ANTIBIOTICS</p> <p>6a. _____ May use antibiotics (oral, intravenous or intramuscular) as medically indicated.</p> <p>6b. _____ May use oral antibiotics when medically indicated, but do not give intravenous or intramuscular antibiotics.</p> <p>ANTIBIÓTICOS:</p> <p>6a. _____ Se pueden administrar antibióticos por vía oral, intravenosa o intramuscular, según las indicaciones médicas.</p> <p>6b. _____ Se pueden administrar antibióticos por vía oral si hay indicación médica, pero no se administrarán antibióticos por vía intravenosa ni intramuscular.</p>	<p>6c. _____ May use oral antibiotics only when indicated for symptom relief or comfort.</p> <p>6d. _____ Do not treat with antibiotics.</p> <p>6c. _____ Se pueden administrar antibióticos por vía oral si su finalidad es el alivio sintomático o mejorar la comodidad del paciente.</p> <p>6d. _____ No se deben administrar antibióticos.</p>
<p>7</p>	<p>ARTIFICIALLY ADMINISTERED FLUIDS AND NUTRITION</p> <p>7a. _____ May give artificially administered fluids and nutrition, even indefinitely, if medically indicated.</p> <p>7b. _____ May give artificially administered fluids and nutrition, if medically indicated, as a trial Time limit _____</p> <p>ADMINISTRACIÓN ARTIFICIAL DE LÍQUIDOS Y ALIMENTACIÓN</p> <p>7a. _____ Se pueden administrar líquidos y alimentos de forma artificial, incluso de manera indefinida, si hay indicación médica.</p> <p>7b. _____ Se pueden administrar líquidos y alimentos de forma artificial, si hay indicación médica, como</p>	<p>7c. _____ May give fluids for artificial hydration as a therapeutic trial, but do not give artificially administered nutrition. Time limit _____</p> <p>7d. _____ Do not provide artificially administered fluids or nutrition.</p> <p>7c. _____ Se pueden administrar líquidos para hidratación artificial como un ensayo terapéutico, pero no se deben administrar alimentos artificiales. Límite de tiempo _____</p>

Fill out the form in your language
Complete el formulario en su idioma

INSTRUCTIONS
INSTRUCCIONES

Completing the Form: The physician, NP, or PA shall select only 1 choice in Section 1 and only 1 choice in any of the other Sections that apply to this patient. If any of Sections 2-9 do not apply, leave them blank. Use Section 9 to document any other orders related to life-sustaining treatments. The order form is not valid until a physician, NP, or PA signs and dates it. Each page that contains orders must be signed and dated. A copy or the original of every completed MOLST form must be given to a competent patient or authorized decision maker within 48 hours of completion of the form or sooner if the patient is discharged or transferred.

Cómo completar el formulario: El médico, el NP o el PA deberán seleccionar solo una opción en la Sección 1 y solo una opción en cualquiera de las otras secciones que apliquen al paciente. Si alguna de las Secciones 2 a 9 no aplica, se debe dejar en blanco. Utilice la Sección 9 para incluir cualquier otra orden médica relacionada con tratamientos de soporte vital. El formulario no será válido hasta que un médico, NP o PA lo firme y lo feche. Cada página que contenga órdenes debe estar firmada y fechada. El paciente competente o su representante legal debe recibir una copia o el original del formulario MOLST dentro de las 48 horas de su emisión, o con anterioridad si ocurre el alta o traslado.

Selecting CPR (Resuscitation) Status: EMS Option A-1 – Intubate, Option A-2 – Do Not Intubate, and Option B include a set of medical interventions. You cannot alter the set of interventions associated with any of these options and cannot override or alter the interventions with orders in Section 9.

Selección del estado de RCP (reanimación): La opción A-1 (intubar), la opción A-2 (no intubar) y la opción B del EMS incluyen un conjunto de intervenciones médicas. No se puede modificar el conjunto de intervenciones asociado con ninguna de estas opciones ni anularlas o cambiarlas mediante órdenes en la Sección 9.

No-CPR Option A: Comprehensive Efforts to Prevent Cardiac and/or Respiratory Arrest / DNR if Arrest – No CPR. This choice may be made either with or without intubation as a treatment option. Prior to arrest, all interventions allowed under *The Maryland Medical Protocols for EMS Providers*. Depending on the choice, intubation may or may not be utilized to try to prevent arrest. Otherwise, CPAP or BiPAP will be the only devices used for ventilatory assistance. In all cases, comfort measures will also be provided. No CPR if arrest occurs.

Opción A sin RCP: Esfuerzos integrales para prevenir un paro cardíaco o respiratorio / No reanimar en caso de paro (DNR, en inglés): sin RCP. Se puede optar por esta alternativa, con o sin intubación como parte del tratamiento. Antes del paro, se permiten todas las intervenciones contempladas en los *Protocolos Médicos de Maryland para Proveedores de EMS*. Según la opción seleccionada, se puede emplear la intubación o no para tratar de evitar el paro. De lo contrario, el CPAP o el BiPAP serán los únicos dispositivos que se aplicarán para la asistencia respiratoria. Se brindarán intervenciones para garantizar el alivio y la comodidad en cualquier circunstancia. No se intentará RCP si ocurre un paro.

No-CPR Option B: Supportive Care Prior to Cardiac and/or Respiratory Arrest. DNR if Arrest Occurs – No CPR. Prior to arrest, interventions may include opening the airway by non-invasive means, providing passive oxygen, controlling external bleeding, positioning and other comfort measures, splinting, pain medications by orders obtained from a physician (e.g., by phone or electronically), and transport as appropriate. No CPR if arrest occurs.

Opción B sin RCP: Cuidados de apoyo antes de un paro cardíaco o respiratorio. No reanimar si ocurre un paro: sin RCP. Antes del paro, las intervenciones pueden incluir la apertura de las vías respiratorias por medios no invasivos, el suministro de oxígeno pasivo, el control de la hemorragia externa, el reposicionamiento y otras medidas de comodidad, la colocación de férulas, la administración de medicamentos bajo indicación médica remota (telefónica o electrónica), y el traslado según criterio clínico. No se intentará RCP si ocurre un paro.

The DNR A-1, DNR A-2 (DNI) and DNR B options will be authorized by this original order form, a copy or a fax of this form, or a bracelet or necklace with the DNR emblem. EMS providers or medical personnel who see these orders are to provide care in accordance with these orders and the applicable *Maryland Medical Protocols for EMS Providers*. Unless a subsequent order relating to resuscitation has been issued or unless the health care provider reasonably believes a DNR order has been revoked, every health care provider, facility, and program shall provide, withhold, or withdraw treatment according to these orders in case of a patient's impending cardiac or respiratory arrest.

Las opciones DNR A-1, DNR A-2 (DNI) y DNR B se autorizarán mediante este formulario original de órdenes médicas, una copia o un fax del mismo, o mediante una pulsera o collar con el emblema de DNR. Los proveedores de servicios de emergencia (EMS) o el personal médico que vean estas órdenes deberán brindar atención de conformidad con las mismas y con los *Protocolos Médicos de Maryland para Proveedores de EMS*. A menos que se haya emitido una orden posterior relacionada con la reanimación o que el proveedor de atención médica tenga motivos razonables para creer que una orden DNR ha sido revocada, todo proveedor, establecimiento o programa de salud deberá proporcionar, suspender o retirar el tratamiento conforme a estas órdenes en caso de un paro cardíaco o respiratorio.

Fill out the form in your language
Complete el formulario en su idioma

inminente del paciente.

Location of Form: The original or a copy of this form shall accompany patients when transferred or discharged from a facility or program. Health care facilities and programs shall maintain this order form (or a copy of it) with other active medical orders or in a section designated for MOLST and related documents in the patient's active medical record. At the patient's home, this form should be kept in a safe and readily available place and retrieved for responding EMS and health care providers before their arrival. The original, a copy, and a faxed MOLST form are all valid orders. There is no expiration date for the MOLST or EMS DNR orders in Maryland.

Ubicación del formulario: Cuando el paciente sea dado de alta o trasladado, debe llevar consigo el formulario original o una copia. Las instalaciones y programas de atención médica deberán archivar este formulario (o una copia) junto con otras órdenes médicas vigentes, o bien en una sección específica destinada a formularios MOLST y documentos relacionados dentro del historial médico activo del paciente. El formulario debe conservarse en un lugar seguro pero accesible dentro del hogar del paciente, para poder entregarlo a los servicios de emergencia o a los proveedores de servicios médicos antes de que lleguen. El formulario MOLST es válido en su formato original, en copia o por fax. En el estado de Maryland, las órdenes MOLST y las órdenes DNR para EMS no tienen fecha de vencimiento.

Reviewing the Form: These medical orders are based on this individual's current medical condition and wishes. Patients, their authorized decision makers and attending physicians, NPs, or PAs shall review and update, if appropriate, the MOLST orders **annually and whenever the patient is transferred between health care facilities or programs, is discharged, has a substantial change in health status, loses capacity to make health care decisions, or changes his or her wishes.**

Revisión del formulario: Estas órdenes médicas se basan en la condición médica actual y los deseos de esta persona. Los pacientes, sus representantes autorizados y los médicos, NP o PA deben revisar y actualizar, si corresponde, las órdenes MOLST **una vez al año y cada vez que el paciente sea trasladado entre instalaciones o programas de atención médica, dado de alta, sufra un cambio significativo en su estado de salud, pierda la capacidad de tomar decisiones sobre su atención médica o cambie sus deseos.**

Updating the Form: The MOLST form shall be voided and a new MOLST form prepared when there is a change to any of the orders. If modified, the physician, NP, or PA shall void the old form and complete, sign, and date a new MOLST form.

Actualización del formulario: El formulario MOLST se anulará y se preparará un nuevo formulario MOLST cuando se produzca un cambio en cualquiera de las órdenes. Si se modifica, el médico, el NP o el PA anularán el formulario anterior y completarán, firmarán y fecharán un nuevo formulario MOLST.

Voiding the Form: To void this medical order form, the physician, NP, or PA shall draw a diagonal line through the sheet, write "VOID" in large letters across the page, and sign and date below the line. A nurse may take a verbal order from a physician, NP, or PA to void the MOLST order form. Keep the voided order form in the patient's active or archived medical record.

Anulación de formulario: Para anular este formulario de orden médica, el médico, el NP o el PA deberán trazar una línea diagonal en la hoja, escribir «NULO» en letras grandes en toda la página y firmar con la fecha debajo de la línea. Una enfermera puede recibir una orden verbal de un médico, NP o PA para anular el formulario de orden MOLST. Se debe conservar el formulario en el historial médico activo o archivado del paciente.

Revoking the Form's DNR Order: In an emergency situation involving EMS providers, the DNR order in Section 1 may be revoked at any time by a competent patient's request for resuscitation made directly to responding EMS providers.

Revocación de la orden de DNR del formulario: En una situación de emergencia, un paciente competente puede cancelar la orden DNR de la Sección 1 si pide a los proveedores de EMS que se le practique reanimación.

Bracelets and Necklaces: If desired, complete the paper form at the bottom of this page, cut out the bracelet portion below, and place it in a protective cover to wear around the wrist or neck or pinned to clothing. If a metal bracelet or necklace is desired, contact Medic Alert at 1-800-432-5378. Medic Alert requires a copy of this order along with an application to process the request.

Brazaletes y collares: Si lo desea, complete el formulario impreso en la parte inferior de esta página, recorte la sección correspondiente al brazalete y colóquela en una funda protectora para llevarla en la muñeca, el cuello o prendida a la ropa. Si prefiere un brazalete o collar metálico, comuníquese con Medic Alert al 1-800-432-5378. Medic Alert requiere una copia de esta orden junto con una solicitud para procesar el pedido.

How to Obtain This Form: Call 410-706-4367 or go to marylandmolst.org

Para solicitar este formulario, llame al 410-706-4367 o visite marylandmolst.org

Fill out the form in your language
Complete el formulario en su idioma



Use of an EMS DNR bracelet is OPTIONAL and at the discretion of the patient or authorized decision maker. Print legibly, have physician, NP, or PA sign, cut off strip, fold, and insert in bracelet or necklace.
El uso del brazalete DNR de EMS es OPCIONAL y depende del paciente o su representante autorizado.
Escriba con letra legible, haga que el médico, NP o PA firme, recorte la tira, dóblela y colóquela en el brazalete o collar.

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DNR A-1 Intubate | <input type="checkbox"/> DNR A-2 Do Not Intubate | <input type="checkbox"/> DNR B |
| <input type="checkbox"/> DNR A-1 Intubar | <input type="checkbox"/> DNR A-2 No intubar | <input type="checkbox"/> DNR B |

Pt Name _____	DOB. _____
Nombre del paciente _____	Fecha de nac. _____
Practitioner Name _____	Date _____
Nombre del médico _____	Fecha _____
Practitioner Signature _____	Phone _____
Firma del médico _____	Teléfono _____

Copy completed form to official English MOLST / Copiar el formulario al MOLST oficial en inglés