

## Introduction to the Spanish Translation of POLST

POLST stands for: Portable Orders for Life-Sustaining Treatment.

POLST is a medical order that gives people with serious illness more control over the care they receive in an emergency. It is printed on bright green paper and is signed by the person (or their legal medical decisions maker) and their health care provider (e.g., MD, DO, ARNP, PA). It tells everyone caring for the person what kind of medical treatment they would want if they became very ill and could not speak for themselves.

This is a Spanish translation of the Washington POLST. The translated form is for educational purposes only, to be used when discussing a patient's wishes documented on the POLST form. The signed POLST must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For questions in English, email [wsma@wsma.org](mailto:wsma@wsma.org) or call 206.441.9762. To learn more about POLST, visit [www.wsma.org/POLST](http://www.wsma.org/POLST).

## Introducción a la versión en Español de POLST

La sigla POLST significa Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (Órdenes Portátiles de Tratamiento para el Sustento de Vida).

POLST es una orden médica que permite que las personas con enfermedades graves tengan mayor poder de decisión sobre los cuidados que reciben durante una emergencia. El formulario está impreso en un papel de color verde luminoso y contiene la firma del paciente (o la persona autorizada a decidir sobre sus asuntos médicos) y del proveedor de cuidados de la salud (p. ej., médico, osteópata, profesional certificado en enfermería avanzada o asistente médico). Gracias al formulario, la persona que brinde asistencia sabrá qué tratamiento médico preferiría el paciente en caso de enfermarse gravemente y perder el habla.

Esta es la traducción al Español del programa POLST de Washington. La traducción del formulario sirve exclusivamente para fines didácticos y se realizó para emplearse durante la consulta de las preferencias del paciente registradas en el formulario POLST. El formulario POLST firmado debe redactarse en inglés para que el personal de emergencias pueda leer y seguir las órdenes.

Si tiene preguntas, envíe un correo electrónico en inglés a [wsma@wsma.org](mailto:wsma@wsma.org) o llame al 206.441.9762. Para obtener más información sobre POLST, visite [www.wsma.org/POLST](http://www.wsma.org/POLST).

This page intentionally left blank.

**LA LEY HIPAA (POR SU SIGLA EN INGLÉS, LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO MÉDICO) PERMITE LA DIVULGACIÓN DE LAS POLST A OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN SEA NECESARIO**



Portable Orders for Life-Sustaining Treatment  
A Participating Program of National POLST

APELLIDO / NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE O INICIAL

FECHA DE NACIMIENTO

GÉNERO (opcional)

PRONOMBRES (opcionales)

**Esta es una orden médica. Se debe completar junto con un profesional médico. Completar un documento de órdenes médicas para el soporte vital (por su sigla en inglés, POLST) siempre es una decisión voluntaria.**

**IMPORTANTE:** Para obtener más información, consulte la página 2.

AFECCIONES MÉDICAS/OBJETIVOS INDIVIDUALES:

INFORMACIÓN DE LA AGENCIA/TELÉFONO (si corresponde)

**A** **Uso de reanimación cardiopulmonar (RCP): cuando la persona NO tiene pulso ni respira.**

MARQUE UNA OPCIÓN

- SÍ. Intentar reanimar/RCP** (elija el **TRATAMIENTO COMPLETO** en la sección B)
- NO. No intentar reanimar (ONR)/permitir muerte natural**

Cuando no haya paro cardiorrespiratorio, vaya a la sección B

**B** **Nivel de intervenciones médicas: cuando la persona tiene pulso o respira.**

MARQUE UNA OPCIÓN

Cualquiera de estos niveles de tratamiento se puede elegir junto con la opción anterior de ONR/permitir muerte natural.

- TRATAMIENTO COMPLETO. El objetivo principal es prolongar la vida por todos los medios médicamente eficaces.** Usar intubación, intervenciones avanzadas en las vías respiratorias, ventilación mecánica y cardioversión según se indique. Incluye la atención que se describe a continuación.  
*Transferir a un hospital, si así se indica. Incluye el cuidado intensivo.*
- TRATAMIENTO SELECTIVO. El objetivo principal es tratar las afecciones médicas y evitar, al mismo tiempo, el uso de medidas invasivas, si es posible.** Usar tratamiento médico, líquidos y medicamentos intravenosos, y monitor cardíaco según se indique.  
**No intubar.** Se pueden usar métodos de soporte de las vías respiratorias menos invasivos (p. ej., CPAP, BiPAP [por su sigla en inglés, presión positiva continua en la vía respiratoria y presión positiva binivel en la vía respiratoria], oxigenoterapia de alto flujo). Incluye la atención que se describe a continuación.  
*Transferir a un hospital, si así se indica. Evitar, en lo posible, los cuidados intensivos.*
- TRATAMIENTO CENTRADO EN EL CONFORT. El objetivo principal es maximizar el confort.** Aliviar el dolor y el sufrimiento con medicamentos por cualquier vía necesaria. Usar oxígeno, aspiración por vía oral y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias, según sea necesario, para brindar confort.  
*La persona prefiere que no se la transfiera al hospital. Servicios médicos de emergencia (SME): considere comunicarse con el control médico para determinar si se indicó transporte para brindar un nivel adecuado de confort.*

**Órdenes adicionales (p. ej., productos hemoderivados, diálisis):** \_\_\_\_\_

**C** **Firmas:** un representante legal a cargo de las decisiones médicas (ver página 2) puede firmar en nombre de un adulto que no sea capaz de tomar decisiones. Una persona que tome sus propias decisiones puede solicitarle a un adulto de confianza que firme en su nombre o la firma del médico clínico puede servir como testimonio del consentimiento verbal. Un tutor, el padre o la madre deben firmar en el caso de una persona menor de 18 años. Se permiten las firmas de ambos padres o de varias personas a cargo de tomar decisiones, pero no son obligatorias. Los consentimientos y las órdenes virtuales, remotas y verbales se abordan en la página 2.

**Se habló con:**

- La persona  Los padres del menor
- Tutor con autoridad para la atención médica
- Representante legal de atención médica mediante un DPOA-HC (por su sigla en inglés, poder legal de duración indefinida para la atención médica)
- Otra persona a cargo de tomar decisiones médicas de conformidad con el artículo 7.70.065 del RCW (por su sigla en inglés, Código Revisado de Washington)



**FIRMA** – MD/DO/ARNP/PA-C (por sus siglas en inglés, médico, osteópata, enfermero profesional certificado con práctica avanzada y asistente médico certificado) **(obligatorio)**

FECHA **(obligatoria)**

NOMBRE DEL MD/DO/ARNP/PA-C EN IMPRENTA **(obligatorio)**

TELÉFONO



**FIRMAS** – PERSONA O REPRESENTANTE LEGAL A CARGO DE TOMAR DECISIONES MÉDICAS **(obligatorio)**

RELACIÓN

FECHA **(obligatoria)**

NOMBRE DE LA PERSONA O REPRESENTANTE LEGAL A CARGO DE TOMAR DECISIONES MÉDICAS EN IMPRENTA **(obligatorio)**

TELÉFONO

La persona tiene:  Poder legal de duración indefinida para la atención médica  Directiva de atención médica (testamento en vida)  
Se recomienda mantener junto con el documento de POLST cualquier otro documento de planificación anticipada de la atención.

**ENVÍE EL FORMULARIO ORIGINAL CON LA PERSONA CUANDO SE LA TRANSFIERA O SE LE DÉ EL ALTA.**

**LA LEY HIPAA PERMITE LA DIVULGACIÓN DE LAS POLST A OTROS PROVEEDORES  
DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN SEA NECESARIO**

APELLIDO / NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE O INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO / /
--	----------------------------

**Información de contacto adicional (si tiene)**

REPRESENTANTE LEGAL A CARGO DE TOMAR DECISIONES MÉDICAS (en virtud del DPOA-HC o 7.70.065 del RCW)	RELACIÓN	TELÉFONO
OTRA PERSONA DE CONTACTO	RELACIÓN	TELÉFONO
PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA QUE COMPLETA EL FORMULARIO	ROL/CREDENCIALES	TELÉFONO

**Preferencia: nutrición con asistencia médica (es decir, nutrición artificial)**

Marque aquí si no se habló de esto

**Esta sección NO es obligatoria. Esta sección, se complete o no, no afecta las órdenes de la página 1 del formulario.**

Las preferencias de nutrición con asistencia médica y otras decisiones de atención de la salud también se pueden indicar en las directivas anticipadas, que se recomiendan para todos los adultos. Las POLST no reemplazan a las directivas anticipadas. Cuando una persona ya no pueda tomar sus propias decisiones, se debe consultar al representante legal a cargo de tomar decisiones médicas acerca de su plan de atención, incluida la nutrición con asistencia médica. Las decisiones deben basarse en deseos anteriores conocidos, en lo que sea más beneficioso para la persona, en las preferencias que se incluyen aquí o en otro lugar y en la afección médica actual. Se recomienda documentar las decisiones u órdenes específicas en el historial clínico.

**Los alimentos y los líquidos se deben ofrecer por vía oral, si es posible y se condice con las preferencias conocidas de la persona.**

- La persona prefiere evitar la nutrición con asistencia médica.
- La persona prefiere hablar sobre las opciones de nutrición con asistencia médica, según se indica.

*Hable sobre la nutrición con asistencia médica de corto plazo y de largo plazo (la de largo plazo requiere la colocación de un tubo mediante cirugía).*

\* Se ha comprobado que la nutrición con asistencia médica no tiene ningún efecto en la longitud de la vida en casos de demencia moderada a demencia en etapa avanzada y está asociada con complicaciones. Las personas pueden tener documentos o deseos conocidos de que no se continúe la alimentación por vía oral; las instrucciones de alimentación por vía oral pueden estar sujetas a estos deseos conocidos.

Se habló con: \_\_\_\_\_ La persona \_\_\_\_\_ El profesional de atención médica \_\_\_\_\_ El representante legal a cargo de tomar decisiones médicas

**Instrucciones para los profesionales de atención médica**

**NOTA: Una persona con capacidad siempre puede aceptar o rechazar los cuidados médicos o las intervenciones, independientemente de la información contenida en cualquier documento, incluido este.**

**Cualquier sección incompleta del documento de POLST implica la elección de tratamiento completo para esa sección. Este documento de POLST es válido en todos los entornos de atención. Está diseñado principalmente para atención fuera del hospital, pero es válido dentro de los centros de atención médica de acuerdo con las políticas específicas. El documento de POLST es un conjunto de órdenes médicas. El documento de POLST más reciente reemplaza cualquier orden anterior.**

**Cómo completar un documento de POLST**

- o Completar un documento de POLST es una decisión voluntaria y personal; se debe ofrecer, según corresponda, pero no es obligatorio.
- o Las opciones de tratamiento que se documentan en este formulario deben ser el resultado de una toma de decisiones compartidas por parte de una persona o de su agente de atención médica y de un profesional de atención médica, en función de las preferencias de la persona y su afección médica.
- o El documento de POLST debe ser firmado por un MD/DO/ARNP/PA-C y por la persona o su representante legal a cargo de tomar decisiones médicas, según lo determine la tutela, el poder legal de duración indefinida para la atención médica (DPOA-HC) u otra relación contemplada en el artículo 7.70.065 del Código Revisado de Washington (RCW) para ser válido. Se permiten las firmas de varias personas a cargo de tomar decisiones, pero no son obligatorias.
- o Las órdenes y los consentimientos virtuales, remotos y verbales son aceptables de conformidad con las políticas de la instalación de cuidado médico. Para conocer ejemplos, consulte las preguntas frecuentes en [www.wsma.org/POLST](http://www.wsma.org/POLST) (solo en inglés).
- o El documento de POLST se puede usar para indicar órdenes de cuidados médicos de niños menores de 18 años con enfermedades graves. Los tutores/padres firman el formulario junto con los profesionales de atención médica. Consulte las preguntas frecuentes en [www.wsma.org/POLST](http://www.wsma.org/POLST) (solo en inglés).

**NOTA: Este formulario no es adecuado para designar a alguien como agente para la atención médica. Se necesita un DPOA-HC separado para designar a un agente para la atención médica.**

**Cómo cumplir con el documento de POLST**

Todos deben recibir un trato digno y respetuoso.

**SECCIONES A Y B:**

- o No se debe usar un desfibrilador si la persona ha seleccionado la opción "No intentar reanimar".
- o Cuando no se puede brindar confort en el entorno actual de la persona, se la debe transferir a otro lugar que pueda brindarle comodidad (p. ej., donde puedan tratar una fractura de cadera). Esto puede incluir la administración de medicamentos por vía intravenosa para su comodidad.
- o El tratamiento de la deshidratación es una medida que podría prolongar la vida. La persona que desea la administración de líquidos por vía intravenosa debe indicar si desea "Tratamiento selectivo" o "Tratamiento completo".

**Cómo revisar un documento de POLST**

Este documento de POLST se debe revisar en las siguientes situaciones:

- o Cuando la persona es transferida de un entorno o nivel de cuidados a otro.
- o Cuando hay un cambio sustancial en el estado de salud de la persona.
- o Cuando cambian las preferencias de tratamiento de la persona.

**Para anular este formulario, tache toda la página con una línea y escriba "VOID" (NULO) en letras grandes. Notifique a todos los centros de atención, entornos clínicos y a cualquier persona que tenga una copia del documento actual de POLST. Cualquier cambio que se desee implementar requerirá un nuevo documento de POLST.**

**Revisión de este formulario de POLST: use esta sección para actualizar y confirmar las órdenes y preferencias.**

Este documento cumple el requisito de establecer las medidas de reanimación deseadas y una orientación médica básica para la admisión a centros de enfermería y de otros tipos.

FECHA DE REVISIÓN	REVISOR	UBICACIÓN DE LA REVISIÓN	RESULTADO DE LA REVISIÓN <input type="checkbox"/> Sin cambios <input type="checkbox"/> Formulario anulado <input type="checkbox"/> Se completó un nuevo formulario
-------------------	---------	--------------------------	---

**ENVÍE EL FORMULARIO ORIGINAL CON LA PERSONA CUANDO SE LA TRANSFIERA O SE LE DÉ EL ALTA.**

Las copias, imágenes digitales e imágenes de fax de los formularios firmados de POLST son legales y válidas. Se pueden hacer copias para sus registros. Para obtener más información sobre las POLST, visite [www.wsma.org/POLST](http://www.wsma.org/POLST)

## ¿Cómo obtengo una copia del documento de POLST?

Solicítela a su proveedor de atención médica. Si su proveedor de atención médica no está al tanto de su documento de POLST o necesita más información al respecto, dígame que se comunique con la Asociación Médica del Estado de Washington llamando al 206.441.9762 o escribiendo un mensaje de correo electrónico a [wsm@wsma.org](mailto:wsm@wsma.org).

## Organizaciones que avalan el uso de las POLST

- ARNP Unidos del Estado de Washington
- Asociación de Distritos de Hospitales Públicos de Washington
- POLST Nacional
- Academia de Asistentes Médicos de Washington
- Asociación de Atención Médica de Washington
- Asociación de Médicos Osteópatas de Washington
- Departamento de Salud del Estado de Washington
- Organización de Cuidados de Hospicio y Paliativos del Estado de Washington
- Asociación de Hospitales del Estado de Washington
- Asociación Médica del Estado de Washington
- Asociación de Enfermeros del Estado de Washington

Puede encontrar más información sobre las POLST en el sitio web de la Asociación Médica del Estado de Washington, en [wsma.org/polst](http://wsma.org/polst) (solo en inglés).



2001 6th Avenue, Suite 2700  
Seattle, WA 98121  
206.441.9762



Office of Community Health Systems  
Emergency Medical Services & Trauma Section  
P.O. Box 47853  
Olympia, WA 98504-7853  
360.236.2841 or 1.800.458.5281

# POLST de Washington

## Órdenes Portables para el Soporte Vital

HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROVIDERS

Washington  
**POLST**  
Portable Orders for Life-Sustaining Treatment  
A Participating Program of National POLST

LAST NAME / FIRST NAME / MIDDLE NAME / INITIALS  
DATE OF BIRTH / /

This is a medical order. It must be completed with a medical professional. Consult your local laws and regulations.  
IMPORTANT: See page 2 for complete instructions.

MEDICAL CONDITIONS / INDIVIDUAL GOALS:

### Guía de información

**A Use of Cardiopulmonary Resuscitation (CPR):** When the individual is unable to give instructions, the individual's medical decision maker (MDM) should indicate whether to attempt CPR.

YES – Attempt Resuscitation / CPR (choose FULL TREATMENT in Section B)  
 NO – Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) / Allow Natural Death

**B Level of Medical Interventions:** When the individual has a pulse and breathing, the individual's MDM should indicate the level of medical interventions desired. Any of these treatment levels may be paired with DNAR / Allow Natural Death.

FULL TREATMENT – Primary goal is prolonging life by all medically effective interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated. Includes intensive care. Transfer to hospital if indicated.  
 SELECTIVE TREATMENT – Primary goal is treating medical conditions if possible. Use medical treatment, IV fluids and medications, and cardiac resuscitation if possible. Use invasive airway support (e.g., CPAP, BiPAP, high-flow oxygen). Includes cardiac resuscitation. Transfer to hospital if indicated. Avoid intensive care if possible.  
 COMFORT-FOCUSED TREATMENT – Primary goal is maximizing comfort. Use medical interventions by any route as needed. Use oxygen, oral suction, and manual resuscitation if needed. Individual prefers no transfer to hospital. EMS: consider contacting medical direction for instructions. Provide adequate comfort.

Additional orders (e.g., blood products, dialysis):

**C Signatures:** A legal medical decision maker (see page 2) may sign on behalf of the individual. An individual who makes their own choice can ask a trusted adult to sign on their behalf. An individual who makes their own choice can ask a trusted adult to sign on their behalf. An individual who makes their own choice can ask a trusted adult to sign on their behalf. An individual who makes their own choice can ask a trusted adult to sign on their behalf. An individual who makes their own choice can ask a trusted adult to sign on their behalf.

Discussed with:  
 Individual  
 Parent(s) of minor  
 Guardian with health care authority  
 Legal health care agent(s) by DPOA-HC  
 Other medical decision maker by 7.70.065 RCW

SIGNATURE – MDM  
PRINT – NAME OF MDM

SIGNATURE(S) – INDIVIDUAL OR LEGAL MEDICAL DECISION MAKER(S) (mandatory)  
PRINT – NAME OF INDIVIDUAL OR LEGAL MEDICAL DECISION MAKER(S) (mandatory)

Si tiene una afección médica grave, debería considerar tomar decisiones sobre el soporte vital antes de tener una emergencia médica. Su proveedor de atención médica puede usar las POLST para representar sus deseos como si fueran órdenes médicas claras y específicas.

Su proveedor de atención médica puede usar el documento de POLST para emitir órdenes que indiquen qué tipos de tratamientos de soporte vital desea o no desea usted en caso de tener una emergencia médica y no poder expresar sus deseos.

El documento de POLST reflejará sus decisiones sobre medidas para salvarle la vida, como RCP, y la atención que usted desea de acuerdo con sus afecciones médicas. El documento de POLST también puede reflejar sus preferencias respecto de otros tratamientos, como nutrición artificial.

### Las POLST son voluntarias y tienen los siguientes objetivos:

- Ayudarlos a usted y a su proveedor de atención médica a hablar sobre su afección y a desarrollar planes que reflejen sus objetivos, valores y preferencias.
- Indicar el tratamiento adecuado al personal que brinda servicios médicos de emergencia.
- Ayudar a los proveedores de atención médica, a los enfermeros, a los centros de atención médica y al personal de emergencia a respetar sus deseos relativos al soporte vital.

## Preguntas frecuentes sobre las POLST

### ¿Se debe firmar el documento de POLST?

Sí. Tanto usted como el personal clínico, ya sea

un médico (MD, DO [por sus siglas en inglés, médico y osteópata]), un enfermero profesional (ARNP [por su sigla en inglés, enfermero profesional certificado con práctica avanzada]) o un asistente médico certificado (PA-C), deben firmar el formulario para que sea una orden médica válida que otros profesionales de atención médica puedan comprender y seguir. Si usted no es capaz de firmarlo, la persona a cargo de tomar decisiones médicas por usted puede firmar un documento de POLST en su nombre.

### ¿Las POLST son requeridas por ley?

No. Completar un documento de POLST siempre debe ser una decisión voluntaria.

### Si tengo un documento de POLST, ¿también necesito una directiva anticipada?

Si firmó un documento de POLST, se recomienda que tenga también una directiva anticipada, aunque esto no es obligatorio. Para obtener más información sobre las directivas anticipadas, hable con su proveedor de atención médica o visite: [honorchoicespnw.org](http://honorchoicespnw.org) (solo en inglés).

### ¿Qué sucede si ya no puedo comunicar mis deseos de atención médica?

Un representante legal con poder para tomar decisiones médicas por usted puede hablar en su nombre si usted ya no puede tomar sus propias decisiones. Junto con su proveedor de atención médica, un representante legal con poder para tomar decisiones médicas puede completar el documento de POLST en su nombre, de acuerdo con su comprensión de lo que usted desearía.

### ¿En qué lugares se usa el documento de POLST?

El documento completo de POLST es una orden médica portable que viaja con usted si

lo transportan de un entorno de atención médica a otro. Sirve como una orden en su hogar, en centros de atención a largo plazo y si lo admiten en un hospital.

### ¿Dónde se guarda el documento de POLST?

Si usted vive en su casa, debe guardar el documento original de POLST de color verde intenso en un lugar visible (p. ej., en la puerta del refrigerador, en el respaldo de la cama, en una mesa de luz, en su botiquín de medicamentos). Su documento de POLST también se debe conservar en su expediente médico junto con cualquier orden médica. Su representante legal a cargo de tomar decisiones médicas también debe tener una copia. Se consideran válidas las copias digitales (p. ej., las fotografías del documento de POLST). Usted y su representante de atención de la salud pueden guardar una fotografía del documento de POLST en sus teléfonos.

**HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROVIDERS AS NECESSARY**

Washington  
**POLST**  
Portable Orders for Life-Sustaining Treatment  
A Participating Program of National POLST

LAST NAME / FIRST NAME / MIDDLE NAME/INITIAL

DATE OF BIRTH / /

GENDER (optional)

PRONOUNS (optional)

**This is a medical order. It must be completed with a medical professional. Completing a POLST is always voluntary.**  
IMPORTANT: See page 2 for complete instructions.

MEDICAL CONDITIONS/INDIVIDUAL GOALS:

AGENCY INFO / PHONE (if applicable)

**A** **Use of Cardiopulmonary Resuscitation (CPR): When the individual has NO pulse and is not breathing.**  
CHECK ONE  
 YES - Attempt Resuscitation / CPR (choose FULL TREATMENT in Section B)  
 NO - Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) / Allow Natural Death  
When not in cardiopulmonary arrest, go to Section B.

**B** **Level of Medical Interventions: When the individual has a pulse and/or is breathing.**  
CHECK ONE  
Any of these treatment levels may be paired with DNAR / Allow Natural Death above.  
 FULL TREATMENT - Primary goal is prolonging life by all medically effective means. Use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated. Includes care described below. Transfer to hospital if indicated. Includes intensive care.  
 SELECTIVE TREATMENT - Primary goal is treating medical conditions while avoiding invasive measures whenever possible. Use medical treatment, IV fluids and medications, and cardiac monitor as indicated. Do not intubate. May use less invasive airway support (e.g., CPAP, BiPAP, high-flow oxygen). Includes care described below. Transfer to hospital if indicated. Avoid intensive care if possible.  
 COMFORT-FOCUSED TREATMENT - Primary goal is maximizing comfort. Relieve pain and suffering with medication by any route as needed. Use oxygen, oral suction, and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. Individual prefers no transfer to hospital. EMS: consider contacting medical control to determine if transport is indicated to provide adequate comfort.

Additional orders (e.g., blood products, dialysis):

**C** **Signatures:** A legal medical decision maker (see page 2) may sign on behalf of an adult who is not able to make a choice. An individual who makes their own choice can ask a trusted adult to sign on their behalf, or clinician signature(s) can suffice as witnessed by verbal consent. A guardian or parent must sign for a person under the age of 18. Multiple parent/decision maker witnesses to verbal consent. A guardian or parent must sign for a person under the age of 18. Multiple parent/decision maker witnesses to verbal consent. A guardian or parent must sign for a person under the age of 18. Multiple parent/decision maker witnesses to verbal consent. A guardian or parent must sign for a person under the age of 18. Multiple parent/decision maker witnesses to verbal consent.