

**INFORMACION Y**

**Consentimiento Procedimientos médicos, quirúrgicos y de diagnóstico**

Patient Sticker

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**PACIENTE:** Usted tiene el derecho de ser informado/a sobre su condición y procedimientos quirúrgicos, médicos, o de diagnósticos recomendados. Usted puede tomar la decisión de someterse o no al procedimiento despues de conocer los riesgos y peligros involucrados.

Doy mi consentimiento al Dr. \_\_\_\_\_ como mi médico, y a los asociados, asistentes tecnicos y otros asistentes que sean necesarios, que traten mi condición llevando a cabo la(s) siguiente(s) operación(es) o procedimientos(s):

Comprendo que puede ser que mi médico descubra otra condición o condiciones diferentes que pueden requerir procedimientos adicionales o diferentes de aquellos planeados. Yo autorizo a mi médico, y a los asociados, a asistentes técnicos y a otros especialistas en el cuidado de la salud, a llevar a cabo los procedimientos que a su juicio profesional sean aconsejables.

Comprendo que no se me ha garantizado ni dado seguridad sobre el resultado o cura.

Doy mi consentimiento para **Monterey Peninsula Centro (MPSC)** dispongan de cualquier tejido o partes que me sean extirpadas.

Excepcion: \_\_\_\_\_

Hay riesgos y peligros relacionados con la realización de los procedimientos quirúrgicos, médicos, y/o de diagnósticos, tales como infección, coágulos de sangre en las venas y pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas, muerte, parálisis, derrame cerebral/ etc. Hay también riesgos y peligros de continuar en mi condición actual sin tratamiento. Mi médico discutió el apropiado de los procedimiento(s) declaro y explico los riesgos, algunas técnicas de tratamiento alternas, y contesto mis preguntas.

\_\_\_\_\_ Doy (no doy) mi consentimiento para el uso de sangre y productos de sangre que se juzgen necesarios.

\_\_\_\_\_ Doy (no doy) mi consentimiento para la fotografía, proyección de imagen de rayos x, imágenes por ultrasonido, exploración, videograbación u otras imágenes de las operaciones o procedimientos a realizarse, incluyendo las porciones apropiadas de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, que mi identidad no es revelada por textos descriptivos que acompañan las fotos.

\_\_\_\_\_ Estoy (no estoy) de acuerdo con la presencia posible de un observador científico (tal como el representante del equipo, el therapista fisico o algun otro profesional del cuidado de salud, estudiante de medicina, y/o topógrafo de la garantía de calidad) en la sala de cirujia durante mi cuidado quirúrgico si mi cirujano hace tal petición. Entiendo que dicho observador no esta de manera alguna asociado con MPSC. Por la presente libero a MPSC, sus agentes, cesionarios y sucesores de toda y cualquier responsabilidad que pueda resultar de la presencia de un observador científico en la sala de cirugía.

Doy permiso para que se me transfiera a una instalación de cuidado intensivo si se creyera necesario.

Comprendo que pueden resultar ciertas complicaciones por el uso de cualquier anéstenico, incluyendo problemas respiratorios, reacciones a la droga, parálisis, daños al cerebro, o la muerte. Otros riesgos y peligros que puedan presentarse por el uso de anestésicos generales van desde molestias menores hasta daño en las cuerdas vocales, los dientes y los ojos.

Se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre mi condición, formas alternativas de anestesia y tratamiento, riesgos de la falta de tratamiento, los procedimientos que serán usados, y los riesgos y peligros involucrados. Creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento con conocimiento.

He recibido información de que mi médico tiene un interés financiero en las instalaciones donde será llevada a cabo la cirugía y que yo puedo elegir cualquier organización con el propósito de obtener los servicios ordenados o pedidos. El otro lugar disponible es el **Community Hospital of the Monterey Peninsula**.

El MPSC respeta estos derechos; **sin embargo, la política del Centro contempla que nuestro personal iniciará el procedimiento de resucitación u otras medidas de estabilización y lo transferirá a un hospital de cuidados intensivos en caso de deterioro**. En el hospital de cuidado crítico, más tratamiento o medias de retiro de tratamiento ya empezadas pueden ser ordenadas en acuerdo con sus deseos, Directivos Avanzados, Poder de Abogado de Cuidado de Salud. Su acuerdo con esta póliza por su firma no revoca o invalida cualquier Directivo de Cuidado de Salud o Poder de Abogado de Cuidado de Salud.

Si usted NO está de acuerdo con esta póliza, el personal de MPSC la asistirá en citar su procedimiento en otra facilidad.

Por favor marque la caja apropiada en respuesta con esta pregunta: **¿Ha usted ejecutado un Directivo de Cuidado de Salud Avanzado, un testamento, y/o un Poder de Abogado que autoriza a alguien hacer decisiones de cuidado de salud por usted?**

Sí, tengo un Directivo Avanzado, Testamento, y/o Poder de Abogado de cuidado de salud.

He proporcionado  No he proporcionado una copia de mi Directiva Avanzada para ser incluida en mi historial médico

No tengo un Directivo Avanzado, Testamento, y/o Poder de Abogado de cuidado de salud.

Me gustaría tener información de Directivo Avanzado.

Dio al paciente \_\_\_\_\_

He recibido el Folleto del Paciente MPSC con información sobre Derechos y Responsabilidades del Paciente y Propiedad del médico, Directivas Anticipadas y la Política de Quejas.

**Yo certifico que esta forma se me ha explicado, que la he leído o que me han leído, que los espacios en blanco se han llenado y que entiendo todo el contenido.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Paciente Firme: \_\_\_\_\_

**Si el/la paciente es menor de edad, complete lo siguiente:**

Otra persona legalmente responsable: \_\_\_\_\_

Relación con el/la paciente: \_\_\_\_\_

Verificación de la firma del/de la paciente testigo: \_\_\_\_\_

---