

DISCLOSURE & CONSENT

Medical, Surgical, and Diagnostic Procedures



PATIENT: _____

TO THE PATIENT: You have the right to be informed about your condition and recommended surgical, medical, or diagnostic procedures. You may make the decision whether or not to undergo the procedure after knowing the risks and hazards involved.

I give my consent to Dr. _____ as my physician, and such associates, technical assistants and other assistants as they may deem necessary, to treat my condition by performing the following operation(s) or procedure(s):

I understand that my physician may discover other or different conditions which may require additional or different procedures than those planned. I authorize my physician, and such associates, technical assistants and other health care providers to perform such other procedures, which are advisable in their professional judgement.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to the result or cure.

I consent to the disposal by **Monterey Peninsula Surgical Center (MPSC)** of any tissues or parts, which may be removed.

Exceptions: _____

There are risks and hazards related to the performance of surgical, medical and/or diagnostic procedures such as infection, blood clots in veins and lungs, hemorrhage, allergic reactions, death, paralysis, stroke, etc. There are also risks and hazards of continuing my present condition without treatment. My physician has discussed the appropriateness of the proposed procedure(s), explained the risks, and alternative treatment techniques, and answered all my questions.

_____ I do (do not) consent to the use of blood and blood products as deemed necessary.

_____ I do (do not) consent to the photographing, X-ray imaging, ultrasound imaging, scanning, videotaping, or other imaging of the operations or procedures to be performed, including appropriate portions of my body, for medical, scientific or educational purposes, providing my identity is not revealed by descriptive texts accompanying the pictures.

_____ I do (do not) agree to the possible presence of a scientific observer (such as an equipment representative, physical therapist or other healthcare professional, medical student, and/or quality assurance surveyor) in the operating room during my surgical care should my surgeon make such a request. I understand that said observer is not in any way associated with MPSC. I hereby release MPSC, its agents, assigns and successors from any and all liability, which may result from the presence of a scientific observer in the operating room.

I understand I will be transferred, by ambulance, to an acute care facility, if it is deemed necessary.

I understand that certain complications may result from the use of any anesthetic including respiratory problems, drug reaction, paralysis, brain damage or death. Other risks and hazards, which may result from the use of general anesthetics range from minor discomfort to injury to vocal cords, teeth, or eyes.

I have been given the opportunity to ask questions about my condition, alternative forms of anesthesia and treatment, risks of nontreatment, the procedures to be used, and the risks and hazards involved. I believe that I have sufficient information to give this informed consent.

I have been informed that my physician may have a financial interest in the facility in which my surgery is to be performed and that I may choose any facility, such as Community Hospital of the Monterey Peninsula, for the purpose of obtaining the services recommended or requested.

All patients have the right to participate in their own health care decisions and to make Advance Directives or to execute Powers of Attorney that authorize others to make decisions on their behalf based on the patient's expressed wishes when the patient is unable to make decisions or unable to communicate their decisions.

MPSC respects these rights, however: **It is the policy of Center that our personnel will initiate resuscitative or other stabilizing measures and transfer you to an acute care hospital in the event of deterioration.** At the acute care hospital further treatment or withdrawal of treatment measures already begun may be ordered in accordance with your wishes, Advance Directives, or Health Care Power of Attorney. Your agreement with this policy by your signature below does not revoke or invalidate any current Health Care Directive or Health Care Power of Attorney. If you DO NOT agree to this policy, MPSC personnel will assist you to reschedule the procedure at another facility. Please check the appropriate box in answer to this question. **Have you executed an Advance Health Care Directive, a Living Will, and/or a Power of Attorney that authorizes someone to make health care decisions for you?**

YES, I have an Advance Directive, Living Will and/or Health Care Power of Attorney.

I have have not provided a copy of my Advanced Directive to be placed in my medical record

NO, I do not have an Advance Directive, Living Will, and/or Health Care Power of Attorney.

I would like to have information on Advance Directives.

Gave to Patient _____

I have received the MPSC Patient Brochure with information on Patient Rights and Responsibilities, Physician Ownership, Advance Directives and Grievance Policy.

I certify this form has been fully explained to me, that I have read it or have had it read to me, that the blank spaces have been filled in, and that I understand its contents.

Date: _____ Time _____

Patient Signature: _____

If patient is a minor, complete the following:

Other Legally Responsible Party: _____

Relationship to Patient _____

Verification of Patient Signature Witness: _____

INFORMACION Y

Consentimiento Procedimientos médicos, quirúrgicos y de diagnóstico



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 juzguen necesarios.

_____ Doy (no doy) mi consentimiento para la fotografia, 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 (no doy) consentimiento para la comunicación electrónica no cifrada. Hay un cierto nivel de riesgo de que un tercero podría ver a su información de salud protegida (PHI) sin su consentimiento cuando se recibe correo electrónico sin cifrar. Nosotros no somos responsables por el acceso no autorizado a la información médica protegida contenida en este formato o cualquier riesgo (por ejemplo, virus) potencialmente introducidos en su computadora / dispositivo cuando se recibe PHI de correo electrónico normal.

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 anésteico, 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 informacion de que mi médico tiene un interés financiero en las instalaciones donde será llevada a cabo la cirugía y que yo puedo elegir cualquier organizacion 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 critico, mas 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 esta 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?**

Si, 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 informacion 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: _____

Relacion con el/la paciente: _____

Verificacion de la firma del/de la paciente testigo: _____