

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE

PATIENT INFORMED CONSENT

Nombre del Paciente: _____

Nombre de la Persona que firma este Formulario / Parentesco con el Paciente: _____

Nombre del Médico o Profesional de la Salud Autorizado ("Profesional"): _____

Cirugía / Procedimiento / Tratamiento ("Tratamiento"): _____

Sitio: _____ Costado: Derecho Izquierdo No Corresponde

1. Autorizo al Profesional mencionado anteriormente a realizar el Tratamiento indicado anteriormente. Entiendo que el propósito de este formulario es obtener el consentimiento para el Tratamiento mencionado anteriormente, que será realizado por el Profesional Médico u otro profesional de la salud calificado, incluidos médicos, dentistas, podiatras, profesionales de práctica avanzada ("APP", por sus siglas en inglés), o enfermeros especialmente capacitados para que realicen el Tratamiento, dentro del campo de su licencia y privilegios, si es que corresponde. El Profesional me ha dado una descripción general del Tratamiento y me ha explicado, de forma que yo lo entendí, que puede haber otros tratamientos posibles, incluyendo la opción de obtener una segunda opinión de otro profesional de la salud, y que el Tratamiento conlleva riesgos. El Profesional me ha preguntado si quiero una descripción más detallada y, si la he solicitado, el Profesional me ha informado con más detalle sobre el Tratamiento, las alternativas disponibles y los riesgos. Entiendo que todo tratamiento médico tiene algún riesgo. Entiendo que además de hemorragias, infecciones, lesiones a los órganos circundantes y la muerte, existen riesgos particulares asociados con este Tratamiento y que pueden ocurrir otras complicaciones. He discutido con el Profesional estos riesgos a mi entera satisfacción y también he discutido los riesgos de no proceder con el Tratamiento.
2. Entiendo que durante el Tratamiento, se pueden descubrir condiciones imprevistas que requieran un cambio en el plan de Tratamiento o un Tratamiento diferente al mencionado anteriormente. Autorizo al Profesional a realizar cualquier procedimiento adicional o más complicado que, a juicio del Profesional, sea necesario para mi beneficio. Entiendo que el Profesional seguirá las políticas de St. Charles y puede pedirle a las personas que yo he designado o que la ley designa que tomen decisiones en mi nombre.
3. Entiendo que puede ser necesaria una transfusión de sangre, incluyendo sangre o productos de la sangre protectores de células, durante o después del tratamiento. Me han explicado los riesgos de recibir estos productos de la sangre, los que incluyen reacciones alérgicas, contraer una enfermedad transmitida por la sangre, así como otros riesgos, incluida la muerte. Doy mi consentimiento para recibir los productos de la sangre que el médico considere que son médicamente necesarios para mí. Si no doy mi consentimiento para recibir productos de la sangre, entiendo que se me pedirá que firme un Formulario de Rechazo de Transfusión de Sangre.
4. Entiendo que otros profesionales, enfermeras, asistentes, personal, residentes y estudiantes pueden participar en mi atención médica y pueden completar tareas importantes relacionadas con el Tratamiento, de acuerdo con su ámbito de práctica y las políticas de St. Charles y, en el caso de residentes o estudiantes, en base a sus habilidades y bajo la supervisión del Profesional responsable. Entiendo que el Profesional, el Anestesiólogo o el Enfermero Anestesiista Registrado Certificado, u otros profesionales médicos que participan en mi cuidado pueden no ser empleados o agentes de St. Charles, y que St. Charles no es legamente responsable de sus actos u omisiones.





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE

PATIENT INFORMED CONSENT

5. Si el Tratamiento requiere sedación moderada, incluidos otros tipos de anestesia mínima o local o adormecimiento del dolor, doy mi consentimiento para que mi Profesional u otra persona calificada administre dicha sedación. Me han informado cómo se realiza la sedación moderada. Entiendo que los medicamentos sedantes implican riesgos de disminución de la respiración, cambios en el ritmo cardíaco y la presión arterial, inhalación del contenido del estómago hacia los pulmones, náuseas y vómitos, recuerdos desagradables de la experiencia, lesiones en los dientes, la boca y/o los ojos, y otras complicaciones más graves, incluyendo la muerte.
6. Si el Tratamiento requiere anestesia general, entiendo que el Anestesiólogo o el Enfermero Anestesta Registrado Certificado me explicarán los riesgos, los beneficios y las alternativas de dicha anestesia general y obtendrán mi consentimiento por separado.
7. Si el Tratamiento requiere múltiples tratamientos y procedimientos posteriores según lo describe específicamente mi Profesional, al poner mis iniciales aquí _____ y firmar este formulario, por la presente doy mi consentimiento para que este consentimiento único sea válido y pueda usarse para cada Tratamiento posterior relacionado, sin necesidad de obtener otro(s) consentimiento(s) por separado. Esta sección se conoce como 'consentimiento en serie,' y no tendrá validez ni efecto a menos que tenga las iniciales del paciente o de su representante legal. Si tiene las iniciales y está firmado, este consentimiento en serie permanece vigente a menos que se revoque por escrito, siempre que la hospitalización que no está relacionada con el Tratamiento requiera la ejecución de un formulario de consentimiento informado por separado.
8. Doy mi consentimiento para la presencia de representantes de fabricantes durante el Tratamiento. En beneficio de la educación médica, doy consentimiento para que entren observadores a la sala de operaciones durante el Tratamiento.
9. Autorizo a St. Charles a desechar cualquier tejido o dispositivo médico que se me haya quitado durante el tratamiento.
10. Doy mi consentimiento para que tomen fotografías, videos u otras reproducciones electrónicas ("Fotos") de mí durante el Tratamiento, y el uso de dichas Fotos para el tratamiento o para actividades internas o externas conforme a las políticas de St. Charles.

TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO RESPONDIDAS SATISFACTORIAMENTE. NINGUNO DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS GARANTIZÓ NADA CON RESPECTO A CUALQUIER RESULTADO O CURA. HE INFORMADO AL PROFESIONAL SOBRE MIS PROBLEMAS MÉDICOS IMPORTANTES, INCLUYENDO LA POSIBILIDAD DE EMBARAZO. HE LEÍDO TODO ESTE DOCUMENTO Y ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON SU CONTENIDO.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO Y APRUEBO TODOS LOS DEMÁS ASUNTOS DESCRITOS ANTERIORMENTE (la aprobación para el consentimiento en serie sólo es válida si tiene las iniciales anteriormente).

<i>Firma del Paciente o Representante Autorizado del Paciente (Obligatorio)</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>
<i>Testigo de la Firma del Paciente o Representante Autorizado del Paciente (Obligatorio)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Marque si el consentimiento es por teléfono</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>
<i>Firma del Profesional que Obtiene el Consentimiento Informado del Paciente (Obligatorio)</i>		<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>
<i>*Renuncia de Consentimiento de Emergencia. Se ha intentado contactar, sin éxito, a un sustituto autorizado del paciente. En mi opinión profesional, es necesario un tratamiento inmediato para preservar la vida o evitar daños graves a la salud.</i> <i>Firma del Profesional _____</i>		<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>