

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE

PATIENT INFORMED CONSENT

Nombre del Paciente: _____

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

Nombre del Médico o Profesional Médico Titulado ("Profesional Médico"): _____

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

Sitio: _____ Costado: Derecho Izquierdo No Corresponde

1. Autorizo al Profesional Médico antes mencionado a realizar el tratamiento previamente indicado. El Profesional Médico me ha dado una descripción general del Tratamiento y me ha explicado, de una manera que yo entienda, que pueden existir otros tipos de tratamientos, incluyendo la opción de obtener una segunda opinión con otro profesional de la salud y que existen riesgos asociados con dicho Tratamiento. El Profesional Médico me ha preguntado si necesito una explicación más detallada, y si la solicité, el Profesional Médico me ha explicado en más detalle sobre el Tratamiento, las alternativas disponibles y los riesgos.
Entiendo que todo tratamiento médico presenta algunos riesgos. Entiendo que además de sangrado, infección, lesiones a órganos circundantes y la muerte, hay riesgos específicos asociados con este Tratamiento y pueden ocurrir otras complicaciones. He discutido estos riesgos con el Profesional Médico satisfactoriamente y también he discutido sobre los riesgos de no continuar con el Tratamiento.
2. Entiendo que, durante el Tratamiento, se pueden descubrir condiciones imprevistas que requieran un cambio al plan del Tratamiento o un plan de Tratamiento diferente al mencionando anteriormente. Autorizo al Profesional Médico a que realice cualquier procedimiento adicional o más complicado que, a juicio del médico, sean necesarios para mi beneficio. Entiendo que el Profesional Médico seguirá las políticas de St. Charles y puede preguntar a las personas que yo he designado o que la ley señala para tomar decisiones en mi nombre.
3. Entiendo que puede ser necesaria una transfusión de sangre, incluida la sangre o los productos de la sangre que salvan las células, durante o después del Tratamiento. Me han explicado los riesgos de recibir dichos productos de la sangre entre ellos reacciones alérgicas, contraer una enfermedad transmitida por la sangre, así como otros riesgos, incluyendo la muerte. **Doy mi consentimiento para recibir los productos de la sangre que el Profesional cree que son médicamente necesarios para mí.** Si no doy mi consentimiento para recibir productos sanguíneos, entiendo que se me pedirá que firme un Formulario de Rechazo de Transfusión de Sangre.
4. Entiendo que otros Profesionales Médicos, enfermeros, ayudantes, el personal, los residentes y los estudiantes pueden participar en mi cuidado médico 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, según sus habilidades y bajo la supervisión del Profesional responsable. Entiendo que el Profesional Médico, el/la Anestesiólogo/a o el/la Enfermero/a Anestesta Registrado/a y Titulado/a u otros profesionales médicos que participen en mi cuidado médico pueden no ser empleados o agentes de St. Charles, y que St. Charles no es legalmente responsable por 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 Médico u otra persona calificada me administre dicha sedación. He sido informado de cómo se realiza la sedación moderada. Entiendo que los medicamentos de sedación implican riesgos de disminución de la respiración, cambios en el ritmo cardíaco y la presión arterial, inhalación del contenido del estómago en 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, incluso incluyendo la muerte.
6. Si el Tratamiento requiere anestesia general, entiendo que el/la Anestesiólogo/a o el/la Enfermero/a Anestesiista Registrado/a y Titulado/a explicarán los riesgos, los beneficios, las alternativas de dicha anestesia general y obtendrán mi consentimiento por separado.
7. Si el Tratamiento requiere múltiples tratamientos y procedimientos posteriores tal y como lo describe específicamente mi Profesional Médico, entonces, al poner mis iniciales aquí _____ y firmar este formulario, acepto que este consentimiento único es válido y se puede utilizar para cada Tratamiento posterior relacionado, sin necesidad de obtener otros consentimientos por separado. Esta sección se conoce como un "consentimiento en serie" y no tendrá fuerza ni efecto a menos que el paciente o su representante legal ponga sus iniciales. Una vez que se pongan las iniciales y se firme, este consentimiento en serie permanece vigente a menos que se revoque por escrito, siempre que esa 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 para que deseche cualquier tejido o dispositivo médico que se haya extraído durante el Tratamiento.
10. Doy mi consentimiento para que tomen fotografías, videos u otras reproducciones electrónicas ("Fotos") de mí durante el Tratamiento, y que se puedan usar 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 MÉDICO 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 DEL CONSENTIMIENTO EN SERIE SÓLO ES VÁLIDA SI TIENE LAS INICIALES ARRIBA)

<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 Médico que obtiene el consentimiento informado del paciente (Obligatorio)</i>		<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>
<i>*Renuncia de Consentimiento de Emergencia. Todos los intentos de contactar a un sustituto autorizado del paciente han resultado infructuosos. A mi juicio profesional, el tratamiento inmediato es necesario para preservar la vida o prevenir un deterioro grave de la salud.</i>		<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>
<i>Firma del Profesional Médico</i> _____			