

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del procedimiento o procedimientos (*No usar abreviaciones*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ realizará el procedimiento o procedimientos. Otros médicos podrían ayudar con el procedimiento o procedimientos según sea necesario.

El médico / proveedor acreditado me ha explicado el procedimiento o procedimientos, los previstos beneficios, riesgos y alternativas para mí y entiendo los riesgos relacionados. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas las preguntas que hice sobre el procedimiento o procedimientos, riesgos y alternativas fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo que durante el curso del procedimiento o procedimientos, situaciones no previstas podrían ameritar procedimientos adicionales o diferentes de los indicados anteriormente en este documento o de los que me mencionaron. Autorizo al médico / proveedor acreditado y/u otros proveedores a realizar dichos procedimientos que sean necesarios y apropiados según su juicio. Reconozco que no me aseguran ni garantizan nada en relación con el resultado o la cura.

También me explicaron que hay posibles riesgos con la transfusión de sangre o derivados sanguíneos. Entiendo estos riesgos y doy mi consentimiento a la administración de sangre o derivados sanguíneos si son médicamente necesarios y los ordena mi médico.

Rehusó la administración de parte o todos los derivados sanguíneos o de sangre según se indica en el Formulario de exoneración de responsabilidad por el Rechazo de transfusiones de sangre.

En el caso de que mi tratamiento incluya el implante de un dispositivo médico, autorizo la divulgación de información sobre el procedimiento y cualquier información de identificación de paciente que se requiera con el fin de seguimiento del dispositivo médico de acuerdo a la ley y regulaciones federales y estatales.

Autorizo el uso de radiografías, estudios de diagnóstico por imágenes, láser, fotografías u otras modalidades de tratamiento o documentación según mi médico determine apropiadas.

Autorizo al Health Salem, en la manera en que lo hace habitualmente, a desechar cualquier tejido o parte corporal que se extraiga a excepción de: \_\_\_\_\_

Es posible que estudiantes autorizados de la atención de salud asistan o realicen partes del procedimiento bajo la supervisión directa de mi médico.

**DOY MI CONSENTIMIENTO AL PROCEDIMIENTO O PROCEDIMIENTOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE**

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_:\_\_\_\_ □ a.m. □ p.m.  
Hora

\*El paciente no puede dar el consentimiento por cuenta propia porque: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento en nombre del paciente.

Firma de la persona autorizada para dar el consentimiento \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_:\_\_\_\_ □ a.m. □ p.m.  
Hora

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_:\_\_\_\_ □ a.m. □ p.m.  
Hora

Marque esta casilla si el consentimiento se da por teléfono (*requiere la firma de un testigo adicional*)

Firma del testigo adicional \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_:\_\_\_\_ □ a.m. □ p.m.  
Hora

Firma del intérprete, cuando corresponda \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_:\_\_\_\_ □ a.m. □ p.m.  
Hora