



Consentimiento para Tratamiento Medico

Para el Paciente: Tiene el derecho, como paciente, de ser informado sobre su condición y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado para que usted tome la decisión sobre si debe o no seguir con el procedimiento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación de información no es para asustar ni alarmarlo; es simplemente un esfuerzo para que esté mejor informado y así pueda dar o reservar su consentimiento al procedimiento

Consentimiento a los Procedimientos Médicos y Quirúrgicos: Doy mi consentimiento a todos los procedimientos médicos que me puede realizar el Hospital, ya sea de forma hospitalaria o ambulatoria, que mi médico que me lo receta o me prescribe, me lo ordene o prescriba. Esto puede incluir, entre otros: procedimientos de laboratorio, examen de rayos X, procedimientos de diagnóstico, tratamiento o procedimientos médicos, de enfermería o quirúrgicos, anestesia u servicios hospitalarios que se me presten bajo las instrucciones generales y especiales de mi médico(s).

Consentimiento para los procedimientos de diagnóstico/imagen: Doy mi consentimiento si el médico que lo atiende cree que es beneficioso para mí someterme a uno o más de los siguientes exámenes que producen radiación ionizante: radiografías de diagnóstico, tomografía computarizada (TC), y el uso de fluoroscopia mientras se somete a una inyección, procedimiento quirúrgico o de dolor. Aunque tanto los riesgos a corto como a largo plazo están presentes con la exposición a la radiación, esto rara vez resulta en lesiones significativas a corto o largo plazo. En casos complejos, pueden producirse daños en los tejidos locales en la piel o incluso en capas subyacentes que pueden requerir un tratamiento de seguimiento adicional.

Consentimiento para extraer muestra(s) de sangre/emergencia: Por la presente doy mi consentimiento para la retirada de una muestra de sangre en caso de que un empleado o contratista del hospital tenga una aguja o una exposición a la membrana mucosa a mi sangre o fluidos corporales. Además, doy mi consentimiento al tratamiento médico de un médico con licencia en caso de un evento de emergencia o altamente urgente en el que el paciente, un miembro de la familia u otra parte responsable no pueda razonablemente ser contactado para autorizar el tratamiento.

Autorización para el uso o divulgar su información médica (favor de iniciar su respuesta si aplica a su cuidado) protegida bajo la Ley Información Médica.

___ **Yo declaro Si** ___ **No** ___ Autorizo el uso de audio/video o anuncio mi cirugía and exponer mis datos individuales en mi información médica como relato de mi intervención medical.

___ **Yo declaro Si** ___ **No** ___ Autorizo observación física durante mi cirugía para otros individuos como representantes de un producto médico, u otro personal de medicina como recomiende mi médico.

___ **Yo declaro Si** ___ **No** ___ Autorizo a mi cirujano al uso de fotografías en el interés de mi expediente médico.

- Al continuar la información le llamaremos **Autorización Informada** por la continuación de esta Autorización- documento.
- La Autorización Informada se va a utilizar o compartir su información medical con otros proveedores de salud que intervengan and su tratamiento o como indique su médico o cirujano.
- La Autorización medica será usada para divulgar información y/o instrucciones necesarias a su tratamiento
- La Autorización medica puede ser divulgada para relatos informativos y/o instrucción
- La Autorización puede ser divulgada después de que se hayan removido todos los datos personales para instruir en un ambiente de enseñanza o investigación para desempeñar nuestras labores administrativas en general conforme a la ley de privacidad.

Yo comprendo que si la persona o agencia que reciba **Autorización Informada** que **no** sea un proveedor de salud o seguro está cubierto por la ley federal de privacidad, pueden re distribuir la información de salud y dejar libre de culpa y sin protección de leyes federales.

Yo comprendo que puedo revocar esta autorización a cualquier momento si notifico a la oficina de negocio por medio de la Manejador de la Oficina de Negocios. Yo a comprendo que mi revocación de dicho documento no afecta la divulgación de información hecha antes de recibir mi revocación

Yo comprendo que tengo derecho a reusar y no firmar la autorización. El reusar no afecta mi tratamiento.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD: Yo doy mi autorización al hospital y mi médico (s) la autorización para divulgar mi información médica y documentos acopiados en mi me expediente médico durante esta visita a cualquier organización que se responsable del pago de mi cuidado y para los beneficios de pago. Si mi herida o lesión es una consecuencia de un accidente de trabajo yo autorizo al hospital para divulgar cualquier información en mi expediente médico a mi empleador o su representate designado.



Página 2.

En cumplimiento de la ley del Estado Médico Acto Dispositivo establecido en 1990, el FDA designa que se use un implante durante mi cirugía, Yo (nosotros) entendemos que mi Seguro Social será utilizado al igual que mi nombre se le informara al fabricante.

_____ Yo (nosotros) comprendo que mi nombre será expuesto en el horario del quirófano y pantalla en una área privada en el quirófano

Tiene usted una Directiva anticipada de atención de la salud ___Si___No. Si, la tiene en donde esta localizada?

_____ Yo (nosotros) comprendo que en un evento quirúrgico puede haber situaciones donde se pueda necesitar intervenciones para resucitar, el Cirujano, anestesista, y empleados del hospital usaran cualquier método necesario para resucitar al paciente.

_____ **Artículos de valor o artículos personales:** Yo (nosotros) accedimos a aceptar la responsabilidad que tenga en mi posesión como ejemplo; Dinero, joyas, o artículos como lentes personales, aparato auditivo, dentaduras, lentes de contacto, etc.

_____ **Yo estoy de capacidad mental independiente y eh revisado los datos y de manera voluntaria uso mis iniciales de este consentimiento.** Las siguientes criterios se me han explicado y proveedor: (1) **Riesgo de ocultar o no informar a mis proveedores de la necesidad y/o no haber removido aretes, y otros artefactos de metal en mi persona /cuerpo, antes de emprender una intervención en mí persona.**

_____ **Yo reconozco que uno o más de los médicos al cargo de me tratamiento en Centro Quirúrgico North Central** puede ser parte de los dueños del hospital. Yo reconozco que tengo el derecho a elegir mi médico de tratamiento de salud y elijo al **Centro Quirúrgico North Central.**

_____ **Reconocimiento de la propiedad del médico (por favor, inicial):** Centro Quirúrgico de North Central cumple con la definición de "hospital propiedad de un médico" bajo 42 CFR 489.3. El hospital puede ser propiedad en parte de su médico. Usted tiene derecho a elegir el proveedor de sus servicios de atención médica. Aunque creemos que será capaz de satisfacer sus necesidades, usted tiene la opción de utilizar un centro que no sea el nuestro. Su médico no lo tratará de manera diferente si decide utilizar un centro diferente; sin embargo, es posible que su médico no pueda realizar su(s) procedimiento(s) en dichas instalaciones. Si lo desea, su médico o miembro del personal puede proporcionar información sobre proveedores de atención médica alternativos. Si tiene alguna pregunta con respecto a este aviso, no dude en preguntar a su médico o a un representante administrativo del Centro Quirúrgico de North Central. Esta información se le proporciona para ayudarle a tomar una decisión informada sobre su atención médica.

Yo reconozco que puedo obtener una lista de los medico afiliados a Centro Quirúrgico de North Central y está a mi desposesión.

_____ Yo Recibí o Rechazo la lista de médicos afiliados con el hospital.

_____ **Derechos y responsabilidad al Paciente:** Yo recibí una copia de los **Derechos y Responsabilidad al Paciente.**

_____ Yo Aceptó o No Aceptó que el hospital notifique a un miembro de mi familia/representante y/o mi médico en el evento que sea Hospitalizado.

Información de contacto:

Familia/Representante: Nombre _____ Telephono _____

Medico Nombre _____ Telephono _____

DOCUMENTACION DE BUENA FE

Al paciente se le entrega una copia de proveedor Aviso de Practicas de Privacidad en este día. De buena fe hemos hechos una respuesta para obtener una constancia del que recibió su Aviso de Practicas de Privacidad. Declaramos he no se pudo obtener firma del paciente por los siguientes

_____ El Paciente reusó firmar el Aviso de Practicas de Privacidad

_____ El Paciente no pudo firmar por lo siguiente _____

_____ Es una urgencia médica. El proveedor tratara de obtener su firma el antes posible.

_____ Otro motivo _____



Página 3.

_____ **Informe Confidencial/ No información del paciente:** Yo comprendo que se me registro como paciente CONFIDENCIAL /No Información. No habrá datos que puedan ser divulgados y mi presencia no será divulgada a nadie que no sea mi proveedor y empleados con Necesidad de datos de mi expediente.

_____ **Pacientes Pediátricos** (menores de 18 años) Un padre/guardián debe de acompañar al menor y dar su consentimiento para tratamiento y mantenerse con el paciente. Un menor de edad debe de estar acompañado por un padre/guardián durante su estancia en el hospital.

_____ **Pacientes con Discapacidad o Impedimentos físico:** Yo comprendo que el hospital tiene los recursos para atender Las necesidades de los pacientes que tengan una discapacidad o impedimento. Yo padezco una necesidad de cuidad especial

.....
_____ **MEDICARE-Pacientes de Medicare únicamente:** Si su visita hoy este de paciente interno que este cubierta por Medicare, usted recibirá una copia de "Aviso importante de Medicare /An Important Message from Medicare" departe de Centro Quirúrgico North Central

.....
Policía de No Fumar: En acuerdo con leyes regulatorias y agencias de regulación, Centro Quirúrgico North Central es un local que prohíbe fumar.

Acuerdo Financiero: El(s) firmante(s), ya sea que firme como agente o paciente, que en consideración a los servicios que se prestarán al paciente, por la presente se obligara individualmente a pagar la cuenta del Hospital por los servicios de acuerdo con las tarifas y términos regulares del Hospital. En caso de que la cuenta sea referida a un abogado o agencia de cobro para su cobro, el abajo firmante pagará los honorarios de los abogados y los gastos de cobro realmente incurridos. Reconozco además que todos los médicos que amueblar servicios, incluidos, entre otros, radiólogos, patólogos, anestesiólogos, consultores y asistentes del médico son contratistas independientes y no empleados del hospital. Entiendo que puedo recibir facturación separada de cada uno de estos proveedores por los servicios prestados.

Asignación de Beneficios de Seguro: Por la presente autorizo el pago directamente al Centro Quirúrgico de North Central y a todos los médicos asistentes de los beneficios del seguro especificados y de otra manera pagaderos a mí, pero no excediendo los cargos regulares del Hospital por estos servicios. **Entiendo que soy financieramente responsable ante el Hospital de los cargos no cubiertos o no permitidos por la asignación**

Yo (nosotros) certificamos que este formulario me ha sido completamente explicado, que yo (nosotros) lo hemos leído o me lo han leído (nosotros), que los espacios en blanco requeridos se han rellenado, y que yo (nosotros) entendemos su contenido.

Firma del Paciente o representante Legal

Fecha

Hora

am/pm

Firma del Testigo

**Firma de asistente o traductor
(Representante si aplica)**