



ATENCIÓN MÉDICA Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO

- Methodist Dallas Medical Center Methodist Charlton Medical Center Methodist Mansfield Medical Center
 Methodist Richardson Medical Center Methodist Midlothian Medical Center Methodist Southlake Medical Center
 Otro _____

NOTA PARA EL PACIENTE: Usted tiene derecho a recibir información sobre 1) su problema médico, 2) la atención médica o el procedimiento quirúrgico recomendado y 3) los riesgos relacionados con esta atención médica/este procedimiento. Esta divulgación se ha creado para proporcionarle esta información de manera que pueda decidir si desea autorizar esta atención médica/este procedimiento. Hable con su médico/proveedor de atención médica si tiene alguna otra pregunta antes de firmar este formulario.

Descripción de la atención médica o los procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico

Solicito voluntariamente que mi médico/proveedor de atención médica _____, y otros proveedores de atención médica, traten mi problema médico que es: _____

También otorgo mi permiso para que los médicos que reciben capacitación médica como estudiantes posgraduados, los miembros del personal/estudiantes de medicina, enfermería y de otros programas de capacitación clínica afiliados al Methodist Health System, participen en los procedimientos que se describen a continuación.

Entiendo que la siguiente atención o procedimientos se tienen previstos para mí:

Posibilidad de atención médica/procedimientos adicionales necesarios

Entiendo que durante mi atención médica/procedimientos, mi médico/proveedor de atención médica podría descubrir otros problemas médicos que requieren atención médica o procedimientos adicionales o diferentes a los que se tenían previstos originalmente.

Autorizo a que mis médicos/proveedores de atención médica usen su criterio profesional para proporcionar la atención médica/procedimientos adicionales o diferentes que consideren necesarios.

Uso de sangre

Marque "Sí" o "No" y escriba sus iniciales: : Sí No Iniciales _____

Consiento el uso de sangre y productos sanguíneos según sea necesario para mi salud durante la atención médica/procedimientos y durante el transcurso restante de esta hospitalización. Los riesgos que pueden ocurrir con el uso de sangre y productos sanguíneos son:

1. Infección grave, entre otras, hepatitis y VIH, que puede afectar adversamente los órganos y causar daño permanente.
2. Lesión relacionada con la transfusión que causa daño a los pulmones, el corazón, el hígado, los riñones y el sistema inmunitario.
3. Reacción alérgica grave, potencialmente mortal.
4. Formación de moretones, hinchazón y/o infección en el lugar donde se introdujo la aguja en la vena.

Si este consentimiento es para recibir productos sanguíneos específicamente autorizados por una "Autorización de uso de emergencia" por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), me han entregado la información pertinente dirigida a los pacientes como lo exige la FDA para dicha administración.

Sí No NA Iniciales _____

Riesgos relacionados con esta atención médica/procedimientos

Al igual que puede haber riesgos y peligros para mi salud si no recibo tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados con la atención médica/procedimientos previstos para mí.

Entiendo que toda la atención médica/procedimientos conllevan riesgos, que pueden variar de menores a graves. Estos riesgos consisten en infección; coágulos de sangre en las venas, los pulmones u otros órganos; hemorragia (sangrado intenso); reacciones alérgicas; cicatrización deficiente de heridas y la muerte.

Las probabilidades de que estos ocurran pueden ser diferentes para cada paciente según la atención médica/procedimientos y el estado de salud actual del paciente.

Los riesgos de esta atención médica/procedimientos son, entre otros, **[incluya los riesgos de la Lista A aquí y otros riesgos adicionales, si los hubiera]:**

DESECHO DEL TEJIDO EXTRAÍDO: Autorizo (autorizamos) al Hospital para que use su criterio a la hora de retener o desechar el tejido extraído durante una operación o procedimiento. Para obtener información sobre el desecho de tejidos, consulte el formulario núm. 40170 sobre amputaciones.

OBSERVACIÓN DE PROCEDIMIENTOS: Consiento (consentimos) la admisión de observadores durante la operación o el procedimiento para fines educativos médicos y la educación del personal aliado médico.

FOTOGRAFÍAS O GRABACIONES EN VÍDEO DE PROCEDIMIENTOS: [Iniciales]_____ **Consiento** (consentimos) _____ **No consiento** (no consentimos) el uso de fotografías o videgrabaciones de las operaciones o los procedimientos que se van a realizar, así como de las partes apropiadas de mi cuerpo y la inclusión de dichas fotos en mi expediente médico. Además, consiento (consentimos) el uso de dichas fotos para fines médicos, científicos o educativos, siempre y cuando las fotos o los textos descriptivos que acompañan las fotos no revelen mi identidad.

Consentimiento otorgado para esta atención médica/procedimientos

Al firmar a continuación, autorizo la atención médica/procedimientos antes descritos. Reconozco lo siguiente:

- Entiendo que esta atención médica/procedimientos no garantizan ningún desenlace en particular ni una cura para mi problema médico.
- Me han dado la oportunidad de hacer las preguntas que pueda tener sobre:
 1. Formas alternativas de tratamiento, atención médica o servicio,
 2. Los riesgos de no recibir tratamiento,
 3. Los pasos que ocurrirán durante mi atención médica/procedimientos y
 4. Los riesgos y peligros involucrados en la atención médica/procedimientos.
 5. Los ayudantes necesarios en el procedimiento para llevar a cabo las tareas delegadas bajo mi supervisión.
- Considero que tengo suficiente información para otorgar este consentimiento informado.
- Confirmando que me han explicado completamente este formulario y que se han llenado los espacios en blanco.
- He leído este formulario o me lo han leído.
- Entiendo la información en este formulario.

Si alguna de estas declaraciones no le corresponden a usted, hable con su médico/proveedor de atención médica antes de continuar.

Paciente/otro representante legalmente autorizado (firma obligatoria):

Nombre en letra de imprenta

Firma

(Si es un representante legalmente autorizado, indique la relación con el paciente): _____

Fecha: _____

Hora: _____ a.m. / p.m.

Testigo:

Nombre en letra de imprenta

Firma

Si es un empleado de MHS que actúa como testigo, marque la casilla adecuada a continuación para indicar la dirección del Testigo:

- Methodist Dallas Medical Center** 1441 N. Beckley Ave., Dallas, TX 75203
- Methodist Charlton Medical Center** 3500 W. Wheatland Rd., Dallas, TX 75237
- Methodist Mansfield Medical Center** 2700 E. Broad St., Mansfield, TX 76063
- Methodist Richardson Medical Center** 401 W. Campbell Rd., Richardson, Texas 75080
- Methodist Richardson Medical Center** 2831 E. President George Bush Hwy Richardson, Texas 7508
- Methodist Midlothian Medical Center** 1201 E. U.S. Highway 287 Midlothian, Texas 76065
- Methodist Southlake Medical Center** 421 E. State Hwy 114, Southlake, TX 76092

Certifico que he proporcionado información sobre los riesgos y peligros, beneficios y alternativas al tratamiento, al paciente/padre/madre/tutor legal/u otra persona legalmente responsable como se indica anteriormente, que he respondido a las preguntas según mi campo de experiencia, y que se ha otorgado un consentimiento.

_____ Fecha

Hora _____ A.M./P.M.

Firma del médico que llevará a cabo el procedimiento

Traducción del documento (si aplica) proporcionada por:

Nombre en letra de imprenta del traductor

Agencia/Departamento para comunicarse con el traductor