



OFFICE USE ONLY

Surgical/Procedural Informed Consent (Spanish) -- SAHS-411SP

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS Y OPERACIONES QUIRÚRGICAS

Nombre del doctor(a): _____

Centro: Baker City Boise Nampa Ontario Clínica: _____

Intervenciones (*sin abreviaturas*):

CONDICION MEDICA Y PROCEDIMIENTO: El/la doctor(a) me explicó la condición medica que tengo, así como el procedimiento que se describe arriba. Sé lo que sucederá en el procedimiento como, por ejemplo, que quizá necesite anestesia, sedantes o ambos. Antes del procedimiento, me explicarán los riesgos y los efectos secundarios de la anestesia o los sedantes y me pedirán que firme otro consentimiento para la anestesia o los sedantes. Sé que tengo derecho a rechazar este procedimiento.

RIESGOS: Sé que todos los procedimientos médicos conllevan riesgos que van desde molestias leves a reacciones alérgicas, sangrado, coágulos de sangre, ataques cardíacos, infecciones, lesión de las áreas alrededor y de los nervios, insuficiencias respiratorias, insuficiencias renales, hemorragias fuertes y derrame cerebral. Mi doctor(a) ha discutido conmigo los riesgos conocidos específicos asociados con este procedimiento médico. Si ocurre alguno de estos riesgos, es posible que para tratarlos se necesiten más procedimientos. Estos riesgos pueden ser graves y posiblemente letales. Soy consciente de estos riesgos y los asumo voluntariamente.

Más riesgos (si los hay): _____

ALTERNATIVAS: Mi doctor(a) me explicó las alternativas para este procedimiento y los riesgos y beneficios que conllevan. Las alternativas pueden ser, por ejemplo, seguir monitoreado o ningún tratamiento, pero esto puede tener consecuencias graves:

Otras alternativas (si las hay): _____

BENEFICIOS: Mi doctor(a) me explicó los posibles beneficios de este procedimiento. Sé que no hay garantías de obtener estos beneficios. También sé que no hay garantías en cuanto a los resultados de este procedimiento.

Beneficios de este procedimiento: _____

Después de haberme informado de los riesgos, ventajas y alternativas del procedimiento descrito arriba, quiero someterme al procedimiento.

EQUIPO DE ATENCIÓN: Autorizo a mi doctor(a) para que efectúe el procedimiento descrito arriba. Soy consciente de que el/la doctor(a) será asistida de un equipo de atención que puede incluir: proveedores de anestesia, enfermeras, técnicos y especialistas en dispositivos médicos. Este equipo también puede estar formado por cirujanos, residentes, compañeros, estudiantes de medicina y profesionales de práctica avanzada. Autorizo a estas personas que ejecuten partes de la operación o procedimientos y que estén dentro de su ámbito de especialidad, siempre bajo la dirección del/la doctor (a) identificado/a anteriormente.

Administración de Sangre o Productos Sanguíneos

Marque aquí si no está anticipado la administración de sangre para este procedimiento

Me han explicado que necesito o puedo necesitar transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Entiendo en general que es una transfusión y los procedimientos que utilizarán. Entiendo que mi proveedor decidirá la cantidad y el tipo de producto sanguíneo necesario según mis necesidades particulares.

BENEFICIOS: La sangre y los productos sanguíneos son agentes terapéuticos derivados de la sangre humana que favorecen la capacidad de transporte de oxígeno en la sangre, combaten infecciones, previenen el shock y detienen el sangrado. Es posible que se necesiten transfusiones para reemplazar la sangre perdida por una lesión, para reemplazar la sangre anormal o para aumentar el recuento sanguíneo cuando el cuerpo no puede producir suficientes células sanguíneas por sí solo.

RIESGOS: Entiendo que existe un riesgo pequeño pero definitivo de transmisión de enfermedades infecciosas potencialmente graves y/u otras reacciones. Las enfermedades incluyen, entre otras, hepatitis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y virus del Nilo Occidental. Otras reacciones adversas pueden incluir, entre otras, síntomas de fiebre, escalofríos, urticaria o, en reacciones más graves, la posible destrucción de los glóbulos rojos transferidos, inmunización, infecciones de bacterias y, en raras ocasiones, la muerte.

ALTERNATIVAS: No existe una alternativa eficaz a la sangre o a las transfusiones de sangre. Si no se administra sangre o productos sanguíneos, el problema que se pretendía tratar puede persistir y potencialmente provocar la muerte. En el caso una transfusión electiva, las alternativas a recibir sangre del suministro comunitario incluyen la donación previa de la propia sangre (donación de sangre autóloga). Las donaciones autólogas deben recolectarse varios días o semanas antes de su uso y las donaciones dirigidas requieren varios días para procesarse.

DOY mi consentimiento para la administración de toda la sangre y/o productos sanguíneos según lo ordenado por mi proveedor.

NO DOY mi consentimiento para la administración de toda la sangre y/o productos sanguíneos según lo ordenado por mi proveedor.

Si el paciente o su representante no da su consentimiento para toda la administración de sangre o productos sanguíneos, complete el Rechazo Informado de Productos Sanguíneos y Fracciones de Sangre—SAHS1096.

Con mi firma a continuación, confirmo que: (i) mi proveedor médico me explicó la información anterior, respondió todas mis preguntas y me brindó una explicación más detallada si la solicite; (ii) entiendo la información anterior; (iii) doy mi consentimiento para que mi proveedor médico realice el procedimiento identificado anteriormente; (iv) doy mi consentimiento para la administración de toda la sangre y/o productos sanguíneos según lo indique mi proveedor médico.

Entiendo que pueden surgir condiciones imprevistas durante el procedimiento que, a juicio de mi proveedor médico, pueden requerir procedimientos y/o tratamientos adicionales o diferentes. En tal caso, por la presente autorizo a mi proveedor médico a hacer lo que él o ella, según su criterio médico profesional, considere medicamente mejor para mí. Además, entiendo y acepto que este documento es adicional y no reemplaza mi acuerdo de consentimiento para atención médica y servicios al paciente y cualquier otro consentimiento que firme.

Firma del paciente **Fecha** **Hora**

El paciente no puede firmar porque _____.

Por esta razón doy consentimiento para que se realice el procedimiento y la administración de sangre/productos sanguíneos (si se indica arriba) en nombre del paciente mencionado arriba.

Firma del representante del paciente **Vínculo con el paciente** **Fecha** **Hora**

Servicios de interpretación:

___ ___ Intérprete telefónico ___ Intérprete por video ___ Intérprete presencial

Nombre del intérprete **Firma/nº ID** **Fecha** **Hora**

Con la firma del testigo significa (i) confirma que el paciente (o el representante del paciente, según el caso) no tiene más preguntas para el/la doctor(a), y (ii) que el testigo o bien estuvo presente mientras el paciente o el representante de paciente firmaba este formulario, o bien confirmó verbalmente con el paciente o e representante del paciente que sus firmas correspondientes en este formulario son efectivamente la firma del paciente o la del representante del paciente.

Testigo: _____
Firma **Fecha** **Hora**

Con la firma de este formulario, el/la doctor(a) confirma que proporcionó la información sobre el procedimiento al paciente y que recibió el consentimiento informado del paciente o del representante del paciente antes de la realización del procedimiento; O

Consentimiento de emergencia: Se da cuando el/la doctor(a) tiene razones para concluir que existe una alta probabilidad de que la vida o el estado de salud del paciente corre mucho peligro si el procedimiento se retrasa y el paciente o el representante del paciente no pueden proporcionar un consentimiento informado para la intervención.

Doctor(a): _____
Firma **Fecha** **Hora**

(A rellenar por el personal del centro/Office Staff only):
Nombre del paciente/Patient Name (Apellido/Last, Nombre/Name):
Fecha de nacimiento/Date of Birth:

Non-Discrimination Notice

Saint Alphonsus Health System, Inc. respeta la integridad y dignidad de cada persona, cumple con las leyes federales aplicables correspondientes a los derechos civiles, y no discrimina con base en clases protegidas, incluyendo, pero sin limitarse a, raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Saint Alphonsus Health System, Inc. no excluye ni da un trato diferente a ninguna persona por motivo de edad, raza, color de piel, origen nacional (incluyendo origen étnico, cultura o idioma), religión, discapacidad física o mental, estado socioeconómico o sexo (incluyendo orientación sexual, identidad de género o expresión de género).

Saint Alphonsus Health System, Inc.:

- **Brinda ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse adecuadamente con nosotros; por ejemplo:**
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos accesibles electrónicamente, otros formatos)
- **Brinda servicios gratuitos para personas cuyo lenguaje materno no es el inglés; por ejemplo:**
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros lenguajes

Si necesita estos servicios, llame al Coordinador de Servicios para la Comunidad al 1 (866) 727-6248.

Si considera que Saint Alphonsus Health System, Inc. no le ha brindado estos servicios o le ha discriminado de alguna manera con base en su edad, raza, color de piel, origen nacional (incluyendo origen étnico, cultura o idioma), religión, discapacidad física o mental, estado socioeconómico o sexo (incluyendo orientación sexual, identidad de género o expresión de género), puede presentar una reclamación ante el:

- Coordinador de Atención al Paciente, 1055 N Curtis Road, Boise, Idaho 83706
- Teléfono: 208-367-6226 | Fax: 208-367-8181
- Correo electrónico: BO-PatientRelations@saintalphonsus.org

Puede presentar su reclamación en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una reclamación, el Coordinador de Atención al Paciente está disponible para brindarle tal ayuda.

También puede presentar una reclamación de derechos civiles electrónicamente ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina para los Derechos Civiles, por medio del Portal de Reclamaciones de la Oficina para los Derechos Civiles que se haya disponible en:

- US Department of Health & Human Services 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201
- Puede obtener los formularios de reclamación en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- 1-800-368-1019 | TTY 1-800-537-7697
(TDD - dispositivos de telefonía para personas sordas)



Saint Alphonsus
A Member of Trinity Health

