

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES U OPERACIONES QUIRÚRGICAS – SAHS-411

Nombre del/la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del/la doctor(a) : \_\_\_\_\_

Centro:  Baker City  Boise  Nampa  Ontario  Clínica: \_\_\_\_\_

Intervenciones (*sin abreviaturas*):

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

**PROBLEMA DE SALUD E INTERVENCIÓN:** El/la doctor(a) me explicó el problema de salud que tengo así como la intervención que se describe arriba. Sé lo que sucederá en la intervención como, por ejemplo, que quizá necesite anestesia, sedantes o ambos. Antes de la intervención, 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 esta intervención.

**RIESGOS:** Sé que todas las intervenciones médicas conllevan riesgos que van desde molestias leves a reacciones alérgicas, sangrado, coágulos de sangre, ataques cardíacos, infecciones, lesión de las áreas colindantes y de los nervios, insuficiencias respiratorias, insuficiencias renales, hemorragias fuertes y accidentes cerebrovasculares. Mi doctor(a) me habló de los riesgos comprobados que se derivan de esta intervención en concreto. Si ocurre alguno de estos riesgos, es posible que para tratarlos se necesiten más intervenciones. 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 a esta intervención y los riesgos y ventajas que conllevan. Las alternativas pueden ser, por ejemplo, hacer un seguimiento del trastorno o no aplicar ningún tratamiento, pero esto puede tener consecuencias graves:

Otras alternativas (si las hay): \_\_\_\_\_

**VENTAJAS:** Mi doctor(a) me explicó las posibles ventajas de esta intervención. Sé que no hay garantías de obtener estas ventajas. También sé que no hay garantías en cuanto a los resultados de esta intervención.

Ventajas de esta intervención: \_\_\_\_\_

Después de haberme informado de los riesgos, ventajas y alternativas de la intervención descrita arriba, quiero someterme a la intervención.

**EL EQUIPO DE ATENCIÓN SANITARIA:** Autorizo a mi doctor(a) para que efectúe la intervención descrita arriba. Soy consciente de que el/la doctor(a) gozará de la ayuda de un equipo de atención sanitaria compuesto, entre otros, por anestesistas, enfermeros, auxiliares y especialistas en productos sanitarios. Este equipo también puede estar formado por cirujano/as adjuntos, doctore/as residentes, doctor/as especialistas en formación, estudiantes de medicina y profesionales sanitarios de práctica avanzada. Autorizo a estas personas a que ejecuten las partes de la intervención u operación que queden dentro de su ámbito de especialidad, siempre bajo la dirección del/la doctor (a) identificado/a anteriormente.



\* S A H S - 4 1 1 \*

**Nombre del/la paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Con la firma de este documento confirmo (i) que el/la doctor(a) me explicó la información de arriba y respondió a todas mis preguntas, y que, en caso de haberla solicitado, me dio una explicación más detallada, (ii) y también confirmo que comprendí la información mencionada arriba y que autorizo a mi doctor(a) a que practique la intervención descrita arriba. Sé que durante la intervención pueden darse situaciones imprevistas que, dependiendo del criterio del/la doctor(a), quizá, requieran de la aplicación de tratamientos y/o intervenciones adicionales o diferentes. En caso de que esto sucediera, por la presente, autorizo a mi doctor(a) a que, siguiendo su criterio médico, haga lo que considere mejor para mi salud. Además, comprendo y acepto que este formulario es un documento añadido que no sustituye ni al documento de Consentimiento para el tratamiento y contrato de servicios para el/la paciente (*Consent for Treatment and Patient Service Agreement*) ni ningún otro consentimiento que yo firme.

\_\_\_\_\_  
**Firma del/la paciente** **Fecha** **Hora**

El/la paciente no puede firmar porque

\_\_\_\_\_  
Por esta razón doy consentimiento para que se realice la intervención en nombre del/la paciente mencionado/a arriba.

\_\_\_\_\_  
**Firma del/la representante del/la paciente** **Vínculo con el/la paciente** **Fecha** **Hora**

**Servicios de interpretación:**

\_\_\_ \_\_\_ Intérprete telefónico \_\_\_ Intérprete remoto por video \_\_\_ Intérprete presencial

\_\_\_\_\_  
**Nombre del/la intérprete** **Firma/n° ID** **Fecha** **Hora**

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

**Testigo:** \_\_\_\_\_  
**Firma** **Fecha** **Hora**

Con la firma de este formulario, el/la doctor(a) confirma que proporcionó la información sobre la intervención al/la paciente y que recibió el consentimiento informado del/la Paciente o del/la Representante del/la Paciente antes de la realización de la intervención.

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/la Paciente corre mucho peligro si la intervención se retrasa y el/la Paciente o el/la Representante del/la 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/la paciente/Patient Name (Apellido/Last, Nombre/Name):**  
**Fecha de nacimiento/Date of Birth:**

# — Important Information —

Saint Alphonus Health System, Inc. honors the sacredness and dignity of every person, complies with applicable Federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of protected classes, including but not limited to, race, color, national origin, age, disability, or sex.

## Saint Alphonus Health System, Inc.:

- **Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:**
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats such as large print, audio, accessible electronic and other formats
- **Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:**
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

**If you need these services, contact our Community Services Coordinator at 1-866-727-6248.**

If you believe that Saint Alphonus Health System, Inc. has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance in person, by mail, fax or email to:

- Patient Relations Coordinator,  
1055 N Curtis Road, Boise, Idaho 83706
- Phone: 208-367-6226 | Fax: 208-367-8181
- Email: BO-PatientRelations@saintalphonus.org

If you need help filing a grievance the Patient Relations Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the US Department of Health & Human Services, Office of Civil Rights electronically via web, by mail or phone to:

- US Department of Health & Human Services,  
200 Independence Avenue, SW, Room 509F,  
HHH Building, Washington, DC 20201
- Web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Phone: 1-800-368-1019 | TTY 1-800-537-7697

### Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات الترجمة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم: 1-866-727-6248 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-844-801-7932)

### Nepali

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोलनुहुन्छ भने तपाईंको नमिति भाषा सहायता सेवाहरू नःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-866-727-6248 टेलिफाक्स: 1-844-801-7932 ।

### Burmese

သတိ။ ။ သင် [မကောင်း] ပြောရင် ဘာသာစကားအတွက် အကူအညီပေးတဲ့ဝန်ထောက်မှ အခမဲ့ရနိုင်ပါတယ်။ 1-866-727-6248 TTY: 1-844-801-7932 ကို ဖုန်းဆက်ပါ။

### Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-727-6248 телетайп: 1-844-801-7932.

### Chinese

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-727-6248 TTY: 1-844-801-7932。

### Serbo-Croatian

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-866-727-6248 TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1-844-801-7932.

### Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبان‌آمیزی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. 1-844-801-7932-2397 فراموشی با. 1-866-727-668-8426

### Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-727-6248 TTY: 1-844-801-7932.

### French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-727-6248 ATS : 1-844-801-7932.

### Swahili

KUMBUKA: Ikiwa unazunguma Kiswahili, unaweza kupata huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-866-727-6248 TTY: 1-844-801-7932.

### Japanese

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-727-6248 TTY: 1-844-801-7932 まで、お電話にてご連絡ください。

### Urdu

توجہ: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی ہند کی خدمات ہفت میں دستیاب ہیں۔ کال 1-866-727-6248 کریں 1-844-801-7932

### Karen

ဟံသာဝတီ: မုမုနုတံတံပုကညီကိညီဆက်:လီတဲစိနီဂံ 8426-727-668-1 TTY: 2397-108-448-1. မာစါနီသုဒီးစုတလိဂ်ဘာ်မုဆကလီ.

### Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-727-6248 TTY: 1-844-801-7932.

### Kirundi

ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 1-866-727-6248 TTY: 1-844-801-7932.

