



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO DE MEDIDAS RESUCITATIVAS

(Esto no es una anulacion de "Instrucciones Anticipadas" o de cualquier "Poder Medico" realizado anteriormente.)

Todo paciente tiene el derecho a participar en sus decisiones de salud personales y a realizar o ejecutar "Instrucciones Anticipadas" o "Poderes Medicos" por los cuales autorizan a otras personas a tomar decisiones en su nombre, basadas en los deseos expresados por el paciente, cuando el paciente se encuentre incapacitado para tomar o comunicar dichas decisiones. El Centro Quirurgico de Palms Wellington respeta y defiende estos derechos del paciente.

Sin embargo, a diferencia de un hospital regular, este Centro Quirurgico de Palms Wellington normalmente no realiza procedimientos considerados como "procedimientos de alto riesgo". La mayoría de los procedimientos que se realizan en este Centro se consideran procedimientos de riesgo minimo. Obviamente, toda cirugia envuelve algun riesgo. Usted debe discutir los detalles especificos de su cirugia con su medico, quien podra explicarle los riesgos de su cirugia, su proceso de recuperacion y los cuidados que tiene que tomar despues de su cirugia.

Por lo tanto, es nuestra politica o norma, independientemente de cualquier "Instruccion Anticipada" o "Poder Medico", que si surgiera un acontecimiento desfavorable o adverso durante su tratamiento en este Centro Quirurgico, nosotros iniciaremos procedimientos resucitativos o medidas de estabilizacion y lo transferriremos a un hospital regular para continuar la evaluacion de su situacion. En caso de que Usted tuviera una "Instruccion Anticipada" o "Poder Medico", nosotros se lo enviariamos al hospital a donde Ud. sea transferido para que en ese lugar puedan utilizar la informacion en dicho/s documentos y tomar las decisiones apropiadas al asumir la responsabilidad para el cuidado de su salud. Al firmar este documento Ud esta aceptando nuestra politica pero no esta revocando, cancelando o invalidando cualquier "Instruccion Anticipada" o "Poder Medico" que Ud haya ejecutado con anterioridad.

Si Ud *no esta de acuerdo* con nuestra politica o norma descrita anteriormente, con mucho gusto lo asistiremos para reprogramar su cirugia o procedimiento.

Por favor, marque la respuesta apropiada a la siguiente pregunta: Ha Ud ejecutado o preparado una "Instruccion Anticipada para Cuidado de Salud", "Testamento en Vida" o "Poder Medico" por el cual autoriza a alguna persona a tomar decisiones de salud en su nombre?

- SI, yo tengo una "Instruccion Anticipada" , "Testamento en Vida" o "Poder Medico de Salud" .
- NO, yo no tengo una "Instruccion Anticipada", "Testamento en Vida" o "Poder Medico de Salud".
- Me gustaria recibir informacion con respecto a "Instrucciones Anticipadas".

Si Ud marco la primera respuesta (SI) a la pregunta anterior, por favor necesitamos nos entregue una copia de dicho documento para ser incluida en su record medico.

Al firmar este documento, yo declaro que he leído y comprendido su contenido y estoy de acuerdo con la politica o norma descrita en el mismo. En caso de haber indicado que me gustaria recibir informacion adicional, por este medio acuso recibo de dicha informacion.

Por _____
Firma del Paciente

Si el consentimiento para el procedimiento o cirugia ha sido dado por otra persona que no sea el paciente, es requerido que la persona que esta dando la autorizacion o consentimiento firme esta forma.

Yo declaro que he leído y comprendido el contenido de este documento y estoy de acuerdo con la politica o norma descrita en el mismo.

Por _____
Firma Escriba su nombre

Relacion con el paciente: Guardian o custodio nombrado por las Cortes Apoderado legal Sustituto para cuidados de salud

Otras _____