



T-CS0004

NAME

DOB

MRN

PCP



San Francisco General Hospital and Trauma Center

Consentimiento Para Un Tratamiento O Procedimiento

Consent for a Treatment or a Procedure (Spanish)

Patient ID / Addressograph

MIS DERECHOS (MY RIGHTS) –

Comprendo que tengo el derecho de tomar decisiones sobre la atención de mi salud. También comprendo que mi médico u otro proveedor de atención a la salud me brindará información sobre el tratamiento o el procedimiento que él o ella recomienda. Esta información incluirá:

- 1. Lo que el médico o proveedor planea hacer
2. Quién realizará el tratamiento o procedimiento
3. Cómo este puede ayudarme
4. Los posibles problemas que pudieran presentarse (pero que es poco probable que se presenten)
5. Otras alternativas al tratamiento o procedimiento

QUÉ (WHAT) –

Mi médico o proveedor recomienda que se me realice el siguiente tratamiento o procedimiento:

Terminología médica: _____

Descripción general (terminología común): _____

Sitio, si es el caso (por ejemplo, lateralidad, número de diente, dígito). _____
Durante el procedimiento, mi afección puede cambiar o mi médico puede darse cuenta de que un procedimiento adicional o diferente puede ser necesario para tratar mi afección. Comprendo que mi médico usará su mejor juicio para decidir cómo tratar mi afección.

QUIÉN (WHO) –

El/Los médico(s) a cargo (attending doctor) y responsable(s) del tratamiento o procedimiento son

Comprendo que el Hospital General de San Francisco es un hospital de enseñanza. Los médicos residentes y otros médicos en capacitación pueden realizar partes importantes del tratamiento o el procedimiento. Los médicos a cargo supervisan a los médicos residentes y a otros médicos en capacitación. Otros profesionales de atención médica autorizados (como enfermeras especialistas [nurse practitioners] o asistentes de médico [physician assistants]) pueden también realizar algunos procedimientos o tareas, pero únicamente cuando esto está permitido por la ley de California y por las políticas del hospital.

POR QUÉ (WHY) –

La razón del tratamiento o procedimiento es _____

OTRAS OPCIONES (OTHER OPTIONS) –

En lugar de este procedimiento, puede hacerse lo siguiente:

- [] Nada (Nothing) [] Otro (Other)

Los riesgos que implican las opciones alternativas mencionadas anteriormente son: _____

Patient Name: _____ MRN: _____ DOB: _____

CONSENT FOR A TREATMENT OR A PROCEDURE
CONSENTIMIENTO PARA UN TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO

RESULTADOS (OUTCOME) –

La probabilidad de un resultado exitoso es

- Excelente (Excellent) Buena (Good) Aceptable (Fair) Escasa (Poor)

Existe la posibilidad de que el tratamiento o procedimiento no sea exitoso o que cause un nuevo problema que no se esperaba.

RIESGOS (RISKS) –

Mi médico o proveedor ha explicado que existe algo de riesgo en todos los tratamientos y procedimientos médicos. Él o ella me ha explicado algunos de los riesgos comunes y graves asociados con el tratamiento o procedimiento recomendado. Algunos (**pero no todos**) de estos riesgos pueden incluir sangrado; infección; daño a los vasos sanguíneos, nervios, órganos u otros tejidos cercanos; discapacidad o muerte.

Otros riesgos: _____

ESTUDIO DE TEJIDOS (TISSUE STUDY) –

Comprendo que cualquier tejido retirado durante la cirugía será estudiado primero para comprender mejor mi afección médica y la mejor forma de tratarla. Cualquier tejido que sobre puede ser desechado o guardado de manera apropiada para un estudio futuro. Si el tejido es guardado para estudios futuros:

- Mi privacidad será protegida.
- Es posible que no reciba ningún beneficio de forma directa, pero el estudio puede conducir a descubrimientos que ayudarán a otros en el futuro.
- No recibiré ningún pago por el estudio.

Estoy de acuerdo en que mi tejido pueda ser guardado para estudios futuros, aunque con las siguientes condiciones (**si las hay**):



¡Alto! Antes de firmar, ¿tiene alguna pregunta?
(Before you sign, do you have any questions?)



MI CONSENTIMIENTO (MY CONSENT) –

He recibido la información descrita anteriormente. Mi médico o proveedor ha contestado mis preguntas. Deseo recibir el tratamiento o procedimiento recomendado.

- **Paciente / Representante (Patient / Representative):** Fecha: _____ Hora: _____

Nombre con letra de molde _____ Firma _____ Fecha de nacimiento _____

Si es un representante del paciente, indique su relación con este (If a surrogate, relationship):

- Cónyuge/Pareja doméstica (Spouse/Domestic Partner) Padre/Madre (Parent)
 Hijo adulto (Adult Child) Otro familiar (Other Family Member): _____
 Poder para atención a la salud (Power of Attorney for Health Care)
 Custodio (Conservator) Representante designado verbalmente por el paciente durante esta admisión (Surrogate orally designated by patient during this admission)

- **Intérprete (Interpreter):** Fecha (Date): _____ Hora (Time): _____
_____/_____/_____

Nombre en letra de molde _____ Firma (si se llena en persona) _____ N.º de identificación del intérprete _____

- **Testigo (miembro del equipo de atención médica) (Witness):** Fecha: _____ Hora: _____

Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____ Puesto: _____

- **Testigo (Witness):** Fecha (Date): _____ Hora (Time): _____

Nombre con letra de molde (Print Name): _____ Firma (Signature): _____

Patient Name: _____ MRN: _____ DOB: _____

CONSENT FOR A TREATMENT OR A PROCEDURE
CONSENTIMIENTO PARA UN TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO

PHYSICIAN PROGRESS NOTE FOR INFORMED CONSENT
Complete 1, 2 OR 3 below

1. CONSENT DISCUSSION WITH PATIENT OR SURROGATE (Complete this section together with the consent form which is signed by the patient or surrogate.)

a. As indicated on the **Consent Form** I explained the following to the patient or her/his surrogate:

- nature of the procedure or treatment,
- why it's recommended and the possible benefits,
- risks and complications (most common and serious),
- alternative treatments and the risks of each (including no treatment), and
- who will perform the procedure or treatment.

At the patient's request, a friend(s) or family member(s) was present during the discussion _____.

b. An interpreter was involved. [Use a trained medical interpreter (**ext. 6-5133**) except in urgent situations or if a patient specifically requests that an adult family member serve as the interpreter.]

c. Patient has **Do Not Attempt Resuscitation (DNAR)/Do Not Intubate (DNI)** order; I explained to the patient or surrogate that the order will be suspended during the procedure.

d. Teach-Back (The patient or surrogate was able to tell me what treatment / procedure is planned, why it's needed, the benefits and some of the risks that s/he might expect.)

✓ Date: _____ Time: _____ Provider: _____ / _____ / _____ / CHN ID#: _____
Print Name Signature Title

2. EMERGENCY [Complete this section when neither the patient nor a surrogate can give consent and clinically the procedure cannot be delayed to allow the hospital to petition the court for an order authorizing treatment--"medical probate". The consent form (pages 1 & 2) is not completed.]

In my clinical judgment the patient emergently needs the following treatment or procedure to alleviate severe pain or to diagnose and treat a condition that may lead to a serious disability or death; **AND** The urgency of the situation precluded getting the patient's consent in advance; **OR** I have assessed the patient and determined that s/he lacks the capacity to make health care decisions and have not been able to readily identify or locate a surrogate decision maker.

Treatment/Procedure: _____

Date: _____ Time: _____ Provider: _____ / _____ / _____ / CHN ID#: _____
Print Name Signature Title

