



CS0004



San Francisco General Hospital and Trauma Center

NAME

DOB

MRN

PCP

Patient ID / Addressograph

PAHINTULOT PARA SA ISANG PAGGAMOT O PAG-OOPERA

Consent for a Treatment or a Procedure (Tagalog)

ANG AKING MGA KARAPATAN (MY RIGHTS) --

Nauunawaan ko na may karapatan akong gumawa ng mga desisyon tungkol sa aking pangangalagang pangkalusugan. Nauunawaan ko rin na ang aking doktor o iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan ay magbibigay sa akin ng impormasyon tungkol sa paggamot o pamamaraan na kanyang inirerekomenda. Kabilang sa impormasyong ito ay:

- 1. Ano ang planong gagawin ng doktor/ tagapagkaloob ng serbisyo
- 2. Sino ang gagawa ng paggamot o pamamaraan
- 3. Paano ito maaaring makatulong sa akin
- 4. Posibleng mga problemang hindi naplano
- 5. Iba pang mga bagay na maaaring gawin bilang kapalit

ANO (WHAT) --

Ang aking doktor o tagapagkaloob ng serbisyo ay inirerekomenda na ako ay magkakaroon ng sumusunod na paggamot o pamamaraan:

Medikal na Terminolohiya: _____

Pangkalahatang Paglalarawan (Pangkaraniwang Terminolohiya): _____

Lokasyon, kung naaangkop (hal., magkabilang bahagi, bilang ng ngipin, daliri) _____
Habang isinasagawa ang pamamaraan, ang aking kondisyon ay maaaring magbago o maaaring matuklasan ng aking doktor na kakailanganin ng karagdagan o ibang mga pamamaraan para magamot ang aking kondisyon. Nauunawaan ko na gagamitin ng aking doktor ang kanyang pinakamahusay na pagpapasiya sa pagdedesisyon kung paano magagamot ang aking kondisyon.

SINO (WHO) --

Ang **sumusuring doktor o mga doktor** na may pananagutan para sa paggamot o pamamaraan ay sina _____

Nauunawaan ko na ang San Francisco General Hospital ay isang nagtuturong ospital. Ang mga residenteng doktor at iba pang mga doktor na nasa pagsasanay ay maaaring gumanap ng mga mahahalagang bahagi ng paggamot o pamamaraan. Ang mga sumusuring doktor ay nangangasiwa sa mga residenteng doktor at iba pang mga doktor na nasa pagsasanay. Ang iba pang mga lisensiyadong manggagawa para sa pangangalagang pangkalusugan (gaya ng mga nars practitioner o katuwang ng doktor) ay maaari ring magsagawa ng ilang mga pamamaraan o gawain, ngunit kung pahihintulutan lamang ng batas ng California at patakaran ng ospital.

BAKIT (WHY) --

Ang dahilan para sa paggamot o pamamaraan ay _____.

IBA PANG MGA PAGPIPILIAN (OTHER OPTIONS) --

Sa halip ng pamamaraang ito, ang sumusunod ay maaaring gawin:

Wala Iba pa: _____

Ang panganib ng mga alternatibong opsyon na nasa itaas ay: _____



CS0004

Patient Name: _____ MRN: _____ DOB: _____

CONSENT FOR A TREATMENT OR A PROCEDURE
PAHINTULOT PARA SA ISANG PAGGAMOT O PAG-OOPERA

RESULTA (OUTCOME) --

Ang tiyansa ng isang matagumpay na resulta ay

 Napakainam Mainam Katamtaman Mahina _____

May posibilidad na ang paggamot o pamamaraan ay hindi magtatagumpay o maaari itong magdulot ng hindi inaasahan, na bagong problema.

MGA PANGANIB (RISKS) --

Ang aking doktor o tagapagkaloob ng serbisyo ay ipinaliwanag na mayroong ilang panganib sa lahat ng medikal na mga paggamot at pamamaraan. Ipinaliwanag niya sa akin ang ilan sa mga pangkaraniwan at malubhang panganib na kasama ng inirekomendang paggamot o pamamaraan. Ang ilan (**ngunit hindi lahat**) ng mga panganib na ito ay maaaring may kasamang pagdurugo; impeksiyon; pinsala sa malalapit na mga daluyan ng dugo, ugat, bahagi ng katawan, o iba pang tisyu; kapansanan o kamatayan. Iba pang mga panganib: _____

PAG-AARAL SA TISYU (TISSUE STUDY) --

Naunawaan ko na anumang tisyu na inalis sa panahon ng pag-oopera ay pag-aaralan muna upang higit na maunawaan ang aking medikal na kondisyon at kung paano pinakamahusay na magagamot ito. Ang anumang tisyu na naiwan ay maaaring itapon sa angkop na paraan o itago para sa pag-aaral sa hinaharap. Kung ang tisyu ay itinago para sa pag-aaral sa hinaharap:

- Bibigyan ng proteksiyon ang aking pagkapribado (privacy)
- Maaaring hindi ako makatanggap ng anumang direktang benepisyo, ngunit ang pag-aaral ay maaaring maging daan ng mga pagtuklas na makakatulong sa iba sa hinaharap.
- Hindi ako tatanggap ng anumang bayad para sa pag-aaral.

Sumasang-ayon ako na maaaring itago ang aking tisyu para gamitin sa pag-aaral sa hinaharap, ngunit kasama ang mga sumusunod na kondisyon (**kung mayroon**):

**Bago kayo lumagda, mayroon ba kayong mga tanong?****✓ ANG AKING PANGSANG-AYON (MY CONSENT) --**

Natanggap ko ang impormasyong inilarawan sa itaas. Sinagot ng aking doktor o provider ang aking mga tanong. Gusto kong magkaroon ng inirekomendang paggamot o pag-oopera.

- **Pasyente / Kinatawan:** Petsa (Date): _____ Oras (Time): _____

Isulat ang Pangalan _____ Pirma _____ Petsa ng Kapanganakan _____

Kung isang kahalili, kaugnayan: Asawa o Kinakasama Magulang Nasa Hustong Gulang na Anak
 Iba pang Miyembro ng Pamilya: _____ Power of Attorney para sa Pangangalaga ng Kalusugan
 Tagapag-alaga Itinalaga ng pasyente ang kahalili sa pamamagitan ng pagsasabi nito sa panahon ng pagkakaospital

- **Interpreter:** Petsa (Date): _____ Oras (Time): _____

Isulat ang Pangalan _____ Pirma (kung personal) _____ Numero ng ID ng Interpreter _____

- **Saksi (Miyembro ng Grupo sa Pangangalaga ng Kalusugan):**

Petsa (Date): _____ Oras (Time): _____

Nombre: _____
 Isulat ang Pangalan (Print Name) _____ Pirma (Signature) _____ Posisyon (Title) _____

- **Saksi (Witness):** Petsa (Date): _____ Oras (Time): _____

Isulat ang Pangalan (Print Name): _____ Pirma (Signature): _____



CS0004

Patient Name: _____ MRN: _____ DOB: _____

CONSENT FOR A TREATMENT OR A PROCEDURE
PAHINTULOT PARA SA ISANG PAGGAMOT O PAG-OOPERA

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



CS0004



San Francisco General Hospital and Trauma Center

NAME
DOB
MRN
PCP

Patient ID / Addressograph

PAHINTULOT PARA SA ISANG PAGGAMOT O PAG-OOPERA

Consent for a Treatment or a Procedure (Tagalog)

3. TELEPHONE CONSENT [Complete this section when a surrogate gives consent by telephone. The consent form (pages 1 & 2) is not completed.]

I assessed the patient and determined that (1) s/he lacks the capacity to make health care decisions or (2) s/he is a minor. I have located a family member or other authorized representative who is willing to act as the patient's surrogate health care decision-maker, but who cannot be physically present to sign the consent form. By telephone I discussed the nature of the treatment/procedure, expected outcome, risks and benefits and alternatives with the patient's surrogate.

• **Treatment/Procedure:**

• **Risks explained:**

I explained that some (**but not all**) of these risks may include bleeding; infection; damage to close-by blood vessels, organs or other tissue; disability or death.

Other risks: _____

• The surrogate has consented to the treatment/procedure on behalf of the patient.

(Surrogate's Name) (Date Of Birth) (Telephone No.)

• Surrogate's relationship to patient:

Spouse/Domestic Partner, Parent, Adult Child, Other Family Member (relationship): _____, Power of Attorney for Health Care, Conservator, Surrogate orally designated by patient during this admission

✓ Date: _____ Time: _____

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

• Staff who was a **witness** to the telephone call:

✓ Date: _____ Time: _____ Name: _____ / _____ / _____
Print Name Signature Title