

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA TOMAR MEDIDAS DE RESUCITACIÓN

* * **POR FAVOR, TRAIGA CONSIGO UNA CITA PROGRAMADA** * *

NO ES UNA REVOCATORIA DE INSTRUCCIONES ANTICIPADAS O DE CARTAS PODER MÉDICAS

Bajo la ley de California, todos los pacientes tienen el derecho de participar en sus propias decisiones sobre cuidados de su salud y establecer instrucciones anticipadas o firmar cartas de poder que autoricen a otros para tomar decisiones en su nombre, en base a los deseos expresados por el paciente cuando éste es incapaz de comunicar sus decisiones. El Centro Quirúrgico de Pacific Heights (PHSC, son sus iniciales en inglés) respeta y defiende tales derechos.

La mayoría de procedimientos que se llevan a cabo en el PHSC se consideran de riesgo mínimo, por supuesto, ningún procedimiento está libre de riesgo. Usted y su médico habrán discutido los detalles específicos y los riesgos asociados a su procedimiento, la recuperación esperada y los cuidados que tendrá después de su procedimiento.

Es la política del PHSC, independientemente del contenido de cualquier instrucción anticipada o de instrucciones de un sustituto o apoderado de cuidados de la salud, que si ocurriera un caso adverso durante su tratamiento en el PHSC, el personal del PHSC tomará medidas de resucitación u otras medidas estabilizadoras y lo transferirá a un hospital de cuidados agudos para una mayor evaluación. En el hospital de cuidados agudos, se ordenará ya sea continuar con el tratamiento o la detención del tratamiento ya iniciado de acuerdo a sus deseos, instrucciones anticipadas o carta poder de cuidados de la salud. Su conformidad con esta política mediante su firma a continuación no revocaría o invalidaría ninguna instrucción actual de cuidados de la salud o carta poder de cuidados de la salud.

Si usted NO está conforme con esta política, el PHSC con gusto le ayudará a reprogramar el procedimiento.

Por favor, haga una marca en la casilla adecuada para contestar esta pregunta. ¿Ha dictado instrucciones anticipadas de cuidados de la salud, un testamento en vida, o una carta poder que autorice a alguien para que tome decisiones sobre cuidados de la salud por usted?

- Sí, he dejado Instrucciones Anticipadas, un Testamento en Vida o una Carta Poder de Cuidados de la Salud.
- No, no he dejado Instrucciones Anticipadas, un Testamento en Vida o una Carta Poder de Cuidados de la Salud.
- Me gustaría tener mayor información sobre Instrucciones Anticipadas.

Al firmar este documento, declaro que he leído y comprendido su contenido y me someto a la política descrita. Si he solicitado información sobre Instrucciones Anticipadas, declaro haber recibido dicha información.

Firma del Paciente	Nombre del Paciente	Fecha
Si el consentimiento lo ha firmado otra persona que no sea el Paciente:		
Firma	Nombre (en imprenta)	Fecha
Relación: <input type="radio"/> Tutor (designado por la corte) <input type="radio"/> Apoderado <input type="radio"/> Sustituto de Cuidados de la Salud		