	DOCUMENTOS DE GESTIÓN DE CALIDAD	Número de documento:HD-FR-758
	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE ACEPTACIÓN Y ADMISIÓN DEL PACIENTE	Fecha de publicación: 16.12.2023 Número de revisión: 00 Fecha de revisión: Número de página:1/3

Nombre y Apellidos:..... DNI TR:.....

Género/Edad:..... Número de protocolo:.....

Tipo de llegada:..... Fecha/Hora de llegada:.....

Profesión:..... Estado civil:.....

DIRECCIÓN:.....

Teléfono Domicilio:..... Móvil:.....

Teléfono del familiar: (En caso de inaccesibilidad en caso de emergencia):.....

Departamento donde se encuentra hospitalizado el paciente:.....

Médico que ingresa al paciente:.....

Diagnóstico del Paciente:.....


1-Al estar hospitalizado bajo la autoridad, observación y método del médico....., Autorizo a médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud a realizar las intervenciones de diagnóstico y tratamientos médicos necesarios y apropiados para mi enfermedad o condición médica. Se explicaron los propósitos de los procedimientos de diagnóstico y tratamientos, métodos de tratamiento alternativos, posibles riesgos y complicaciones y se respondieron mis preguntas.

2-Yo/nosotros....., autorizoy solicito que se lleven a cabo estas prácticas, evaluar mis quejas, que son el motivo de mi solicitud, con mi propia voluntad, sin presión ni orientación alguna, realizar los exámenes y exámenes necesarios sin restricción alguna, llegar a conclusiones y realizar las prácticas que se consideren adecuadas.

3-Mi médico Dr.....yo/nosotros,
Le expliqué que había una enfermedad relacionada con mi salud/la salud de nuestro paciente que podría expresarse como, Respecto a mi enfermedad, que es mucho más amplia que las declaraciones enumeradas en 15 puntos de este documento, Enumeré qué es, sus causas, su frecuencia de aparición, lo que se debe hacer para el diagnóstico y el tratamiento, las alternativas de tratamiento y las posibilidades esperadas e inesperadas, más o menos peligrosas, que pueden presentarse tanto durante el diagnóstico como durante el tratamiento y me/nos informó y me preguntó si tenía mi consentimiento. . Yo/Nosotros entendemos, entendemos y aceptamos que todas estas consecuencias pueden ocurrir con nuestro propio consentimiento y solicitud.

4-Además de lo explicado sobre mi estado de salud/el estado de nuestro paciente en la primera solicitud y las prácticas de diagnóstico y tratamiento planificadas, Los hospitales, médicos y otros profesionales médicos pueden llegar a diferentes diagnósticos, y pueden realizarse diferentes procedimientos fuera de las prácticas de diagnóstico y tratamiento planificados previamente, e incluso por diferentes clínicas y disciplinas; Yo/nosotros sabemos, entiendo, consiento y solicito que el tratamiento de mi/nuestro paciente pueda continuar parcial o completamente en condiciones de cuidados intensivos o incluso en una unidad de soporte vital, sin necesidad de aprobación por separado, si se considera necesario.

5-La sangre y los productos sanguíneos se pueden utilizar en su totalidad o como parte de las aplicaciones; Entiendo y consiento, y solicito/solicitamos su uso si lo considera necesario, Sé/sabemos que existe riesgo de enfermedades infecciosas que pueden detectarse en etapas tempranas o tardías, incluyendo fiebre, sangre y reacciones, shock, insuficiencia renal, consecuencias graves debido al cese de la producción de sangre como resultado de una insuficiencia de la médula ósea, ictericia y SIDA, con

	DOCUMENTOS DE GESTIÓN DE CALIDAD	Número de documento:HD-FR-758 Fecha de publicación: 16.12.2023
	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE ACEPTACIÓN Y ADMISIÓN DEL PACIENTE	Número de revisión: 00 Fecha de revisión: Número de página:2/3

respecto a este uso,.

6-Yo/nosotros sabemos que la inyección intravenosa puede aplicarse como parte o en su totalidad de la solicitud, Como resultado de la solicitud, dolor al introducir la aguja y después del procedimiento, hematomas en el lugar del procedimiento, aguja saliendo de la vena, acumulación del fármaco debajo de la piel y en las estructuras alrededor de la vena, acumulación de sangre alrededor del lugar de la aguja, Sé/sabemos que se puede desarrollar dolor, enrojecimiento e hinchazón a lo largo de la vena como resultado de una infección, inflamación de la vena o el desarrollo de un coágulo dentro de ella, la aguja ingresa a la arteria, el aire ingresa a la vena y crea un tapón de aire, se puede desarrollar alergia al medicamento administrado o shock alérgico; Yo/nosotros por la presente consiento, en el entendido de que esta práctica implica riesgos y peligros además de complicaciones generales.


7-Yo/nosotros sabemos que partes de órganos o tejidos pueden ser tomadas de otra parte del cuerpo en mi cuerpo/cuerpo del paciente como un todo o como parte de las aplicaciones; o se pueden utilizar materiales/materiales quirúrgicos extraños temporales o permanentes metálicos, sintéticos, etc. desde fuera del cuerpo; Sé/sabemos que pueden infectarse o no mostrar las funciones esperadas, o pueden ser rechazados por el cuerpo, pueden infectarse o no mostrar las funciones esperadas, es posible que sea necesario extirparlos nuevamente, y es posible que se requieran cirugías separadas para esto; Yo/nosotros por la presente consiento, sabiendo que estas prácticas implican riesgos y peligros además de complicaciones generales.

8-Me/nos han dicho, sé/sabemos, soy consciente/somos conscientes, que Es posible que los procedimientos a realizar no puedan diagnosticar todas las patologías/enfermedades relacionadas con mi salud/la salud de nuestro paciente, y los hospitales y médicos no garantizan la curación completa de ninguna enfermedad o condición patológica/la condición de nuestro paciente que aún exista o que actualmente tengo conocimiento o que no tengo conocimiento, lo que me ha llevado a solicitar esta solicitud, Me/nos han dicho, sé/sabemos, soy consciente/somos conscientes, que puede haber nuevas enfermedades/condiciones patológicas y complicaciones que no existían antes y que pueden depender de los resultados de las prácticas de diagnóstico o tratamiento que puedan surgir durante o después de los procedimientos.

9-Entiendo y apruebo que cualquier diagnóstico o tratamiento, incluida la cirugía, relacionado con esta solicitud puede no completarse si se considera necesario, o puede dividirse en múltiples sesiones y realizarse como aplicaciones/cirugías separadas, o puede no implementarse en absoluto.

10-Además, se me explica cualquier consecuencia que yo/mi paciente pueda enfrentar si no recibo tratamiento/nuestro paciente no recibe tratamiento, Con respecto a cada procedimiento que se realizará durante el diagnóstico y tratamiento, anemia/anemia, que sé que es común, microbios/infección incluyendo meningitis, coágulos de sangre en las venas y pulmones en el lugar de la cirugía; Se me explicó de manera clara y comprensible que puedo experimentar eventos como sangrado, reacción alérgica, edema tisular, crisis epiléptica, disfunción temporal o permanente de órganos o sistemas, quiebra o muerte fuera del sitio de la cirugía. Otros riesgos incluyen molestias leves, entumecimiento en el área de la incisión o cicatrices permanentes o deformidad de la cabeza, los brazos o las piernas o el cuerpo como resultado de la extracción o adición de hueso, cirugía o deformidad corporal, secreción de líquido cerebral del sitio de la cirugía o función, dolor de cabeza o dolor crónico/a largo plazo, pérdida temporal o permanente de la voz como resultado de parálisis de las cuerdas vocales, dolor facial, de cejas, dientes, audición, deglución, Pérdida temporal o permanente de función relacionada con los ojos y movimientos oculares, control de la micción o defecación, o discapacidad relacionada con la personalidad, o discapacidad debido a daño a tejidos u órganos; Sé que existen efectos secundarios como dolor y entumecimiento a corto o largo plazo debido a la necesidad de usar medicamentos u hormonas de por vida y al posicionamiento durante las aplicaciones. Y acepto estos riesgos.

11-Yo/nosotros sabemos que los procedimientos para aliviar el dolor con anestesia local/regional, espinal, epidural/médula espinal o anestesia general que se me pueden aplicar a mí/nuestro paciente durante las

	DOCUMENTOS DE GESTIÓN DE CALIDAD	Número de documento:HD-FR-758 Fecha de publicación: 16.12.2023
	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE ACEPTACIÓN Y ADMISIÓN DEL PACIENTE	Número de revisión: 00 Fecha de revisión: Número de página:3/3

prácticas de diagnóstico y tratamiento representan un riesgo adicional en sí mismos; Yo/nosotros sabemos que estos riesgos incluyen problemas respiratorios, reacciones a medicamentos, fiebre alta incontrolable, parálisis de cualquier parte del cuerpo o nervios, daño cerebral y muerte. Entiendo y apruebo todos estos riesgos.

12-Yo/nosotros sabemos que los dispositivos médicos como rayos X, escopia, ultrasonografía, gammagrafía, tomografía computarizada, resonancia magnética, etc. se pueden utilizar durante las aplicaciones de diagnóstico y tratamiento; Es posible que yo/nuestro paciente esté expuesto a rayos X, radioisótopos/energía nuclear, radiación de onda corta y larga; Es posible que yo/nuestro paciente esté expuesto a rayos X, radioisótopos/energía nuclear, radiación de onda corta y larga, Sabiendo que estas prácticas pueden tener consecuencias impredecibles, incluida la supresión de la médula ósea y la anemia, fallas en el sistema de defensa, fallas en los órganos reproductivos que impiden tener hijos o el desarrollo de cáncer incluso después de mucho tiempo, Apruebo/apruebo su uso si lo considero necesario.

13- Yo/nosotros autorizamos y aprobamos, siendo conscientes de que tengo/nosotros tenemos derecho a oponernos; El examen, almacenamiento, uso, destrucción o producción de cualquier órgano o tejido que se vaya a extraer de cualquier forma, o sus imágenes, o los tejidos posteriores que se produzcan a partir de ellos, y cualquier información que se obtenga durante los procedimientos a realizar sobre mi salud/la salud de nuestro paciente, con fines científicos.

14-He/hemos leído claramente todo este documento escrito. Como no sé leer, me/nos lo leyeron de manera comprensible./Se tradujo y me explicó. A mí/nosotros se nos dio la oportunidad de hacer todo tipo de preguntas, evaluar y tomar decisiones con respecto a mi condición de salud/la condición de salud de nuestro paciente, tanto durante como después de mi solicitud/solicitud y mientras llenaba este formulario. Se les dio la oportunidad de hacer cualquier pregunta, evaluar y tomar decisiones, incluso si no proporcionar tratamiento. Se explicaron todo tipo de alternativas de tratamiento y diagnóstico, incluido el no tratamiento, y sus riesgos y amenazas y creo que con lo escrito en este documento y las respuestas que recibí a mi(s) pregunta(s), se me ha brindado información suficiente y satisfactoria sobre mi salud/la salud de nuestro paciente y las prácticas a realizar, y doy/damos mi consentimiento al firmar este formulario por mi propia voluntad, sin estar bajo ninguna presión.

INFORMACIÓN PERSONALIZADA:

.....

Nombre y Apellido del Paciente:

Firma:

Fecha/Hora:/.....

Los familiares del paciente.

Nombre y apellido :

Firma:

Fecha/Hora:/.....

Doctor :

Nombre y apellido :

Firma:

Fecha/Hora:/.....