



DIRECTIVAS ANTICIPADAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

DECLARACIÓN

Yo, _____, siendo de sano juicio, deliberadamente y voluntariamente hago la siguiente declaración que debe seguirse si me vuelvo incompetente por cualquier razón. Esta declaración refleja mi compromiso firme y resuelto a rechazar tratamiento de soporte vital en las circunstancias indicadas a continuación.

Dirijo a mi médico de cabecera que retenga o retire el tratamiento de soporte vital que sólo sirve para prolongar el proceso de mi muerte, si estoy en una condición terminal o en un estado de inconsciencia permanente.

Ordeno que el tratamiento se limite a las medidas para mantenerme cómodo y para aliviar el dolor, incluyendo dolor que puede ocurrir al retener o retirar el tratamiento de soporte vital. Además, si estoy en la condición descrita anteriormente, utilizo este documento para comunicar mis deseos sobre las siguientes formas de tratamiento:

Yo quiero _____ no quiero _____ reanimación cardiopulmonar

Yo quiero _____ no quiero _____ respiración mecánica

Yo quiero _____ no quiero _____ una sonda de alimentación o cualquier otra forma artificial o invasiva de la nutrición (alimento) o hidratación (agua)

Yo quiero _____ no quiero _____ recibir sangre o productos sanguíneos

Yo quiero _____ no quiero _____ ningún tipo de cirugía o pruebas diagnosticas invasivas

Yo quiero _____ no quiero _____ diálisis renal

Yo quiero _____ no quiero _____ antibióticos

Me doy cuenta de que si no indico específicamente mi preferencia con respecto a cualquiera de las formas de tratamiento mencionados anteriormente, es posible que yo reciba ese tipo de tratamiento.

Testigo: _____

OTRAS INSTRUCCIONES:

Yo quiero _____ no quiero _____ designar a otra persona como mi representante para tomar decisiones de tratamiento médico si me declaran incompetente y en condición terminal o en un estado de inconsciencia permanente.

Nombre y dirección del nombrado (si aplica):

Nombre y dirección del sustituto alternativo (si el sustituto antes señalado no puede servir):

Yo quiero _____ no quiero _____ hacer un regalo anatómico de la totalidad o parte de mi cuerpo, sujeto a las siguientes limitaciones, si aplican:

Hice esta declaración en el _____ día de _____ (mes, año)

Declarante: _____

Firma: _____

Dirección: _____

Testigo: _____

Firma: _____

Dirección: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

1. La instalación mantiene personal y equipo para ayudar a los médicos y cirujanos que llevan a cabo diversas operaciones quirúrgicas y otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos. En general, estos médicos, cirujanos y profesionales no son agentes, funcionarios o empleados de la instalación, si no contratistas independientes y, por lo tanto, son agentes o empleados del paciente. La instalación dispone de enfermería y servicios de apoyo y equipo. La instalación no ofrece atención médica.
2. Los procedimientos que serán realizados y las ventajas y desventajas, riesgos y posibles complicaciones así como las alternativas han sido explicadas por mi doctor. El doctor ha contestado todas mis preguntas satisfactoriamente.
3. Mi consentimiento se da con el entendimiento de que cualquier operación o procedimiento implica riesgos y peligros. Los riesgos más comunes incluyen: infección, sangrado con la necesidad de una transfusión de sangre, lesiones nerviosas, coágulos de sangre, ataques de corazón, accidente cerebrovascular, reacción alérgica, daño a los dientes o puentes y la neumonía. Estos riesgos pueden ser graves y potencialmente mortales.
4. Yo autorizo a el patólogo o el médico de usar su discreción en la eliminación de cualquier miembro, órgano, implante, tejido de prótesis u otros removido de mi persona durante la(s) operación(es) o procedimiento(s).
5. La institución puede participar en la residencia u otros programas de capacitación para médicos, profesionales de salud y otros proveedores de servicios. Todos los cuidados prestados por los individuos en formación serán supervisados y revisados por el personal adecuado. Doy mi consentimiento de tratamiento por individuos en la formación y la revisión de cualquier registro de paciente por el mismo.
6. En caso de exposición accidental de un médico, contratista o empleado de la instalación a mi sangre o fluidos corporales, doy mi consentimiento para la prueba del VIH y la hepatitis.
7. Doy mi consentimiento a la presencia de otras personas con el único propósito de la observación y/o la educación. Entiendo que estas personas en sí no participaran en el procedimiento.
8. Doy mi consentimiento para el uso de cámaras de video o la fotografía que podrían ser utilizados para fines científicos o de enseñanza, y la revisión de mi expediente médico para uso en investigaciones de salud médica siempre y cuando mi nombre o identidad no sea revelado.
9. Libero a la instalación de cualquier responsabilidad por pérdida y/o daños de dinero, joyas u otros objetos de valor que traje a la institución.
10. Entiendo que si estoy embarazada o si existe alguna posibilidad de que pudiera estar embarazada, tengo que informar a la instalación inmediatamente, ya que el procedimiento previsto podría causar daño a mi hijo o a mí mismo.

11. Entiendo que en el raro caso de que se requiera hospitalización durante o inmediatamente después de la cirugía, mi médico hará los arreglos para mi traslado a un hospital local.
12. Mi firma a continuación constituye mi reconocimiento de que (1) He leído o se me ha leído lo anterior, y estoy de acuerdo con el documento, (2) Los procedimientos han sido suficientemente explicados por mis médicos, (3) Yo autorizo y doy mi consentimiento para la realización de el procedimiento y los procedimientos adicionales necesarios o recomendados por mi médico en su criterio profesional; (4) Yo autorizo y doy mi consentimiento para la administración de anestesia para el dicho procedimiento.
13. Si yo no soy el paciente, represento que tengo la autoridad de el paciente que, por razones de edad u otras discapacidades jurídicas, es incapaz de dar su consentimiento a las cuestiones antes mencionadas. Tengo derecho a dar consentimiento a las cuestiones antes mencionadas, y doy mi consentimiento a la misma (b) Por este medio, exonero de responsabilidad a la instalación, sus empleados, agentes, personal médico, socios y afiliados de cualquier costo o de responsabilidad a causa de falta de autoridad necesaria de mi parte para dar este consentimiento.

CONSENTIMIENTO PARA EL PAGO Y COBRO

14. Por este medio, asigno y concedo a NPSC todos los derechos e intereses a los cuales yo tengo derecho bajo cualquier póliza de seguro, Medicare, o cualquier otro fondo o plan de pago de terceros responsables del pago de mis beneficios. Yo autorizo pago de tales prestaciones directamente a NPSC.
15. Entiendo que los servicios prestados por mis médicos, anesestesiólogos, radiólogos, y otros médicos que prestan servicios médicos en NPSC se facturarán por separado.
16. Reconozco que si un cheque de pago de las prestaciones del seguro es enviado por mi compañía de seguros, ya sea por error o a causa de la política de la compañía de seguros, yo aprobaré y entregaré el cheque al North Point Surgery Center. Entiendo que, en virtud de la cesión descrito en el consentimiento, los fondos que recibiré pertenecen a NPSC y que es ILEGAL utilizar o aplicar los fondos de cualquier otra manera. En caso de que el monto del cheque enviado por la compañía de seguros es más que la cuenta pendiente a NPSC, arreglos satisfactorios se puede hacer entre NPSC y el firmante.
17. Estoy de acuerdo de que soy responsable por el pago de cargos actualmente establecidos por NPSC en la medida que los cargos no están cubiertos, permitidos o pagados por mi compañía de seguros, Medicare, o cualquier otro fondo o tercer pagador. Entiendo que no seré responsable del pago de cualquier cargo que NPSC se limita a recolectar por la ley o acuerdo.
18. En el caso de que la cuenta siga pendiente de pago, NPSC puede entregar la cuenta a una agencia de cobros o abogado para colección, y si NPSC me demanda para cobrar las cantidades adeudadas, me comprometo a pagar los costos incurridos por NPSC, incluyendo los honorarios de abogados como es permitido por las leyes del Estado de Pensilvania.
19. Yo doy autorización a NPSC para presentar quejas con mi compañía de seguros, terceros pagadores, la utilización de casos y organizaciones de revisión de cuidado administrado que puedan ser necesarias para retar denegaciones de la autorización o el pago de servicios de salud.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

20. Reconozco que NPSC me ha dado información sobre mis derechos y responsabilidades como paciente (Derechos del Paciente/Patient Bill of Rights) verbalmente tanto como por escrito, así como información sobre las Directivas Anticipadas para el Cuidado de la Salud/Advance Directives for Health Care.

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MEDICA

21. NPSC puede divulgar información sobre mí y el tratamiento que estoy recibiendo, incluyendo copias de mi expediente médico con fines de tratamiento, pago, y operaciones de NPSC como han sido descritos en nuestro Aviso de Privacidad. Reconozco que la Notificación de Privacidad de NPSC ha sido ofrecido a mí. Estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne a NPSC, sus funcionarios, directores, empleados y agentes, de toda responsabilidad, pérdida o daños y perjuicios en relación a la liberación de dicha información.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (SELECCIONE UN CUADRO)

- Yo reconozco que he recibido el NPSC Aviso de Prácticas de Privacidad que describe cómo mi información médica puede ser utilizada o divulgada como requiere la ley federal.
- Yo ya he recibido una copia del NPSC Aviso de Prácticas de Privacidad

_____		_____	
Nombre del Paciente		Nombre del Responsable	
_____		_____	
_____	____/____/____	_____	____/____/____
Firma del Paciente o Persona Responsable	Fecha	Testigo	Fecha
_____		____/____/____	
Firma del Asegurado, si es diferente del Paciente o la Persona Responsable		Fecha	

Si firmado por la Persona Responsable, contesta una de las siguientes preguntas:
(a) El paciente es incapaz de dar su consentimiento porque él/ella es menor de edad _____ años de edad
(b) Paciente no puede dar su consentimiento porque _____

