



Consentimiento del Tratamiento Medico

Firmando este documento, estoy autorizando a los Médicos, Parteras o Enfermeras Registradas; a proporcionarme atención medica y/o tratamiento médico. Yo entiendo que los Médicos de CIMA me harán el tratamiento de acuerdo con los estándares de cuidado médico; como manda la Asociación de Obstetricia y Ginecología Americana. También entiendo que este tratamiento de pronto va a incluir exámenes de laboratorios, ultrasonidos y otros procedimientos diagnósticos para asegurar un mejor tratamiento médico.

Si bien se realiza rutinariamente sin problemas, puede haber un riesgo en los materiales asociados con cada uno de estos procedimientos. Yo entiendo que no es posible hacer un listado de cada riesgo que se pueda presentar en cada procedimiento; por esta razón, este documento solo pretende identificar los materiales más comunes de riesgo y alternativas (si existen) asociadas con estos procedimientos.

También entiendo que varios profesionales de la salud puedan tener opiniones diferentes sobre lo que constituye riesgos, materiales y procedimientos alternativos.

Los procedimientos pueden incluir los siguientes:

1. **Sangre, Fluidos corporales**, como aquellos análisis hechos por el laboratorio y /o en la clínica materiales asociados con este tipo de procedimientos como, por ejemplo: parálisis o parálisis parcial, daño en los nervios, infección, sangrado y perdida de las funciones de las extremidades. A parte de la observación a largo plazo y/o el rechazo del tratamiento. No existen alternativas prácticas.
2. **Agujas**, como las vacunas o inyecciones. Los riesgos asociados con las agujas incluyen: daño en los nervios, infección, parálisis o parálisis parcial, puede haber opciones dependiendo los tipos de vacunas o inyecciones usadas.
3. **Evaluación Física y Tratamientos**, como los signos vitales, examen interno del cuerpo, rango de control del movimiento y algunos procedimientos similares. Los riesgos relacionados con algunos de estos tipos de procedimientos incluyen: reacciones alérgicas, infecciones o que las condiciones empeoren. A parte de usar algunos procedimientos modificados y/o rechazo del tratamiento, no existen otras alternativas.

Entiendo que:

1. La práctica de la medicina no es una ciencia exacta y eso NO ME GARANTIZA O ME ASEGURA QUE HAN SIDO HECHOS PARA MI, con respecto al resultado de cualquier procedimiento(s).
2. Los profesionales de la salud que van a estar a cargo de mi cuidado médico dependerán de la documentación de mi historia médica, así como otras informaciones proporcionadas por mí, determinando así cuando hacer o recomendar los procedimientos médicos; por lo tanto, estoy de acuerdo en proporcionar toda la información precisa y completa acerca de mi historia clínica y mi condición médica actual.
3. Puedo retirar mi consentimiento para cualquier prueba o procedimiento en cualquier momento.

Al firmar este documento:

1. Le doy mi consentimiento a los profesionales de la salud de CIMA para realizar los procedimientos médicos necesarios en el ejercicio de su juicio profesional, incluyendo aquellos procedimientos que talvez no se hayan previsto o que no se conozcan como necesarios al momento de obtener este consentimiento.
2. Tengo conocimiento de haber sido informado en términos generales de la naturaleza y propósito de los procedimientos, los posibles riesgos del procedimiento y las alternativas del procedimiento.
3. Doy mi consentimiento para la observación y participación de estudiantes en mi cuidado y tratamiento.
4. Si llego a tener preguntas o inquietudes sobre el procedimiento (s), le preguntare a mi proveedor para darme información adicional. También entiendo que el proveedor de pronto me hará firmar algunos consentimientos adicionales.

Toda la información obtenida por mí y todas las pruebas serán confidenciales y se mantendrán confidenciales a menos que yo firme un consentimiento para compartir mi información con otros proveedores de salud. Nadie tendrá acceso a mi historia clínica a menos que yo de la autorización por escrito.

Firma

Fecha

Testigo

Fecha