



Queensland
Government

Consent (Spanish)

Adult (18 years and over)

Facility:

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

A. ¿El paciente tiene capacidad?

Sí → **SEGUIR A sección B**

No → **COMPLETAR sección A**

Debe seguir la Orden de Advance Health (OAH) si no hay OAH, el consentimiento obtenido de un tomador de decisiones sustituto en el siguiente orden: Categoría 1. Guardián nombrado por tribunal; Categoría 2. Poder Notarial Perdurable; Categoría 3. Abogado de Salud Estatutaria

Nombre del tomador de decisiones sustituto:

Categoría del tomador de decisiones sustituto:

B. ¿Se necesita intérprete?

Sí, el intérprete ha:

proporcionado una traducción verbal en persona, del formulario de consentimiento informado

tradujo el formulario de consentimiento informado por teléfono

Nombre del intérprete:

Código de intérprete:

Idioma:

C. Paciente/tomador de decisiones sustituto solicita el/los siguiente(s) procedimiento(s)

Título del Procedimiento:

¿Este es un procedimiento íntimo?

Sí (llene la sección H sección 2) No

D. Riesgos específicos para el paciente al tener un procedimiento

(Médico/Profesional de salud debe documentar en el espacio disponible los riesgos adicionales no incluidos en la hoja informativa para paciente):

E. Riesgos específicos para el paciente al no tener un procedimiento

(Médico/Profesional de salud para documentar los riesgos específicos de no tener un [Título del procedimiento]):

F. Opciones de tratamiento alternativo

(Médico/Profesional de salud debe documentar el tratamiento alternativo no incluido en la hoja informativa para paciente):

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

v10.00 [Translated: 2022]
Clinical content review: 2018
Clinical check: 01/2021
Published: 04/2021



SW9436

CONSENT



Consent (Spanish)

Adult (18 years and over)

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

G. Información para el médico/profesional de la salud

La información en este formulario de consentimiento no pretende sustituir la comunicación directa entre el médico/profesional de salud y el paciente/tomador de decisiones sustituto.

Le he explicado al paciente/tomador de decisiones sustituto los contenidos de este formulario y es mi opinión que ha entendido la información.

Nombre del médico/profesional de salud:

Título:

Firma:

Fecha:

H. Consentimiento del paciente/tomador de decisiones sustituto

Acepto que el médico/profesional de salud ha explicado:

- la hoja informativa para paciente
- la condición médica y tratamiento propuesto, incluyendo la posibilidad de consentimiento del paciente/tomador de decisiones sustituto para recibir tratamiento adicional
- los riesgos y beneficios específicos del procedimiento
- el pronóstico, y riesgos de no tener el procedimiento
- opciones de tratamiento alternativo
- que no hay garantía de que el procedimiento vaya a mejorar la condición médica
- que el procedimiento puede incluir transfusión de sangre
- que puede tomarse tejidos/sangre a ser usados para diagnóstico/ manejo de la condición
- que si ocurre un evento que amenaza la vida durante el/la procedimiento/ tratamiento/investigación/examen, recibiré tratamiento de acuerdo con las discusiones documentadas (ej. OHD o PRA (Plan de Reanimación Aguda])
- que un médico/profesional de salud que no es el médico/especialista puede asistir con/realizar el procedimiento/tratamiento/investigación/examen clínicamente apropiado; esto puede incluir a un médico/profesional de salud que está completando entrenamiento adicional supervisado.
- que si el médico/profesional de salud desea grabar el procedimiento en video, audio o imágenes, cuando la grabación no se requiere como parte del tratamiento (ej. para propósitos de entrenamiento o investigación), se me pedirá que firme un formulario adicional de consentimiento. Si Decido no dar consentimiento, no va a afectar negativamente de manera alguna mi acceso, resultado o derechos a tratamiento médico.

Puede hacer preguntas y expresar mis inquietudes al médico/profesional de salud.

Entiendo que tengo derecho a cambiar mi decision sobre el consentimiento en cualquier momento, incluso luego de firmar este formulario (esto debe ser consultándolo con mi médico/profesional de salud).

Yo/tomador de decisiones sustituto he recibido la(s) siguiente(s) hoja(s) de consentimiento e información para paciente:

"Título del Procedimiento"

"Información sobre su anestesia"

"Transfusión de sangre fresca y productos sanguíneos frescos"

Basado en las declaraciones previas,

1) Yo/tomador de decisiones sustituto doy consentimiento para el/la procedimiento

Nombre del paciente/tomador de decisiones sustituto:

Firma:

Fecha:

2) Examen/Procedimiento del estudiante para propósitos de entrenamiento profesional:

Para propósitos de completar entrenamiento, puede que un/unos estudiante(s) clínico(s) observe(n) el/los examen(es) médico(s) o el/los procedimiento(s) y puede que también, sujeto a ayude con/realice un examen o procedimiento de un paciente cuando el paciente está bajo anestesia.

Yo/consentimiento de tomador de decisiones sustituto para que un estudiante clínico completando entrenamiento para:

- observar el/los examen(es)/procedimiento(s) Yes No
- ayudar con el/los examne(es)/procedimiento(s) Yes No
- realizar examen(es)/procedimiento(s) Yes No

Consent (Spanish)

Adult (18 years and over) | Informed consent: patient information

El paciente/tomador de decisiones sustituto ha recibido una copia de este formulario para que la lea cuidadosamente y ha tenido tiempo para hacer preguntas sobre el procedimiento. El formulario de consentimiento y hoja informativa para paciente deben ser incluidos en el archivo médico del paciente.



1. ¿Cuál es el procedimiento y cómo va a ayudarme/ayudar al paciente?



2. ¿Cuáles son los riesgos?

Hay riesgos y complicaciones con este procedimiento. También puede haber riesgos específicos a la condición individual y circunstancias de cada persona. Por favor discútalos/las con el médico/profesional de salud y asegure que los/las anoten en el formulario de consentimiento antes de firmarlo. Los riesgos incluyen, pero no se limitan, a los siguientes:

Riesgos y complicaciones comunes:

(adaptar riesgos relevantes al procedimiento)

- pueden ocurrir infecciones, que requieran antibióticos y más tratamiento
- puede haber sangrado que requiera volver a la sala de operaciones. El sangrado también puede dar lugar a que se necesite transfusión de sangre
- el sangrado es más común si ha estado tomando anti coagulantes, tales como warfarina, aspirina, clopidogrel (Plavix, Iscover, Coplavix), prasugrel (Effient), dipiridamol (Persantin o Asasantin), ticagrelor (Brilinta), apixabán (Eiquis), dabigatrán (Pradaxa), rivaroxabán (Xarelto) o medicinas complementarias/alternativas, como aceite de pescado y cúrcuma.

- áreas pequeñas del pulmón se pueden colapsar, aumentando el riesgo de infección de pecho. Esto puede requerir antibióticos y fisioterapia
- mayor riesgo de infección de la herida, infección de pecho, complicaciones pulmonares y cardíacas, y coágulos en la pierna o pulmones de personas obesas o fumadores.

Riesgos y complicaciones poco comunes
(adaptar riesgos relevantes al procedimiento)

Riesgos y complicaciones excepcionales
(adaptar riesgos relevantes al procedimiento)

- ataque cardíaco o accidente cerebrovascular puede ocurrir debido a la tensión en el corazón
- coágulo en la pierna causando dolor e hinchazón. En casos no frecuentes, parte del coágulo pueden desprenderse e ir a los pulmones
- muerte como resultado de este procedimiento es poco común.

Anestesia

El procedimiento:

- requerirá anestesia
- puede requerir anestesia
- no requiere anestesia

Para más información sobre la anestesia y los riesgos involucrados, por favor vea la hoja informativa de anestesia que ha recibido. Discuta toda inquietud con el médico/profesional de salud.

Si no ha recibido la hoja informativa de anestesia, solicítela.

¿Cuáles son los riesgos de no tener el procedimiento?

Puede haber consecuencias si decide no hacerse el/la procedimiento/tratamiento/investigación/examen propuesto. Por favor hable de ellos con el médico/profesional de la salud.

Si decide no hacerse el procedimiento, no tendrá que firmar el formulario de consentimiento.

Si ha firmado un formulario de consentimiento, tiene derecho a cambiar su decisión en cualquier momento antes del/de la procedimiento/tratamiento/investigación/examen. Por favor hable con el médico/profesional de la salud.



3. ¿Hay alternativas?

Tomar la decisión de tener un procedimiento requiere que el paciente/tomador de decisiones sustituto entienda las opciones disponibles. Por favor discuta toda opción de tratamiento alternativo con su médico/profesional de la salud antes de firmar el formulario de consentimiento.



4. ¿Qué puedo esperar luego del procedimiento?

Su equipo de atención médica le hablará sobre qué esperar luego del procedimiento y una vez salga del hospital.



5. ¿Quién va a realizar el procedimiento?

Un médico/profesional de salud diferente al consultor/especialista puede asistir con/realizar el procedimiento/tratamiento/investigación/examen clínicamente apropiado.

Este puede incluir a un médico/profesional de salud que está tomando entrenamiento adicional supervisado de acuerdo con las pautas profesionales relevantes.

Si tiene alguna inquietud sobre cuál

médico/profesional de salud va a realizar el procedimiento, por favor hable con el médico/profesional de salud.

Con el fin de tomar entrenamiento profesional en este hospital educativo, puede que un/unos estudiante(s) clínico(s) observe(n) el/los examen(es) o procedimiento(s) médico(s) y, con su consentimiento previo, asista con/realice un examen o procedimiento a un paciente mientras el paciente está bajo anestesia.

Si decide no dar consentimiento, esto no afectará negativamente de manera alguna su acceso, resultado o derecho a tratamiento médico. Usted no tiene obligación de dar consentimiento para que un estudiante(s) médico(s) realice(n) un examen(es) o procedimiento(s) para propósitos de entrenamiento.



6. ¿Dónde puedo recibir apoyo o más información?

Atención hospitalaria: antes, durante y después, está disponible en la página de web www.qld.gov.au/health/services/hospital-care/before-after de Queensland Health, donde puede leer sobre sus derechos de atención hospitalaria.

También puede ver una lista de medicamentos anti coagulantes en www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner.

El personal está disponible para apoyar las necesidades culturales y espirituales de los pacientes. Si desea recibir apoyo cultural o espiritual, por favor indíquelo a su médico/profesional de salud.

Queensland Health reconoce que los pacientes isleños del Estrecho de Torres tendrán la mejor experiencia de atención clínica cuando su cultura es incluida durante la toma de decisiones compartida.



7. Preguntas

Por favor indíquelo a su médico/profesional de salud si no entiende algún aspecto de esta hoja informativa para paciente o si tiene alguna pregunta sobre el/la condición médica, opciones de tratamiento y procedimiento/tratamiento/investigación/examen propuesto para usted/el paciente.



8. Contáctenos

En caso de emergencia, llame al Triple Cero (000).

Si no es una emergencia, pero tiene inquietudes, contacte al 13 HEALTH (13 43 25 84), 24 horas al día, 7 días a la semana.