



Queensland
Government

Transvaginal Ultrasound Consent (Spanish) - Consentimiento para Ecografía Transvaginal

Facility:

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

A. ¿El paciente tiene capacidad?

Completo solo para pacientes ADULTOS

- Sí → IR A sección B
 No → LLENAR 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:

Complete for CHILD/YOUNG PERSON patient only

- Sí Si bien el paciente es niño/joven, puede que el paciente tenga capacidad para dar consentimiento informado y suficiente madurez, entendimiento e inteligencia que le permita entender completamente la naturaleza, consecuencias y riesgos del procedimiento/tratamiento/investigación/examen propuesto y las consecuencias de no recibir tratamiento – 'Competencia de Gillick' (*Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority [1986] AC 112*)
→ SEGUIR A sección B

- No Padre/guardián legal/otra persona* con derechos y responsabilidades de tutela debe dar consentimiento y rellenar este formulario.
→ COMPLETAR sección A

*Acuerdos formales, como órdenes de tutela/custodia, adopción, u otros acuerdos de cuidador/tutela formalmente reconocidos. Ver la 'Guía de Toma Informada de Decisiones en el Cuidado de la Salud' de Queensland Health y las normas y procedimientos locales. Llenar la autorización de fuente de toma de decisiones siguiente según sea aplicable.

Si aplica, autorización de fuente de toma de decisiones (seleccionar una):

- Orden judicial → Verificado por orden judicial
 Guardián Legal → Documentación verificada
 Otra persona* → Documentación verificada

Nombre del padre/guardián legal/otra persona*:

Relacion con el niño/joven:

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. El paciente/padre/tutor legal/otra persona* solicita los siguientes procedimientos

Ecografía Transvaginal

D. Riesgos específicos de la paciente al realizarse una ecografía transvaginal

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

E. Riesgos específicos del paciente si no tiene ecografía transvaginal

(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

v3.00 [Translated: 2022]
Clinical content review: 2017
Clinical check: 11/2020
Published: 05/2021



SW9459

TRANSVAGINAL ULTRASOUND CONSENT



**Queensland
Government**

**Transvaginal Ultrasound Consent
(Spanish) - Consentimiento a Ecografía
Transvaginal**

(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/padre/guardián legal/otra persona*.

Le he explicado al paciente/padre/guardián legal/otra persona* los contenidos de este formulario y es mi opinión que la información ha sido entendida.

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 de "Ecografía Transvaginal"
- mi condición médica o de mi niño, y el tratamiento propuesto, incluyendo la posibilidad de 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 procedimiento/tratamiento/investigación/examen, se proporcionará atención de salud de acuerdo con la buena práctica clínica y en el mejor interés mío/del niño
- 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 decisión sobre el consentimiento en cualquier momento, incluso luego de firmar

este formulario (*esto debe ser consultándolo con mi médico/profesional de salud*).

Yo/padre/guardián legal/otra persona* ha recibido el siguiente consentimiento y hoja informativa para paciente:

"Ecografía Transvaginal"

Basado en las declaraciones previas,

1) Yo /padre/guardián legal/otra persona* da consentimiento para un Ecografía Transvaginal

Nombre del paciente/padre/guardián legal/otra persona*:

Firma:

Fecha:

Si el paciente es un niño/joven:

No sé de ninguna razón legal u otra que no me permita dar consentimiento ilimitado para este niño/joven para este tratamiento (*no aplica si el niño/joven es Gillick competente y firma este formulario*).

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.

consentimiento del paciente o del padre/guardián legal/otra persona* para un estudiante clínico en entrenamiento para:

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

Transvaginal ultrasound (Spanish) - Ecografía Transvaginal

Adult and Child/Young Person | Informed consent: patient information

Debe darle una copia de este formulario al paciente/padre/guardián legal/otra persona* para su cuidadosa lectura y dar tiempo para que haga preguntas sobre el procedimiento. Este formulario de consentimiento y hoja informativa para paciente deben ser incluidos en el archivo médico del paciente.



1. ¿Qué es la ecografía transvaginal y cómo me ayudará a mí/al paciente?

La ecografía usa ondas de sonido de alta frecuencia para ver los órganos internos.

Las ondas de ecografía son transmitidas por un transductor y son retransmitidas a la máquina de ecografía para producir imágenes en una pantalla.

Una ecografía transvaginal implica colocar un transductor especialmente diseñado dentro de la vagina. El útero y ovarios se encuentran muy abajo de la superficie abdominal. La inserción del transductor en la vagina permite tener un vistazo cercano (e imágenes más detalladas) de estos órganos pélvicos. Una ecografía transvaginal usualmente toma 10-15 minutos, pero ocasionalmente toma más tiempo. La ecografía puede pararse en cualquier momento si usted no desea continuar.

Puede que sienta dolor leve e incomodidad durante la ecografía transvaginal.

Si el escaneo se hace sobre un área sensible, también puede sentir algo de presión. Si el escaneo le causa algo más que dolor leve, por favor indíquele al ecografista/médico.

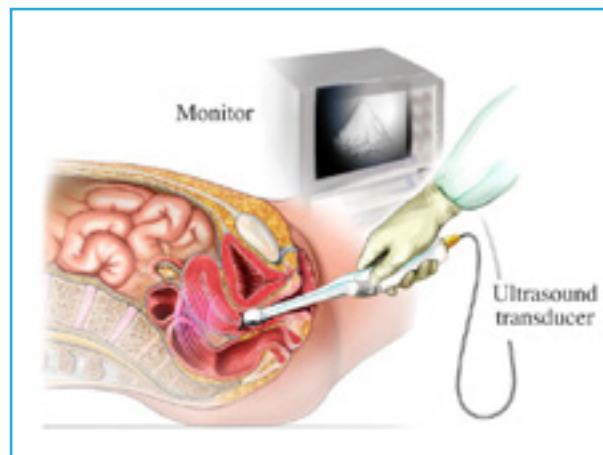


Image 1: Transvaginal ultrasound.

Illustration Copyright © 2019 Nucleus Medical Media, All rights reserved. www.nucleusmedicalmedia.com

Preparación para el procedimiento

Se le pedirá que vaya al lavabo y desocupe su vejiga antes de la ecografía transvaginal. Puede que tenga que ponerse una bata de hospital. Si está usando tampón o copa menstrual, debe removerlo(a).

Durante el procedimiento

Se bajarán las luces en la sala para que las imágenes puedan verse claramente en la pantalla de ecografía.

Se colocará funda protectora o condón sobre el transductor y se le aplicará gel lubricante para facilitar su inserción. Se le pedirá que se acueste en una camilla de examen. Se le dará una sábana para cubrirla. Se le pedirá que doble las piernas y se le insertará el transductor en la vagina. Puede que el ecografista/médico le pida que ayude a insertar el transductor. Por favor indíquele al personal si es alérgica al látex.

El ecografista/médico necesitará mover el transductor durante el examen para visualizar las estructuras pélvicas. Si tiene alguna inquietud durante el examen, por favor indíquele al

ecografista/médico que está realizando el examen.



2. ¿Cuáles son los riesgos?

No hay riesgos conocidos de realizar una ecografía transvaginal. El transductor es limpiado con un desinfectante de alto nivel después de cada uso, y se cubre con una funda o condón de un solo uso.

Puede haber riesgos específicos a su condición individual y circunstancias. Por favor hable al respecto con su ecografista/médico y asegúrese de que estos riesgos son incluidos en el formulario de consentimiento antes de firmarlo.

Este procedimiento no requiere anestesia.

¿Cuáles son los riesgos de no tener una ecografía transvaginal?

Puede haber consecuencias si decide no hacerse el/la procedimiento/tratamiento/investigación/examen propuesto. Por favor hable al respecto 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.

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 indíqueme 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.