



**Queensland
Government**

**Additional Student Consent for Intimate Procedures
(Spanish) - Consentimiento Adicional de Estudiante
para Procedimientos**

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. Consentimiento previo

Ya ha firmado un consentimiento para su procedimiento. Este formulario de consentimiento adicional le pide que de consentimiento para que estudiante(s) clínico(s) observe(n)/ayuden con y/o realice(n) un examen o procedimiento íntimo para fines educativos.

Un procedimiento íntimo se refiere a un procedimiento en un área íntima, usualmente los senos, genitales o un examen interno (vaginal o rectal). Los valores culturales y creencias del paciente también pueden determinar qué se considera como íntimo.

C. Examen/procedimiento de 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) o procedimiento(s) médico(s) y puede que también, con su consentimiento previo, asista con/realice un examen o procedimiento a un paciente mientras el paciente está bajo anestesia.

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

- observe examen(es)/procedimiento(s) Sí No
- ayude con el examen(es)/procedimiento(s) Sí No
- realice el examen(es)/procedimiento(s) Sí No

Consentimiento de paciente/tomador de decisiones sustituto

Nombre del paciente/tomador de decisiones sustituto:

Firma:

Fecha:

D. Información para el médico/profesional de la salud

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 la salud:

Título:

Firma:

Fecha:

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

