

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Clientes y familias

Si desea ayuda para leer este formulario, o tiene preguntas, por favor pregúntele a su médico o enfermera. Cuando usamos la palabra "tratamiento" en este formulario nos referimos a un procedimiento, o a un curso o plan de tratamiento.

Nombre del cliente (*en letra de imprenta*) _____

Tratamiento:

Estoy de acuerdo con el tratamiento que ha sido discutido conmigo por mi médico o proveedor de atención médica.

Estoy de acuerdo _____ y he hablado sobre por qué este tratamiento es necesario y lo que sucederá durante el tratamiento. Él/ella le ha explicado las posibilidades de que el tratamiento no funcione y los problemas médicos que pueden ocurrir con el tratamiento. También estoy de acuerdo con otros tratamientos que puedan ser necesarios mientras el médico o profesional de la salud esté realizando este tratamiento. Entiendo que mi médico de atención médica puede pedir a otros médicos, residentes, becarios o profesionales de la salud que realicen todo o parte de este tratamiento. Entiendo la información en este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas al médico o al proveedor de atención médica sobre el tratamiento.

Firma del cliente o sustituto de la persona que toma la decisión

Fecha y hora

Nombre del sustituto de la persona que toma la decisión (si la firma está arriba)

Relación con el cliente

DECLARACIÓN DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD

Certifico que he explicado la naturaleza de este tratamiento, sus riesgos y beneficios asociados y las posibles alternativas, incluyendo las consecuencias probables de no tener el tratamiento, al cliente o a la persona que toma las decisiones, o a ambos.

Firma del médico o proveedor de atención médica

Fecha y hora

Nombre del médico o proveedor de atención médica (escriba en letra de imprenta)

Firma del testigo

CONSENTIMIENTO TELEFÓNICO

He discutido los tratamientos y los beneficios y riesgos asociados por teléfono con el

(*marque uno*) **Cliente** **Sustituto tomador de decisiones**

que ha dado autorización oral para el tratamiento

Firma del médico o proveedor de atención médica

Fecha y hora

Nombre del médico o proveedor de atención médica

Firma de la persona que presenció la conversación

Fecha y hora