



## CONSENTIMIENTO PARA OPERACIÓN U OTRO PROCEDIMIENTO

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Por la presente solicito y autorizo a Suzette Delgado MD y / o al / los médico (s) asociado (s) que pueda seleccionar, para que realice en el paciente lo siguiente: **esto consiste en un examen medicamente indicado incluyendo pero no limitado a un examen pélvico y físico por cuerpo, incluido mi senos y órganos genitales y / o operaciones quirúrgicas mencionadas**, cuya naturaleza me ha sido explicada por el medico en terminus completamente comprensibles para mí.

---

---

¿ACEPTAS LAS TRANFUCIONES DE SANGRE, en caso de emergencia? SI ó NO \_\_\_\_\_  
Initials

1. He sido informada completamente por el médico en términos comprensibles para mí, todos los tratamientos alternativos médicos aceptables.
2. He sido informada completamente por el médico en terminos comprensibles para mí, los riesgos y consecuencias que están directamente asociados al (los) procedimiento quirúrgico que se describe a continuación.
3. He sido informada que tengo la opción de rechazar la operación ó procedimiento.
4. He sido informada completamente que la Dra. Delgado hace circuncisiones en la oficina. Estoy de acuerdo en que si solicito una circuncisión para mi bebé, se realizará en la oficina de la Dra. Delgado en lugar de en el hospital.
5. Doy mi consentimiento para la administración de los agentes anestésicos que sean seleccionados por los responsables de realizar el procedimiento.
6. Si surge alguna condición imprevista durante el curso de la operación, por la presente autorizo y solicito al médico y / o sus medicos asociados que se sometan a los procedimientos que consideren convenientes, que pueden ser adicionales o diferentes a los que están actualmente planificados.
7. También me informaron que existen otros riesgos, entre los que se incluyen, entre otros, la pérdida severa de sangre, las infecciones y los paros cardíacos que conllevan la realización de cualquier procedimiento quirúrgico.
8. Doy mi consentimiento para la eliminación apropiada por parte del hospital de cualquier tejido u otro material corporal que pueda eliminarse durante el curso del procedimiento.
9. Se me ha informado y reconozco que la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas y que no se me han otorgado garantías con respecto a ninguno de los resultados o riesgos.
10. Asimismo, doy mi consentimiento para que mi cirujano (o su representante) realice una grabación de video o fotográfica de la operación (que permanecerá bajo la custodia de mi cirujano) para los fines que mi cirujano considere convenientes.

**HE LEÍDO LOS PÁRRAFOS ANTERIORES Y SE EXPLICAN A MI SATISFACCIÓN.**

\_\_\_\_\_  
Testigo (a la firma solamente)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o del padre o tutor legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Hora

### **CERTIFICACIÓN DEL MEDICO**

Women's Healthcare of Kendall, LLC, certifico que el paciente o uno autorizado para actuar en su nombre: (1) ha sido completamente informado por mí o por uno de mis médicos asociado(s), en términos comprensibles para el paciente, de la naturaleza del procedimiento quirúrgico, las alternativas en cuanto a tratamiento, y consecuencias de los riesgos para el paciente inherente o asociado con el procedimiento; y (2) ha autorizado el funcionamiento del procedimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Women's Healthcare of Kendall es un consultorio médico regulado de acuerdo con las reglas de la Junta de Medicina según lo establecido en la división de reglas 64B8, F.A.C**

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE



Nuestro Aviso de las Practicas de Privacidad le advierte como podemos utilizar y difundir información referente a su salud que normalmente es considerada restringida. El aviso contiene una sección de Derechos del Paciente que explica sus derechos segun la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar el consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si nuestro aviso llegase a cambiar, usted puede obtener una copia solicitandola a nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de solicitar que limitemos la forma en que la información médica protegida sobre usted se usa para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de información médica protegida sobre su tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, y firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará las divulgaciones hechas en base de un consentimiento previo. Women's Healthcare of Kendall, LLC le proporciona este formulario para cumplir con el Acta de Transferencia y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996 (HIPPA).

El paciente entiende que:

- La información protegida de su salud puede ser difundida con fines de tratamientos, pagos o intervenciones relacionadas con el cuidado de su salud.
- Women's Healthcare of Kendall, LLC tiene un "Aviso de Practicas de Privacidad", y el paciente tiene la oportunidad de revisar este documento.
- Women's Healthcare of Kendall, LLC se reserva el derecho de cambiar el "Aviso de Practicas de Privacidad".
- El paciente tiene el derecho de restringir el uso de su información, pero Women's Healthcare of Kendall, LLC no está obligado a aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, por escrito, deteniendo asi toda divulgación futura.
- Women's Healthcare of Kendall, LLC puede ajustar el tratamiento de acuerdo con este consentimiento.

Este consentimiento fue firmado por:

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Nombre - letra imprenta del Paciente o  
de su Representante

Vínculo con el paciente (si la firma es de otro): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Testigo de Womne's Healthcare of Kendall, LLC.: \_\_\_\_\_



## REGISTRO DE DIVULGACIONES DEL PACIENTE

En general, la regla de privacidad HIPPA otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción en el uso y la divulgación de su información de salud protegida (PHI). También se le otorga al individuo el derecho a solicitar comunicaciones confidenciales o que se realice una comunicación de PHI por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina del individuo en

lugar de a la casa.

**Deseo ser contactada de la siguiente manera (marquee todo lo que corresponda):**

- Al teléfono de casa** \_\_\_\_\_  **Comunicaciones por escrito**
- Se puede dejar mensajes detallados  Se puede enviar correspondencia
- Dejar mensaje y número de devolución de llamada  Se puede enviar correspondencia al trabajo
- Dejar mensaje con número de telefono solamente  Se puede enviar a este fax \_\_\_\_\_

- Celular** \_\_\_\_\_  **Other (otra situacion)**
- Teléfono de trabajo** \_\_\_\_\_

- Se puede dejar mensajes detallados
- Dejar mensaje con número de teléfono solamente

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento**

**¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE EN SU EN SU MÁQUINA CONTESTADORA?**

SI  NO  N/A

**¿PODEMOS CONTACTARLA AL TRABAJO?**

SI  NO  N/A

**¿PODEMOS DISCUTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA CON SU ESPOSO O MIEMBRO DE LA FAMILIA?**

SI  NO  N/A

**NOTIFICACIONES ESPECIALES – FAVOR DE EXPLICAR):**

Yo autorizo que, toda la información médica necesaria para procesar cualquiera de mis reclamos a mi compañía de seguro sea puesta a disposición de ésta. Asimismo autorizo el pago de mis beneficios directamente a Women's Healthcare of Kendall, LLC. Entiendo y acepto que, independiente de mi estatus de seguro, soy totalmente responsable de mi cuenta por los servicios recibidos en esta oficina. En caso de que esta cuenta fuese enviada a un servicio de cobranza, todos los gastos que se acumulen de este recurso legal son también de mi responsabilidad. El/la suscrito(a) consiente que al firmar como padre, esposo(a), fiador, guardián o paciente, asume la responsabilidad y obligación por cualquier balance pendiente que derive a causa de tratamiento médico a dicho paciente. En caso de que la cuenta fuese referida a un abogado(a), el/la suscrito(a) pagará dichas cuentas legales y asumirá costos de colección.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

**NOMBRE** \_\_\_\_\_