Methodist
HEALTH SYSTEM

CONSENTIMIENTO PARA EL INGRESO Y TRATAMIENTO COMO PACIENTE HOSPITALIZADO Y/O AMBULATORIO

❒ **Methodist Dallas Medical Center** ❒ **Methodist Charlton Medical Center** ❒ **Methodist Mansfield Medical Center**
❒ **Methodist Richardson Medical Center** ❒ **Other** _____

1. **Consentimiento para el ingreso o tratamiento:** Yo, _____ (nombre del paciente), voluntariamente doy mi consentimiento para ser tratado y, si fuera necesario, ser hospitalizado en Methodist Health System. El médico que me brinda atención me ha explicado a mi entera satisfacción la afección médica que requiere mi hospitalización y/o tratamiento por parte de Methodist Health System. Otorgo mi permiso para que los médicos y sus asistentes, los médicos del residentado médico, los estudiantes de medicina, enfermería y demás estudiantes clínicos, y los empleados afiliados a Methodist Health System realicen dicho(s) tratamiento(s) médico(s) y/o procedimiento(s) diagnóstico(s) durante mi hospitalización de acuerdo con las indicaciones del médico que me brinda atención o su(s) asociado(s) o la(s) persona(s) a quien este designe.

2. _____ *Iniciales* Yo (nosotros) doy _____ no doy (no damos) _____ consentimiento para que se realice una prueba de VIH. Confirmo que hay dos opciones para realizar la prueba y que (1) si se me realiza la prueba, el resultado de mi prueba de VIH será confidencial, pero no anónimo, y (2) existe una prueba anónima disponible en otras organizaciones. Negarse a que se realice una prueba de VIH no representa la negativa del punto 4 a continuación.

3. _____ *Iniciales* Yo (nosotros) confirmo (confirmamos) que se han proporcionado materiales impresos sobre el VIH, la hepatitis B y la sífilis.

4. **Exposición de los trabajadores de salud/análisis de sangre:** Entiendo que según la ley de Texas, en caso de que algún trabajador de la salud se exponga a mi sangre o a otros líquidos corporales, acepto permitir al hospital que realice análisis en mi sangre u otro líquido corporal para determinar la presencia de alguna enfermedad contagiosa, incluida, entre otras, la hepatitis, el virus de inmunodeficiencia humana (que es el agente causante del SIDA) y la sífilis. Entiendo que ningún resultado de análisis obtenido bajo estas circunstancias formará parte de mi expediente médico del hospital.

5. **Médicos no agentes del hospital:** Entiendo que los médicos o los asistentes de los médicos que me tratan o me prestan servicios profesionales, ya sea en forma directa o indirecta a través de tales servicios como, entre otros, medicina de emergencia, radiología, patología o laboratorio médico, anestesiología y perinatología (con excepción de los médicos del residentado médico) **no** son empleados ni agentes de Methodist Health System. Estos médicos son profesionales independientes y son los únicos responsables de su opinión y conducta. También entiendo que para servicios de emergencia o no programados, el hospital puede colaborar con mi selección de médicos a través de un listado establecido de médicos "de guardia" proporcionado por los departamentos del hospital. Acepto que el hospital no es responsable de la opinión o conducta independiente de ninguno de los médicos identificados anteriormente.

6. **Desecho del tejido extraído:** Autorizo al hospital a que use su criterio para conservar o desechar cualquier tejido extraído durante cualquier tratamiento o procedimiento diagnóstico.

7. **Riesgos del tratamiento; no existen garantías de resultado o curación:** Entiendo que no se me otorga ningún tipo de garantía acerca del resultado o la curación. De la misma manera en que puede haber riesgos y peligros si continúo sin recibir tratamiento para mi afección actual, también existen riesgos y peligros relacionados con los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o diagnósticos previstos para mí. Comprendo que es común que en los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o diagnósticos exista un potencial para infección, coágulos de sangre en venas y pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas e incluso la muerte.

8. **Responsabilidad sobre los bienes personales:** Entiendo que Methodist Health System no asume ninguna responsabilidad por guardar en un lugar seguro cualquier bien personal, incluidos, entre otros, joyas y dinero, a menos que se depositen específicamente en la caja de seguridad de la oficina de ingresos o en la caja de seguridad de registro de unidades designadas.

9. **Certificación - Comprensión del formulario de consentimiento:** Afirmo que he leído, o me han leído, y he comprendido plenamente el consentimiento que precede correspondiente a la hospitalización y el tratamiento, y que todos los espacios en blanco que necesitaban ser completados lo fueron antes de que se firmara el presente consentimiento.

Por la presente hago constar mi firma en forma voluntaria y con pleno conocimiento.

_____ _____ _____A.M / P.M
Firma del paciente Fecha Hora

_____ _____ _____
Firma del testigo Nombre del testigo, en letra de imprenta Fecha / Hora

Si NO es un empleado de MHS, complete lo siguiente:
Dirección del testigo (calle o apartado de correos)_____
Cuidad, estado, código postal:_____

Empleado de MHS: Marque la casilla correspondiente a continuación para la dirección del testigo:

☐ METHODIST DALLAS MEDICAL CENTER	1441 N. Beckley Ave.	Dallas, Texas 75203
☐ METHODIST CHARLTON MEDICAL CENTER	3500W. Wheatland Rd.	Dallas, Texas 75237
☐ METHODIST MANSFIELD MEDICAL CENTER	2700 E. Broad St.	Mansfield, Texas 76063
☐ METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER	401W. Campbell Rd.	Richardson, Texas 75080

SI EL PACIENTE ES UN MENOR EMANCIPADO, COMPLETAR LA DECLARACIÓN DEL MENOR DEJANDO CONSTANCIA DE SU CAPACIDAD PARA DAR EL CONSENTIMIENTO. Política 212 de MHS, formulario 03732.

SI EL PACIENTE NO ES UN MENOR EMANCIPADO O NO PUEDE FIRMAR, COMPLETAR LO SIGUIENTE:*
El paciente no puede firmar porque _____
_____

_____ _____
Firma del padre o de la madre o de los padres, si se le(s) conoce Nombre del padre o de la madre o de los padres, si se le(s) conoce

_____ _____
Firma del tutor legal, si está designado Nombre del tutor con la patria potestad o tutor, si está designado

_____ _____ _____
Otra persona y relación con el menor Firma del padre o de la madre, **o** del tutor legal, **o** del tutor con la patria potestad, **o** del tutor, **o** de otra persona, si hubiera sido nombrada Fecha /Hora

_____ _____ _____A.M. / P.M.
Firma del testigo Nombre del testigo, en letra de imprenta Fecha / Hora

Si NO es un empleado de MHS, complete lo siguiente:
Dirección del testigo (calle o apartado de correos):_____

Cuidad, estado, código postal: _____

Empleado de MHS: marque la casilla correspondiente a continuación para la dirección del testigo:

☐ METHODIST DALLAS MEDICAL CENTER	1441 N. Beckley Ave.	Dallas, Texas 75203
☐ METHODIST CHARLTON MEDICAL CENTER	3500W. Wheatland Rd.	Dallas, Texas 75237
☐ METHODIST MANSFIELD MEDICAL CENTER	2700 E. Broad St.	Mansfield, Texas 76063
☐ METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER	401W. Campbell Rd.	Richardson, Texas 75080

_____ _____ _____ A.M./P.M _____ _____ _____A.M./P.M
Consentimiento por teléfono Fecha Hora Verificado Por Fecha Hora

*** PERSONA DISTINTA DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR,** AUTORIZADA POR LEY A FIRMAR EN LUGAR DEL MENOR (en el orden mencionado) en caso de que ni el padre, ni la madre ni el tutor puedan ser contactados y no se haya dado una notificación de lo contrario:

1. Progenitor con derecho de visitas.
2. Abuelo.
3. Hermano o hermana de 18 años de edad o más.
4. Tío o tía de 18 años de edad o más.
5. Todo tribunal que tenga jurisdicción en una demanda que afecte a la relación padre-hijo de la cual el menor sea el sujeto.
6. Todo adulto que tenga a su cargo el cuidado y control del menor y posea una autorización por escrito para dar su consentimiento otorgada por una persona autorizada a dar dicho consentimiento.
7. Una institución educativa en la cual el menor esté inscrito que reciba una autorización por escrito para dar su consentimiento otorgada por una persona autorizada a dar dicho consentimiento.
8. Un adulto responsable del cuidado, el control y la posesión del menor en virtud de la jurisdicción de un tribunal de menores o asignado por dicho tribunal al cuidado de una agencia estatal o nacional.
9. Un agente de las fuerzas del orden que ha tomado legalmente la custodia del menor, si dicho agente tiene motivos razonables para creer que el menor necesita tratamiento médico inmediato.
10. La Comisión Juvenil de Texas puede otorgar su consentimiento para el tratamiento médico de un menor asignado a ella cuando la persona que tiene el poder para dar el consentimiento ha sido contactada y no se ha recibido una notificación de lo contrario.