SUMMIT
SURGERY CENTER
OF SANTA BARBARA

Consentimiento del Paciente para tomar Medidas de Resucitación

** POR FAVOR, TRÁIGALO CONSIGO A SU CITA PROGRAMADA **

NO ES UNA REVOCATORIA DE INSTRUCCIONES ANTICIPADAS O DE CARTAS PODER MÉDICAS

Según la ley de California, todos los pacientes tienen el derecho de participar en sus propias decisiones sobre cuidados de la salud y dictar instrucciones anticipadas o firmar cartas poder que autoricen a otros tomar decisiones en su nombre, en base a los deseos expresados por el paciente cuando éste es incapaz de tomar o comunicar sus decisiones. El Centro Quirúrgico Summit (SSC, por sus siglas en inglés) respeta y defiende tales derechos.

La mayoría de procedimientos que se llevan a cabo en el SSC se consideran de riesgo mínimo, Por supuesto, ningún procedimiento está libre de riesgo. Usted y su médico habrán discutido los detalles específicos y los riesgos asociados a su procedimiento, la recuperación esperada y los cuidados que tendrá después de su procedimiento.

Es política del SSC, independientemente del contenido de cualquier instrucción anticipada o de instrucciones de un sustituto o apoderado de cuidados de la salud, que si ocurriera un caso adverso durante su tratamiento en el SSC, el personal del SSC tomará medidas de resucitación u otras medidas estabilizadoras y lo transferirá a un hospital de cuidados agudos para una mayor evaluación. En el hospital de cuidados agudos, se ordenará ya sea continuar con el tratamiento o la detención del tratamiento ya iniciado de acuerdo a sus deseos, instrucciones anticipadas o carta poder de cuidados de la salud. Su conformidad con esta política mediante su firma a continuación no revocaría o invalidaría ninguna instrucción actual de cuidados de la salud o carta poder de cuidados de la salud.

Si usted NO está conforme con esta política, el SSC con gusto le ayudará a reprogramar el procedimiento.

Por favor, haga una marca en la casilla adecuada para contestar esta pregunta. ¿Ha dictado instrucciones anticipadas de cuidados de la salud, un testamento en vida o una carta poder que autorice a alguien para que tome decisiones sobre cuidados de la salud por usted?

❍ Sí, he dejado Instrucciones Anticipadas, un Testamento en Vida o una Carta Poder de Cuidados de la Salud.

❍ No, no he dejado Instrucciones Anticipadas, un Testamento en Vida o una Carta Poder de Cuidados de la Salud.

❍ Me gustaría tener mayor información sobre Instrucciones Anticipadas.

Al firmar este documento, declaro que he leído y comprendido su contenido y me someto a la política descrita. Si he solicitado información sobre Instrucciones Anticipadas, declaro haber recibido dicha información.

_____

Firma del Paciente | Nombre del Paciente (en imprenta) | Fecha

Si el consentimiento lo ha firmado otra persona que no sea el Paciente:

_____

Firma del Paciente | Nombre del Paciente (en imprenta) | Fecha

Relación: ❍ Tutor (designado por la corte) ❍ Apoderado ❍ Sustituto de Cuidados de la Salud