

# StDavid's HEART & VASCULAR

## CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE

### Consentimiento General informado para Cuidado y Tratamiento Médico

**PARA EL PACIENTE:** *Usted tiene derecho como paciente a ser informado acerca de su condición médica, tratamiento y/o procedimientos quirúrgicos recomendados para que así usted pueda tomar la decisión de someterse o no al tratamiento después de conocer los riesgos y peligros envueltos. En este momento, no se le ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este consentimiento es simplemente para obtener su permiso para llevar a cabo la evaluación necesaria para determinar el tratamiento y/o el procedimiento adecuado según su condición médica. Este consentimiento estará vigente hasta que usted lo anule de forma escrita.*

Mediante este consentimiento usted nos autoriza a realizar exámenes médicos, análisis y tratamientos necesarios. Con su firma a continuación usted indica que (1) reconoce que este consentimiento es de carácter continuo después de haber obtenido un diagnóstico médico específico y de haber recibido una recomendación de tratamiento; y (2) acepta someterse al tratamiento en este consultorio u otro consultorio de nuestra propiedad.

Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento médico con su doctor acerca del propósito, riesgos y beneficios de cualquier examen ordenado. Por favor, no dude en consultar con su médico si usted tiene preguntas e inquietudes acerca de cualquier tratamiento y examen médico recomendado. Usted tiene el derecho de interrumpir nuestros servicios en cualquier momento.

Yo, voluntariamente pido a un doctor de St. David's Heart & Vascular, proveedor de nivel medio o secundario como enfermera avanzada o especializada (NP por sus siglas en ingles), asistente certificado para trabajar como doctor (PA por sus siglas en inglés), enfermera clínica y a otros proveedores o asistentes médicos según sea necesario para llevar a cabo mi tratamiento, pruebas o exámenes médicos por la condición médica que me ha traído a St. David's Heart & Vascular, PLLC. Yo entiendo que si se me recomienda realizar pruebas o exámenes adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me será pedido leer y firmar otro documento donde daré mi consentimiento antes de llevar a cabo dichas pruebas o procedimientos.

Certifico que he leído y entendido en totalidad las declaraciones anteriores; y que doy mi consentimiento en su totalidad y voluntariamente a todo su contenido.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Persona que lo Representa**

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

\_\_\_\_\_  
**Nombre en Letra de Molde del Paciente o Representante**

\_\_\_\_\_  
**Parentesco**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en Letra de Molde del Testigo del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**Título Laboral del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Testigo del Empleado**

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