



Saint Alphonse

A Member of Trinity Health

AFFIX PATIENT LABEL OR WRITE

Patient's Name: _____

Date of Birth: _____

Today's Date: _____

Surgical/Procedural Informed Consent (Spanish) -- SAHS-411SP

Patient's Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS Y OPERACIONES QUIRÚRGICAS

Nombre del doctor(a): _____

Centro: ☐ Baker City ☐ Boise ☐ Nampa ☐ Ontario ☐ Clínica: _____

Intervenciones (*sin abreviaturas*):

CONDICION MEDICA Y PROCEDIMIENTO: El/la doctor(a) me explicó la condición medica que tengo, así como el procedimiento que se describe arriba. Sé lo que sucederá en el procedimiento como, por ejemplo, que quizá necesite anestesia, sedantes o ambos. Antes del procedimiento, me explicarán los riesgos y los efectos secundarios de la anestesia o los sedantes y me pedirán que firme otro consentimiento para la anestesia o los sedantes. Sé que tengo derecho a rechazar este procedimiento.

RIESGOS: Sé que todos los procedimientos médicos conllevan riesgos que van desde molestias leves a reacciones alérgicas, sangrado, coágulos de sangre, ataques cardíacos, infecciones, lesión de las áreas alrededor y de los nervios, insuficiencias respiratorias, insuficiencias renales, hemorragias fuertes y derrame cerebral. Mi doctor(a) ha discutido conmigo los riesgos conocidos específicos asociados con este procedimiento médico. Si ocurre alguno de estos riesgos, es posible que para tratarlos se necesiten más procedimientos. Estos riesgos pueden ser graves y posiblemente letales. Soy consciente de estos riesgos y los asumo voluntariamente.

Más riesgos (si los hay): _____

ALTERNATIVAS: Mi doctor(a) me explicó las alternativas para este procedimiento y los riesgos y beneficios que conllevan. Las alternativas pueden ser, por ejemplo, seguir monitoreado o ningún tratamiento, pero esto puede tener consecuencias graves:

Otras alternativas (si las hay): _____

BENEFICIOS: Mi doctor(a) me explicó los posibles beneficios de este procedimiento. Sé que no hay garantías de obtener estos beneficios. También sé que no hay garantías en cuanto a los resultados de este procedimiento.

Beneficios de este procedimiento: _____

Después de haberme informado de los riesgos, ventajas y alternativas del procedimiento descrito arriba, quiero someterme al procedimiento.

EQUIPO DE ATENCIÓN: Autorizo a mi doctor(a) para que efectúe el procedimiento descrito arriba. Soy consciente de que el/la doctor(a) será asistida de un equipo de atención que puede incluir: proveedores de anestesia, enfermeras, técnicos y especialistas en dispositivos médicos. Este equipo también puede estar formado por cirujanos, residentes, compañeros, estudiantes de medicina y profesionales de práctica avanzada. Autorizo a estas



Patient's Name: _____

Date of Birth: _____

Today's Date: _____

personas que ejecuten partes de la operación o procedimientos y que estén dentro de su ámbito de especialidad, siempre bajo la dirección del/la doctor (a) identificado/a anteriormente.

Administración de Sangre o Productos Sanguíneos

☐ **Marque aquí si no está anticipado la administración de sangre para este procedimiento**

Me han explicado que necesito o puedo necesitar transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Entiendo en general que es una transfusión y los procedimientos que utilizarán. Entiendo que mi proveedor decidirá la cantidad y el tipo de producto sanguíneo necesario según mis necesidades particulares.

BENEFICIOS: La sangre y los productos sanguíneos son agentes terapéuticos derivados de la sangre humana que favorecen la capacidad de transporte de oxígeno en la sangre, combaten infecciones, previenen el shock y detienen el sangrado. Es posible que se necesiten transfusiones para reemplazar la sangre perdida por una lesión, para reemplazar la sangre anormal o para aumentar el recuento sanguíneo cuando el cuerpo no puede producir suficientes células sanguíneas por sí solo.

RIESGOS: Entiendo que existe un riesgo pequeño pero definitivo de transmisión de enfermedades infecciosas potencialmente graves y/u otras reacciones. Las enfermedades incluyen, entre otras, hepatitis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y virus del Nilo Occidental. Otras reacciones adversas pueden incluir, entre otras, síntomas de fiebre, escalofríos, urticaria o, en reacciones más graves, la posible destrucción de los glóbulos rojos transferidos, inmunización, infecciones de bacterias y, en raras ocasiones, la muerte.

ALTERNATIVAS: No existe una alternativa eficaz a la sangre o a las transfusiones de sangre. Si no se administra sangre o productos sanguíneos, el problema que se pretendía tratar puede persistir y potencialmente provocar la muerte. En el caso de una transfusión electiva, las alternativas a recibir sangre del suministro comunitario incluyen la donación previa de la propia sangre (donación de sangre autóloga). Las donaciones autólogas deben recolectarse varios días o semanas antes de su uso y las donaciones dirigidas requieren varios días para procesarse.

☐ **DOY** mi consentimiento para la administración de toda la sangre y/o productos sanguíneos según lo ordenado por mi proveedor.

☐ **NO DOY** mi consentimiento para la administración de toda la sangre y/o productos sanguíneos según lo ordenado por mi proveedor.

Si el paciente o su representante no da su consentimiento para toda la administración de sangre o productos sanguíneos, complete el Rechazo Informado de Productos Sanguíneos y Fracciones de Sangre—SAHS1096.

Con mi firma a continuación, confirmo que: (i) mi proveedor médico me explicó la información anterior, respondió todas mis preguntas y me brindó una explicación más detallada si la solicité; (ii) entiendo la información anterior; (iii) doy mi consentimiento para que mi proveedor médico realice el procedimiento identificado anteriormente; (iv) doy mi consentimiento para la administración de toda la sangre y/o productos sanguíneos según lo indique mi proveedor médico.

Patient's Name: _____

Date of Birth: _____

Today's Date: _____

Entiendo que pueden surgir condiciones imprevistas durante el procedimiento que, a juicio de mi proveedor médico, pueden requerir procedimientos y/o tratamientos adicionales o diferentes. En tal caso, por la presente autorizo a mi proveedor médico a hacer lo que él o ella, según su criterio médico profesional, considere medicamente mejor para mí. Además, entiendo y acepto que este documento es adicional y no reemplaza mi acuerdo de consentimiento para atención médica y servicios al paciente y cualquier otro consentimiento que firme.

Firma del paciente_____
Fecha_____
Hora

El paciente no puede firmar porque _____

Por esta razón doy consentimiento para que se realice el procedimiento y la administración de sangre/productos sanguíneos (si se indica arriba) en nombre del paciente mencionado arriba.

Firma del representante del paciente_____
Vínculo con el paciente_____
Fecha_____
Hora**Servicios de interpretación:**

____ Intérprete telefónico ____ Intérprete por video ____ Intérprete presencial

Nombre del intérprete_____
Firma/nº ID_____
Fecha_____
Hora

Con la firma del testigo significa (i) confirma que el paciente (o el representante del paciente, según el caso) no tiene más preguntas para el/la doctor(a), y (ii) que el testigo o bien estuvo presente mientras el paciente o el representante de paciente firmaba este formulario, o bien confirmó verbalmente con el paciente o el representante del paciente que sus firmas correspondientes en este formulario son efectivamente la firma del paciente o la del representante del paciente.

Testigo: _____
Firma **Fecha** **Hora**

Con la firma de este formulario, el/la doctor(a) confirma que proporcionó la información sobre el procedimiento al paciente y que recibió el consentimiento informado del paciente o del representante del paciente antes de la realización del procedimiento; O

☐ Consentimiento de emergencia: Se da cuando el/la doctor(a) tiene razones para concluir que existe una alta probabilidad de que la vida o el estado de salud del paciente corre mucho peligro si el procedimiento se retrasa y el paciente o el representante del paciente no pueden proporcionar un consentimiento informado para la intervención.

Doctor(a): _____
Firma **Fecha** **Hora**

(A rellenar por el personal del centro/Office Staff only):

Nombre del paciente/Patient Name (Apellido/Last, Nombre/Name):

Fecha de nacimiento/Date of Birth



Saint Alphonse

A Member of Trinity Health

Aviso Informativo Sobre La No Discriminación, La Disponibilidad De Asistencia Lingüística, Ayudas Auxiliares Y Servicios De Accesibilidad

Saint Alphonse Health System entiende que todos tenemos diferentes experiencias vividas, necesidades, identidades, costumbres y capacidades. Nos comprometemos a proporcionar una atención y unos servicios de calidad, accesibles y equitativos que respondan a las necesidades de las diversas comunidades a las que atendemos.

Saint Alphonse Health System da la bienvenida a todos los que acuden a nosotros en busca de atención, tratamiento y servicios. Cumplimos todas las leyes federales sobre derechos civiles y no excluimos a nadie ni le tratamos de forma diferente debido a su edad, raza, color, origen étnico (incluido el conocimiento limitado del inglés y el idioma principal), nacionalidad, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, situación socioeconómica (incluida la capacidad de pago o la participación en Medicaid, Medicare o el Programa de Seguro Médico Infantil), sexo (incluido el sexo de nacimiento o el sexo legal), características sexuales (incluidos los rasgos intersexuales), embarazo o afecciones relacionadas, estereotipos sexuales, orientación sexual, identidad o expresión de género, condición de veterano o cualquier otra categoría protegida por la ley.

Como ministerio patrocinado por la Iglesia católica, proporcionamos servicios sanitarios guiados por los principios morales descritos en las Directrices éticas y religiosas para los servicios sanitarios católicos publicadas por la Conferencia de Obispos Católicos de Estados Unidos.

Saint Alphonse Health System proporciona de forma gratuita ayudas auxiliares y servicios de comunicación, para que las personas puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes de lengua de signos cualificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes cualificados
 - Información escrita en otras lenguas.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con

Servicios de Asistencia Lingüística en el 208-367-2121

Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS): 7-1-1

Saint Alphonse Health System admite animales de servicio adiestrados para realizar trabajos o tareas en beneficio de personas con alguna discapacidad.

Si necesita otro tipo de modificación razonable o servicios de accesibilidad, coméntelo con su proveedor o con el Coordinador de la Sección 1557/Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Servicios de Asistencia Lingüística en el 208-367-5463

Si cree que Saint Alphonse Health System no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra manera, puede presentar una queja ante:

Relaciones con los Pacientes

1055 N. Curtis Road
Boise Idaho 83706
(208) 367-6226
BO-Patientrelations@saintalphonsus.org

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

O por correo o teléfono a

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamación están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

[Este aviso está disponible en la página web de Saint Alphonsus Health System:
www.SaintAlphonsus.org]

Notice of Availability of Language Assistance Services

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) or speak to your provider.

Español / Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) o hable con su proveedor.

Việt / Vietnamese

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-208-367-2121 (Người khuyết tật: 7-1-1) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

中文 / Simplified Chinese

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-208-367-2121（文本电话：7-1-1）或咨询您的服务提供商。

РУССКИЙ / Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) или обратитесь к своему поставщику услуг.

한국어 / Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

українська мова / Ukrainian

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) або зверніться до свого постачальника».

日本語 / Japanese

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

العربية/Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات أو تحدث إلى مقدم الخدمة (TTY: 7-1-1) يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-208-367-2121.

Română/Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți Română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Ajutoarele și serviciile auxiliare adecvate pentru furnizarea de informații în formate accesibile sunt, de asemenea, disponibile gratuit. Apelați 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) sau consultați cu furnizorul dumneavoastră.

ភាសាខ្មែរ / Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចត្រូវតែមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយភាគតិចត្រូវផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Deutsch / German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Farsi (Persian)

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، کمک زبانی رایگان در دسترس شماست. کمک‌ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس نیز به صورت رایگان موجود هستند. با 2121-367-208-1 (TTY: 7-1-1) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

Français / French

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) ou parlez à votre fournisseur.

ไทย / Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้

ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

नेपाली / Nepali

सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) o makipag-usap sa iyong provider.

Kiswahili/Swahili (Bantu)

TAHADHARI: Ikiwa unazungumza Kiswahili, huduma za usaidizi za lugha bila malipo zinapatikana kwako. Usaidizi na huduma zinazofaa za kutoa taarifa katika miundo inayofikika zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) au uzungumze na mtoa huduma wako.

Српски/Serbian

ПАЖЊА: Ако говорите Српски, обезбеђена вам је преводилачка услуга. Додатна одговарајућа помоћ и услуге за пружање информација у доступним форматима такође су доступни без надокнаде. Назовите 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) или разговарајте са вашим пружаоцем услуга.

Soomaali / Somali

FIIRO GAAR AH: Haddaad ku hadasho Soomaali, adeegyo kaalmada luuqadda ah oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Qalab caawinaad iyo adeegyo oo habboon si loogu bixiyo macluumaadka qaabab la adeegsan karo ayaa sidoo kale bilaa lacag heli karaa. Wac 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) ama la hadal bixiyahaaga.

တနင်္သာရီ / Karen

ဆူ- နမ့်ကတိၤ တနင်္သာရီအံၤ အသိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကျိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ် ဘျၢ်လၢ်စ့ၤလၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟ့ၣ်ပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအ ကြးအဘျၢ် လၢကဟ့ၣ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၣ်သ့တဖၣ် လၢတလၢ်ဘျၢ်လၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) မ့တမ့ၢ် ကတိၤတၢ်ဒီး န့ၣ်လၢဟ့ၣ် နၤတၢ်ကွၢ်ထွဲမၤစၢၤတက့ၢ်.

မြန်မာ / Burmese

သတိပြုရန်- သင်က မြန်မာဘာသာစကား ပြောဆိုပါက၊ အခမဲ့ ဘာသာစကားအကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများကို ရရှိနိုင်ပါသည်။ အသုံးပြုနိုင်သော ဖော်မတ်များဖြင့် အချက်အလက်များ ဖော်ပြပေးရန် သင့်လျော်သော အရန်အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကိုလည်း အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) သို့ဖုန်းခေါ်ဝေါ် သို့မဟုတ် သင်၏ ဆောင်ရွက်ပေးသူနှင့် စကားပြောပါ။