

PACIENTE DEL CENTRO DE LA CIRUGÍA AMBULATORIA CONSENTIMIENTO DE MEDIDAS DE REANIMACIÓN

No es una Revocación de las Instrucciones Anticipadas  
o de Poder Médicas

Todos los pacientes tienen derecho de participar en sus propias decisiones de atención médica y realizar instrucciones anticipadas o hacer cartas poder que autorizan a otros para tomar decisiones en nombre suyo basándose en los deseos explícitos del paciente cuando éste no tiene la capacidad para tomar decisiones o para comunicar sus decisiones. Este centro de cirugía respeta y mantiene estos derechos.

Sin embargo, en un centro hospitalario de cuidado agudo, el centro de cirugía no realiza procedimientos de "alto riesgo". La mayoría de los procedimientos que se realizan en este centro se consideran de riesgo mínimo. Por supuesto, ninguna cirugía se considera sin riesgo. Usted hablará de los pormenores del procedimiento con su médico que puede contestar las preguntas sobre los riesgos, recuperación esperada y cuidado que tendrá después de la cirugía.

**Es nuestra política, pues la cuestión de trae de nuevo a conciencia y según la cosa permitida por la ley estatal, sin referirse al contenido de cualquier directiva o anticipó la instrucción de un sustituto o de un abogado de la el deterioro ocurre durante su tratamiento en este recurso que iniciaremos medidas resucitadoras u otras estabilizadoras y que le transferiremos a un hospital agudo del cuidado para la evaluación adicional. En el tratamiento posterior del hospital de las medidas del tratamiento comenzadas ya será ordenado de acuerdo con sus deseos, directiva del avance o potencia de la atención sanitaria del abogado. Su acuerdo con esta política por su firma abajo no revoca ni directiva de la atención sanitaria o potencia de la atención sanitaria del abogado.**

Si usted no está de acuerdo con esta política, con gusto lo ayudaremos a reprogramar el procedimiento.

Por favor, marque el cuadro apropiado de la respuesta a estas preguntas. ¿Harealizado usted instrucción anticipada de atención médico, un testamento vital, carta poder que autoriza a alguien a tomar decisiones por usted sobre su atención médica?

- Sí, tengo instrucción anticipada, testamento vital o carta poder de atención médica.
- No, no tengo instrucción anticipada, testamento vital o carta de atención médica.
- Me gustaría obtener información sobre instrucciones anticipadas.

**SI USTED MARCÓ EL PRIMER CUADRO "SÍ" A LA PREGUNTA ANTERIOR, POR FAVOR, PROPORCIÓNENOS U COPIA DE ESE DOCUMENTO PARA QUE PUEDA FORMAR PARTE DE SU EXPEDIENTE MÉDICO.**

Al firmar este documento, reconozco que he leído y entiendo su contenido, y estoy de acuerdo con la política según descrita. Si me indicada que me gustaría obtener información adicional, reconozco que he recibido dicha información.

POR: \_\_\_\_\_  
(firma del paciente)

Si el consentimiento del procedimiento se proporciona por alguien que no es el paciente, esta forma debe firmarse por la persona que proporciona el consentimiento o autorización

Reconozco que he leído y entiendo su contenido, y estoy de acuerdo con la política según descrita.

POR: \_\_\_\_\_  
(firma)

Parentesco con el Paciente

- Tutor Designado Por El Juzgado
- Apoderado
- Apoderado De Asuntos Médicos
- Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(nombre con letra de molde)

**Capital City Surgery**  
23 Sunnybrook Road  
Ste 100  
Raleigh, NC 27610

PATIENT IDENTIFICATION: