

## Consentimiento General de Atención y Consentimiento de Tratamiento

**PARA EL PACIENTE:** Como paciente, usted tiene derecho a estar informado sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión si se someterá o no al procedimiento o tratamiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros relacionados. En este punto de su atención, no se le ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento simplemente está destinado a obtener su permiso para llevar a cabo la evaluación necesaria para determinar el tratamiento o procedimiento adecuado para la afección identificada.

Mediante este consentimiento, se nos autoriza a llevar a cabo el tratamiento, los análisis y los exámenes médicos necesarios. Con su firma a continuación, usted indica que (1) sabe que este consentimiento es de carácter continuo después de obtener un diagnóstico específico y de recomendar un tratamiento; y (2) acepta someterse al tratamiento en este consultorio o cualquier otro consultorio de nuestra propiedad. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que se revoque por escrito. Usted tiene derecho a interrumpir el servicio en cualquier momento.

Tiene derecho a hablar sobre el plan de tratamiento con su médico acerca de la finalidad, y los posibles riesgos y beneficios de cualquier examen que se le indique. Si tiene inquietudes relacionadas con algún examen o tratamiento recomendado por su prestador de atención médica, no dude en consultarnos.

Solicito voluntariamente al médico o prestador de nivel intermedio (Enfermera Profesional, Asistente del Médico o Especialista en Enfermería Clínica) y a otros prestadores de atención médica o personas designadas, según fuera necesario, a llevar a cabo el tratamiento, las pruebas y los exámenes médicos necesarios para la afección por la cual he concurrido a este establecimiento. Comprendo que si se recomienda realizar otras pruebas o procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá leer y firmar otros formularios de consentimiento antes de llevar a cabo las pruebas o los procedimientos.

Certifico que he leído y comprendo la totalidad de las declaraciones anteriores, y acepto de manera completa y voluntaria su contenido.

---

**Firma del Paciente o Representante Personal**

---

**Fecha**

---

Nombre en **Letra de Imprenta** del Paciente  
o Representante Personal

---

**Vínculo con el Paciente**

---

Nombre en **Letra de Imprenta** del Testigo

---

Título Laboral del Empleado

---

**Firma del Testigo**

---

**Fecha**

## Informacion Del Paciente

(Por favor Use Letra en Molde)

Titulo (Dra./Sra./Señorita) \_\_\_\_\_

Nombre Del Paciente (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer) \_\_\_\_\_

También Conocido Como (Otro Nombre?) \_\_\_\_\_

Casada  Soltera  Divorciada  Viuda  Legalmente Separada

Numero Social \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Número De Teléfonos: De Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Del Trabajo \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Estatus  Empleada  Estudiante de Jornada Completa  Estudiante a Tiempo Parcial  Retirada  Negocio Propio  Sin Empleo

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Contacto De Emergencia \_\_\_\_\_ Su Numero De Teléfono \_\_\_\_\_

Relación Con El Contacto De Emergencia \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PARTIDO RESPONSABLE POR LA CUENTA O LA PACIENTE (si no es la misma paciente)

Nombre Del Responsable (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer) \_\_\_\_\_

Numero Social \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Número De Teléfonos: De Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Del Trabajo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Estatus  Empleada(o)  Estudiante de Jornada Completa  Estudiante a Tiempo Parcial  Retirada(o)  Negocio Propio  Sin Empleo

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Relación Al Paciente \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL ASEGURO MEDICO

(proporcione la tarjeta de seguro por favor)

Nombre Del Asegurado(a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero Social \_\_\_\_\_ Relación Al Paciente \_\_\_\_\_

Compañía de Empleo \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro / Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Numero de la Póliza \_\_\_\_\_ ID Del Grupo \_\_\_\_\_ Copago \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva \_\_\_\_\_

### SECONDARY INSURANCE INFORMATION

(proporcione la tarjeta de seguro por favor)

Nombre Del Asegurado(a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero Social \_\_\_\_\_ Relación Al Paciente \_\_\_\_\_

Compañía de Empleo \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro / Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Numero de la Póliza \_\_\_\_\_ ID Del Grupo \_\_\_\_\_ Copago \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva \_\_\_\_\_

Yo concuerdo que la información suministrada en esta forma es exacta y reciente según mi leal saber y entender.

**Firma Del Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**O Représentante Légal**

**Firma Del Partido Responsable (si es aplicable)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

# Las enfermeras-parteras de Colorado

## Formulario de antecedentes ginecológicos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Cómo te enteraste de enfermeras parteras de Colorado? \_\_\_\_\_

Farmacia: Ubicación y nombre: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el motivo de su visita de hoy? \_\_\_\_\_

### Medicamentos / suplementos de vitaminas /

Nombre	Dosis	¿Con qué frecuencia	¿Para qué

### Historial médico

Enfermedad / condición		Enfermedad / condición	
La diabetes	Sí / No	La disfunción tiroidea	Sí / No
La hipertensión	Sí / No	Trauma / Violencia	Sí / No
Enfermedad del corazón	Sí / No	Historia de la transfusión de sangre	Sí / No
Trastornos autoinmunes.	Sí / No	(TB pulmonar, asma)	Sí / No
Enfermedad renal / Infecciones del tracto urinario	Sí / No	Las alergias estacionales	Sí / No
/ neurológicos epilepsia	Sí / No	Los problemas de las mamas	Sí / No
/ psiquiátricos Anorexia/Bulimia	Sí / No	La historia de Pap anormal	Sí / No
Depresión / depresión postparto	Sí / No	Anomalías uterinas / exposición a DES	Sí / No
Hepatitis / Enfermedad hepática	Sí / No	Infertilidad	Sí / No
Las varices flebitis /	Sí / No	Tratamiento de arte	Sí / No
Otros:	Sí / No	Otros	Sí / No

**Si la respuesta es sí, por favor explique:**

--

Historial de vacunas	Fecha	Vacunas	Fecha
Varicela: Enfermedad / la vacunación		Gripe	
La Tdap (tétanos, difteria, tos ferina)		Gardasil (VPH)	
Hepatitis B serie		Penumonía	
La meningitis		Measles-Mumps-rubéola (MMR)	

### Las alergias (alimentos, medicamentos, látex, estacionales, entre otras).

Nombre	Reacción	Nombre	Reacción

# Las enfermeras-parteras de Colorado

## Formulario de antecedentes ginecológicos

--	--	--	--

### Historia ginecológica

El mantenimiento de la salud	Fecha	Resultados	El mantenimiento de la salud	Fecha	Resultados
Último Examen de mama			Última mamografía		
Última colonoscopia			Último Pap		
Ha sido tratada para una prueba de Papanicolaou anormal? Sí / No			Si la respuesta es sí, ¿qué? Colposcopia / LEEP / biopsia cónica		
Puede hacer auto exámenes de los senos? Sí / No,					

Historia menstrual	
Estás teniendo períodos? Sí / No	Si no, ¿por qué? Menopausia / Control de la Natalidad / Histerectomía / desconocido
La edad de inicio de los períodos:	Fecha de la última menstruación (día que comenzó):
Son sus períodos regulares (mensual)? Sí / No	Frecuencia: número de días entre el comienzo de los períodos:
¿Tiene problemas con su período? Sí / No	Si la respuesta es sí, ¿qué?

Historia sexual	
Es sexualmente activa? Sí / No	Es su socio: masculino / femenino
Nuevos socios en el último año? Sí / No	El número de parejas sexuales a lo largo de su vida:
¿Tienes problemas con las relaciones sexuales? Sí / No	Si la respuesta es sí, ¿qué?

Historia El Control de la natalidad	
Se puede utilizar el control de la natalidad? Sí / No	Método actual?
¿usar condones para prevenir las ETS? Sí / No	Le gustaría asesoramiento sobre control de la natalidad? Sí / No

Historial de infecciones		La infección	
El herpes genital?	Sí / No	La gonorrea	Sí / No
La hepatitis B	Sí / No	La clamidia	Sí / No
Hepatitis C	Sí / No	El VPH o verrugas genitales	Sí / No
Sífilis	Sí / No	El VIH / SIDA	Sí / No
<b>Si la respuesta es sí, por favor explique:</b>			

### El historial de embarazos

Ha sido usted alguna vez embarazada? Sí / No y, en caso afirmativo, sírvase rellenar esta sección

La cantidad de embarazos	Full term	Prematuro	Aborto electivo	Aborto	Ectopico	Nacimientos múltiples (gemelos)	Vivir

Incluyen los abortos espontáneos y los abortos por debajo

#	Fecha (mes/año)	Semanas de gestación	Peso al nacer	Sexo (M/F)	El tipo de parto (vaginal /cesárea /vacío/fórceps)	Comentarios / complicaciones

# Las enfermeras-parteras de Colorado

## Formulario de antecedentes ginecológicos

1	/					
2	/					
3	/					
4	/					
5	/					
#	Fecha (mes/año)	Semanas de gestación	Peso al nacer	Sexo (M/F)	El tipo de parto (vaginal /cesárea /vacío/fórceps)	Comentarios / complicaciones
6	/					
7	/					
8	/					
9	/					
10	/					

### Antecedentes quirúrgicos

Fecha (mes/año)	Cirugía / complicaciones	Fecha (mes/año)	Cirugía / complicaciones
/		/	
/		/	

¿Alguna vez ha tenido problemas con la anestesia? Sí / No, si la respuesta es sí, ¿qué?

### Historia de hospitalización

Fecha (mes/año)	Motivo / complicaciones	Fecha (mes/año)	Motivo / complicaciones
/		/	
/		/	

### La historia de la familia ( Desconocido? Sí )

Relación	Vivo	Problemas de salud (diabetes, presión arterial alta, enfermedades del corazón, enfermedad del riñón, asma, tuberculosis, psiquiátrica, cáncer, enfermedad de la tiroides, epilepsia, hepatitis, entre otras).
Madre	Sí / No	
Padre	Sí / No	
Abuela materna	Sí / No	
Abuela paterna	Sí / No	
Abuelo materno	Sí / No	
Abuelo paterno	Sí / No	
Hermanos, # _____	Sí / No	
Hermanas, # _____	Sí / No	
Otro significativo/Cónyuge	Sí / No	
Los niños, # _____	Sí / No	
1 primos		
Tías		
Los tíos		

### La historia social

# Las enfermeras-parteras de Colorado

## Formulario de antecedentes ginecológicos

La historia de uso de sustancias	Comentarios
El uso del tabaco? Sí / No hay      años de uso:	Packs/cigarrillos por día:
El consumo de alcohol? Sí / No hay      años de uso:	¿Qué beber? Bebidas por día:
/ ilícito el uso de drogas recreativas? Sí / No hay      años de uso:	¿Qué se utiliza? ¿Con qué frecuencia utilizas?

Seguridad personal	Comentarios
Alguien cercano a usted nunca amenazó con hacerle daño? Sí / No	
Alguna vez alguien ha golpeado y pateado, ahogada, o le duelen físicamente? Sí / No	
Alguna vez alguien ha obligado a tener relaciones sexuales? Sí / No	
Tiene miedo de su pareja? Sí / No	
Entorno de Vida	Comentarios
Estado civil: Soltero / Casado / viudos/divorciados/separados	
¿Quién vive?	
¿Tiene usted alguna de las necesidades de comunicación? Sí / No Idioma: English / Español / OTROS:	Si la respuesta es sí, ¿qué? ¿Necesita un traductor? Sí / No
Entorno de Vida: Casa / Apartamento / Apartamento / Otros	
El uso de la cafeína: café / té / Soda / OTROS:	¿Cuántos por día?
Exposición Ambiental: (círculo) productos químicos / humo de segunda mano	
Dieta: (círculo) / Normal / Vegetariana Vegana / Otros	
¿Tienes cualquier dieta preocupaciones? Sí / No	Si la respuesta es sí, ¿qué?
¿ejercicio? Sí / No ,Qué debe hacer?	¿Con qué frecuencia?
¿Le preocupa su peso? Sí / No	Si la respuesta es sí, ¿por qué?
Ocupación / Trabajo:	
Educación / Escuela: Mayor nivel de educación completado:	¿En la actualidad en la escuela? Sí / No
Preferencia religiosa:	
Información personal: Raza / Etnia:	Lugar de nacimiento? Años en EE.UU.:
Otros: ¿usar un cinturón de seguridad? Sí / No	

Historia asistida por MA \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_