

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 _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____
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 _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____
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 obstétricos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

¿Cómo te enteraste de enfermeras parteras Aurora? _____

La farmacia de su preferencia: (calles transversales son útiles) _____

El historial de embarazos - (incluir abortos espontáneos y abortos)

Fecha (mes/año)	Semanas de gestación	Longitud de trabajo (horas)	Peso al nacer	Sexo (M/F)	El tipo de parto (cesárea o vaginal /vacío/fórceps)	(Anestesia epidural espinal //IV/general)	Lugar de entrega	Comentarios / complicaciones
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								

***El padre del bebé embarazo actual nombre: _____ Participan? Sí / No

Ginecología / ecología historia menstrual

Fecha de la última menstruación (día que comenzó):	Era el importe y la duración normal? Sí / No
¿Está seguro acerca de la fecha? Sí / No	Son sus períodos mensuales? Sí / No
La edad de inicio de los periodos:	Edad a la primera relación sexual:
Donde el control de la natalidad en el momento de la concepción? Sí / No ¿Qué tipo de control de la natalidad?	
Fecha de la prueba de embarazo positiva:	se trata de una prueba de embarazo en casa? Sí / No
Fecha de la última prueba de Papanicolaou: ¿Cuál fue el resultado de su última tinción de Papanicolaou?	
Ha sido tratada para una tinción de Papanicolaou anormal? Sí / No Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de tratamiento?	
¿usar condones para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS)? Sí / No	

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?

La historia del hospital (distinto del nacimiento de sus hijos)

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

La historia de la familia (diabetes, presión arterial alta, enfermedades del corazón, enfermedad del riñón, asma, tuberculosis, psiquiátrica, cáncer, enfermedad de la tiroides, epilepsia, hepatitis, entre otras).

Relación	Vivo	Comentarios	Relación	Vivo	Comentarios
Madre	Sí / No		Hermanas, # _____	Sí / No	

Las enfermeras-parteras de Colorado

Formulario de Antecedentes obstétricos

Padre	Sí / No		Otro significativo/Cónyuge	Sí / No	
Abuela materna	Sí / No		Los niños, # _____	Sí / No	
Abuela paterna	Sí / No		1 primos	Sí / No	
Abuelo materno	Sí / No		Tías	Sí / No	
Abuelo paterno	Sí / No		Los tíos	Sí / No	
Hermanos, # _____	Sí / No				

La historia social	
El uso del tabaco? Sí / No Si la respuesta es sí, años de uso: Packs/cigarrillos por día antes del embarazo:	Packs/cigarrillos por día desde el embarazo:
El consumo de alcohol? Sí / No Si la respuesta es sí, años de uso: bebidas por día antes del embarazo:	bebidas por día desde el embarazo:
/ ilícito el uso de drogas recreativas? Sí / No Si la respuesta es sí, años de uso: ¿qué se utiliza?	¿Con qué frecuencia utilizas?
El uso de la cafeína: café / té / Soda / Otros:	¿Cuántos por día?
¿ejercicio? Sí / No ,Qué debe hacer? ¿Con qué frecuencia?	
Estado civil: Soltero / Casado / viudos/divorciados/separados	
¿Quién vive?	
¿Vives con gatos? Sí / No	
Entorno de Vida: Casa / Apartamento / Apartamento / Otros	
Exposición Ambiental: productos químicos / Otros / humo de segunda mano, por favor, explicar	
Dieta: (círculo) / Normal / Vegetariana Vegana / Otros	
¿Tienes cualquier no-antojos de comida? Sí / No Si la respuesta es sí, ¿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	
Seguridad personal	
Alguien cercano a usted nunca amenazó con hacerle daño? Sí / No	Tiene miedo de su pareja? Sí / No
Alguna vez alguien ha golpeado y pateado, ahogada, o le duelen físicamente? Sí / No	¿Tiene armas en la casa? Sí / No
Alguna vez alguien ha obligado a tener relaciones sexuales? Sí / No	

Historial médico			
Enfermedad / condición		Enfermedad / condición	
La diabetes	Sí / No	Trauma / Violencia	Sí / No
La hipertensión	Sí / No	Historia de la transfusión de sangre	Sí / No
Enfermedad del corazón	Sí / No	D (Rh) sensibilizados	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
La disfunción tiroidea	Sí / No	Otros	Sí / No
Vacunas	Fecha	Vacunas	Fecha

Las enfermeras-parteras de Colorado

Formulario de Antecedentes obstétricos

Varicela: Enfermedad / la vacunación		Gripe	
La Tdap (tétanos, difteria, tos ferina)		Gardasil (VPH)	

Historia genética		
Enfermedad / condición		Auto / Familiar / Comentarios
Su edad de 35 años o más en el momento de la entrega	Sí / No	
Talasemia	Sí / No	
Tubo Neural (médula espinal) Defecto (meningomyelocele, espina bífida, anencefalia)	Sí / No	
Cardiopatía congénita.	Sí / No	
El síndrome de Down	Sí / No	
Enfermedad de Tay-Sachs	Sí / No	
La enfermedad de Canavan	Sí / No	
La enfermedad de células falciformes o rasgo	Sí / No	
Hemofilia u otros trastornos de la sangre	Sí / No	
La Distrofia Muscular	Sí / No	
Fibrosis quística	Sí / No	
La corea de Huntington	Sí / No	
Retraso Mental / Autismo	Sí / No	Si la respuesta es sí, era frágil X Sí / No probado?
Otros trastornos cromosómicos o genéticos heredados	Sí / No	
Trastorno metabólico materno (por ejemplo, la fenilcetonuria, la diabetes tipo 1)	Sí / No	
El padre del bebé había niños con defectos de nacimiento no aparece en la lista	Sí / No	
Pérdida del embarazo recurrente o Muerto	Sí / No	
Otros	Sí / No	

Historial de infecciones			
Si usted vive con alguien con TB?	Sí / No	La gonorrea	Sí / No
Ustedes han estado expuestos a alguien con tuberculosis?	Sí / No	La clamidia	Sí / No
¿Alguna vez ha tenido una prueba PPD positiva?	Sí / No	El VPH o verrugas genitales	Sí / No
¿Usted o su pareja tienen antecedentes de herpes genital?	Sí / No	El VIH / SIDA	Sí / No
Has tenido un sarpullido o enfermedad viral desde su última menstruación?	Sí / No	Sífilis	Sí / No
La hepatitis B	Sí / No	Otros	Sí / No
Hepatitis C	Sí / No	Otros	Sí / No

Medicamentos / suplementos de vitaminas /			
Nombre	Dosis y frecuencia	Nombre	Dosis y frecuencia

Las alergias (alimentos, medicamentos, látex, estacionales, etc.)			
Nombre	Reacción	Nombre	Reacción

Las enfermeras-parteras de Colorado

Formulario de Antecedentes obstétricos

--	--	--	--

Historia asistida por _____ Fecha _____