

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 Historial de postparto

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Información de entrega

Fecha de entrega:	Fecha de Alta:
Semanas de gestación en el momento del parto :	Tipo de entrega: (círculo) / Cesárea Vaginal
Tuviste (círculo) / IV epidural espinal / medicación	Se usa fórceps o vacío? Sí / No
Tuviste un desgarro vaginal o una episiotomía? Sí / No	

NEONATAL (Bebé) INFORMACIÓN

Sexo del bebé: masculino / femenino	Nombre del bebé:
Peso: _____ Peso actual: _____	Cualquier problema con el bebé?
Alimentación (círculo) Mama / Fórmula / Ambos	¿Tiene el programa WIC? Sí / No
Clínica del bebé:	

Las madres información

¿Tiene problemas con alguno de los siguientes? Si la respuesta es sí, ¿qué?	
La micción? Sí / No	Las deposiciones? Sí / No
Dolor en puntos? Sí / No	Incisión de cesárea? Sí / No
El sangrado? Sí / No	Fiebre? Sí / No
Dolor de espalda? Sí / No	Dolor en los senos? Sí / No
La depresión? Sí / No	Otros problemas?

Estás sangrando todavía? Sí / No	Ha devuelto su período menstrual? Sí / No
Tienes relaciones sexuales todavía? Sí / No	Si ha tenido relaciones sexuales, no usar los condones? Sí / No
¿Se siente usted descansar lo suficiente? Sí / No	Que te ayuda en casa?
¿Has comenzado a hacer ejercicio? Sí / No	¿una ligadura de trompas en el hospital? Sí / No
¿Qué método de control de la natalidad están considerando?	
Le gustaría tener más información sobre las opciones de control de la natalidad? Sí / No	
¿Qué medicamentos, vitaminas o suplementos que están tomando actualmente?	
Algo que te gustaría discutir durante esta visita?	

Asistente médico / CNM utilice

Gravida: Pará:	Peso: peso Pre-Pregnancy:
Presión sanguínea: Temperatura:	Fecha de la última prueba de Papanicolaou:
Quienes entregaron el bebé?	Resultados de la última prueba de Papanicolaou:
Complicaciones prenatales:	
TB seguimiento programado?	2hr GTT necesaria?
Otras medidas complementarias necesarias?	