

Tabla de Contenido

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO	2
TRANSFUSIONES DE SANGRE	3
FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN.....	4
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	5
SERVICIOS HOSPITALARIOS BAJO CMAR.....	6
CERTIFICACIÓN DE ORIENTACIÓN Y RECIBO DEL MANUAL DE ADMISIONES Y PRE ADMISIONES	7

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo **Nombre de la persona que Firma** como (padre, madre, tutor, cónyuge) de **Nombre del Paciente** teniendo conocimiento que está-estoy padeciendo de una condición que requiere diagnóstico y tratamiento médico y/o quirúrgico, por la presente consiento libre y voluntariamente:

1. A que se lleven a cabo todos los procedimientos de diagnósticos y cuidado de hospitalización y todos los tratamientos médicos quirúrgicos y/o Rayos X que sean necesarios a juicio y por el Doctor **Nombre del Doctor**, sus ayudantes o quienes él /ella designe.
2. La naturaleza y objeto del tratamiento, las alternativas del mismo, los riesgos y la posibilidad de complicaciones me han sido ampliamente explicados. Reconozco que no se me ha ofrecido garantía o seguridad en cuanto a los resultados que puedan obtenerse de dicho tratamiento.
3. Entiendo que durante mi estadía en la unidad estaré bajo las leyes y normas de ésta y que permaneceré en ella hasta tanto el médico disponga lo contrario.
4. Autorizo al Manatí Medical Center a retener, conservar y utilizar para fines científicos y de enseñanza, cualquier espécimen o tejido removido de mi cuerpo durante mi hospitalización.
5. Esta autorización me ha sido debidamente explicada y certifico que entiendo su contenido.

TRANSFUSIONES DE SANGRE

Paciente: **Nombre del Paciente**

Edad: / Género:

Fecha: / Hora:

¿Acepta Transfusión de Sangre?

() Acepto Transfusión de Sangre

() No Acepto Transfusión de Sangre

Yo _____, certifico que fui orientado a traer documento legal (Affidávit), antes del día del procedimiento quirúrgico, en caso de NO ACEPTAR TRANSFUSION DE SANGRE.

Certifico correcto,

Firma del Paciente y/o Tutor

Parentesco

Registrador

Firma del Testigo

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN

Paciente: **Nombre del Paciente**

Edad: / Género:

Yo _____, declaro por este medio que fui orientado al momento de la Pre Admisión sobre el derecho que me otorga la ley a la autodeterminación en decisiones relacionadas al cuidado de salud.

No poseo documentos legales relacionados con mi derecho a la autodeterminación.

Poseo documentos legales relacionados con mi derecho a la autodeterminación.

Deseo se me oriente sobre el derecho de autodeterminación.

Si No

Deseo ejercer mi derecho a la autodeterminación.

Entiendo que de tener documentos legales relacionados con mi derecho a la autodeterminación, podré cambiarlos en cualquier momento siempre y cuando mi médico entienda que estoy mentalmente capacitado para ello.

Para que así conste, firmo ésta, voluntaria y libremente hoy a las .

Firma del Paciente

Firma del Tutor Legal

Firma del Familiar (parentesco)

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Autorización del Servicio de "BedSide Dispense"

Paciente: Nombre del paciente

Fecha: Hora:

Yo _____, el (la) abajo firmante, como el paciente o agente legal del paciente certifico que he recibido la orientación referente al servicio que ofrece la Farmacia de Manatí Medical Center de despachar la receta con mis medicamentos de alta y a recibir la orientación debida por el farmacéutico sobre el uso correcto de mis medicamentos.

Certifico que tengo pleno conocimiento y libertad de elegir la farmacia de mi preferencia de así desearlo.

() No Autorizo que se despachen mis medicamentos al alta en la Farmacia de Manatí Medical Center.

() Autorizo que se despachen mis medicamentos al alta en la Farmacia de Manatí Medical Center y acepto pagar los cargos correspondientes por concepto de lo siguiente:

1. Deducible de los medicamentos no cubiertos por mi plan médico y otros que conlleve al procesar la misma.

Firma del Paciente o

Representante autorizado

Parentesco

Registrador

Firma del Testigo

SERVICIOS HOSPITALARIOS BAJO CMAR

Paciente: Nombre del paciente

Edad: / Género:

Fecha: / Hora:

Manatí Medical Center, es un hospital certificado y acreditado como un centro de enseñanza e investigación conforme lo establece la Ley 136 del año 2006, conocida como Ley de Centros Médicos Académicos Regionales de Puerto Rico, en adelante CMAR. MMC participa del CMAR del Noroeste, Suroeste adscrito a la Escuela de Medicina de Ponce y a la Universidad Central del Caribe.

Los servicios y tratamiento que usted va a recibir pueden ser brindados por médicos residentes y/o médicos internos y/o estudiantes de medicina y/u otros aliados de la salud. Sin embargo, la responsabilidad de su cuidado no es delegable y, por lo tanto, todas las decisiones relacionadas a su diagnóstico y tratamiento serán autorizadas por su médico de cabecera o consultor. Este programa académico respalda las Escuelas de Medicina, de manera que les permita ofrecer programas acreditados de internados y residencias para profesionales de la salud. Además, es parte del proceso de formación de los nuevos médicos del país.

Yo, _____ declaro que he leído la información anterior y que he sido orientado sobre la misma y que Manatí Medical Center brindará los servicios médicos pertinentes que requiera mi condición como hospital afiliado al CMAR.

Firma del Paciente o Tutor

Parentesco

Registrador _____

Firma del Testigo

CERTIFICACIÓN DE ORIENTACIÓN Y RECIBO DEL MANUAL DE ADMISIONES Y PRE ADMISIONES

Paciente: Nombre del Paciente Número de Expediente:

Fecha: / Hora:

Yo, _____ Certifico haber recibido el Manual de Información para Admisiones y Pre Admisiones del Manatí Medical Center y he sido orientado sobre las normas y procedimientos contenidos en el manual.

- Normas para pacientes y visitantes
- Normas generales del Hospital
- Responsabilidades del paciente
- Derechos del paciente
- Proceso de Alta
- Servicios que ofrece la institución
- Servicios Voluntarios y Capellanía
- Programa de Educación a Paciente y Familia
- Programa de Servicio al Cliente
- Planificación de Alta
- Quejas y querellas
- Donación de órganos y Tejidos
- Seguridad en el cuidado al paciente
- Abuso y Negligencia
- Directrices anticipadas:
(Donación de Órganos, Testamento Vital, Transfusiones de Sangre, Resucitación Artificial y otros de acuerdo a las necesidades individuales de cada paciente).
- Aviso de Privacidad
- Orientación Donantes de Sangre
- Pertenencias del Paciente

Recibido por

Parentesco

Registrador

Firma del Testigo