



HORIZON HEALTH CENTER

AUTORIZACIÓN PARA EXAMENES MEDICOS Y TRATAMIENTOS

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Autorización para exámenes y tratamientos que pueden retomarse durante la visita al dispensario, incluyendo tratamientos de emergencia o servicios que puede incluir pero no limitado a procedimientos de laboratorio y pruebas, al tratamiento o los procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia, a los productos farmacéuticos, y a otros procedimientos diagnósticos rendidos a mí bajo las instrucciones de mi proveedor primario de la salud. Entiendo lo siguiente:

1. Tengo el derecho de aceptar o rechazar algún procedimiento o tratamientos propuestos.
2. Yo no seré implicado en ninguna investigación ni el procedimiento experimental sin mi conocimiento y el consentimiento.

☺ SUS DERECHOS COMO UN CONSUMIDOR EN ESTE CENTRO MEDICO ☺

USTED TIENE DERECHO:

- A ser tratado con dignidad y respeto.
- A ser atendido con respeto y consideración.
- A una respuesta razonable a su necesidad de tratamiento dentro de la misión, capacidad, regulaciones y alcance de la clínica.
- A recibir tratamiento confidencial. También tiene derecho a aprobar o rechazar la entrega de su información o record médico menos que sea requerido por la ley.
- Entender el porque ciertos procedimientos y análisis son requeridos y porque requerimos cierta información.
- Comunicar con el personal clínico cualquier pregunta o problema acerca de su cuidado médico.
- A pronto y efectivo tratamiento de dolor y a ser informado de opciones disponibles.
- A ser informado de su condición médica tal como este documentado por su doctor en su historial médico.
- A ser informado de todos los tratamientos de dolor y ser informado de opciones disponibles.
- A tener acceso a cualquier información de su record médico.
- La responsabilidad de participar en decisiones acerca de la intensidad y alcance de sus tratamiento dentro de las limitaciones de la ley y de la clínica.
- A aceptar o rechazar tratamiento médico dentro de las regulaciones de la ley y a ser informado de las consecuencias médicas al rechazar dicho tratamiento.
- A tratamiento médico que tenga en consideración sus valores sociales, espirituales y culturales.
- A expresar sus desacuerdos a nuestros empleados y autoridades encargados y a recomendar cambios en los procedimientos y políticas.
- A participar en la consideración de situaciones éticas que pueden surgir en el cuidado de su salud.
- Estar libre de abuso mental y físico; libre de explotaciones y libre de químicas y otro tipo de ataduras.
- Unirse con otros clientes o individuos para trabajar y mejorar el cuidado del cliente.
- Si usted es considerado incapacitado médicamente o legalmente, su guardian, familiar más cercano o personal es legalmente autorizado para exigir sus derechos.
- Ejercitar libertades civiles y religiosas incluyendo derecho a decisiones independientes.
- No ser discriminado por su edad, raza, religión, nacionalidad, sexo o habilidad de pagar.
- A ser informado de cualquier investigación o experimento que podría afectar su cuidado médico. De esa forma usted podrá decidir si quiere participar o no.
- A ser informado de Directivas Avanzadas y de como esta organización respondera a dicho Directivas Avanzadas.
- A no ser privado de ningún derecho constitucional, civil y o legal al recibir los servicios de este centro médico.
- A ser informado del nombre y estatus profesional de su proveedor de cuidado médico y de sus honorarios u otros cargos.
- A ser informado de estos derechos por evidencia escrita y documentación en su record médico; también debe ser ofrecida una copia escrita de estos derechos.
- A no tener que trabajar para la clínica y no ser que dicho trabajo sea parte de su tratamiento y su trabajo sea completamente voluntario.

____ Initial

Si paciente es un menor (Guardián Legal) _____

El paciente _____ Testigo _____ Fecha _____

**HORIZON HEALTH CENTER
DIRECTIVA AVANZADAS**

1. Asignacion de poder a un representante para el cuidado de la salud.

Yo, _____, estando en pleno uso de razon, con toda intencion y voluntad designo a la siguiente persona como representante para el cuidado de mi salud, para tomar cualquier decision medica en caso de que you quede incapacitado(a) de tomar una decision por mi mismo(a). Por medio de este poder, yo confio que esta persona actuara a favor de mis mejores intereses y de acuerdo a mis deseos.

Nombre _____ Relacion _____

Direccion

Numero de Telefono (Casa) _____ Trabajo _____

Si la persona que you he nombrado arriba no estuviese disponible como Representate del cuidado de mi salud, yo por este medio le doy el poder a las siguientes persona(s) para hacerlo:

1. Nombre _____ Relacion _____

Direccion

Numero de Telefono (Casa) _____ Trabajo _____

Si la persona que you he nombrado arriba no estuviese disponible como representate del cuidado de mi salud, yo por este medio le doy el poder a las siguientes persona(s) para hacerlo:

2. Nombre _____ Relacion _____

Direccion

Numero de Telefono (Casa) _____ Trabajo _____

Continue a la parte II en la siguiente pagina.



Si usted no va a llenar un Testamento en Vida, por favor pase a la parte III (Firma y Testigo)

Para mas informacion sobre Directivas Avanzadas, por favor pongase en contacto con el Departamento de Recursos Humanos.

II. Instrucciones o Testamento en Vida para el cuidado de mi salud

Las siguientes instrucciones ejercitan mis derechos para tomar decisiones concernientes al cuidado de mi salud. La intencion de estas instrucciones es proveer clara y convincente evidencia de mis desos a seguir en caso de que quede incapacitado para tomar o comunicar mis decisiones para el tratamiento de mi salud.

Yo, _____, estando en pleno uso de razon, con toda intencion y voluntad hago saber mis deseos en cuanto al cuidado de mi salud en caso de que yo quede incapacitado(a) de tomar una decision por mi mismo(a).

Si mi condicion medica, ha sido determinada por el medico a mi cuidado y al menos otro medico adicional, e incluye alguno de los siguientes criterios: a) Si quedo permanentemente inconciente, b) Si tengo una enfermedad terminal, c) Si el tratamiento de mantener la vida es experimental y no terapia provada, o d) Si yo tengo una condicion seria e irreversible y los riesgos y consecuencias del tratamiento serian mayors que los beneficios, o si intervencion medica no deseada seria inhumano, todo las siguientes declaraciones son consistentes con mis deseos:

| | | |
|-------------|----------------|---|
| Deseo _____ | No Deseo _____ | Resuscitacion Cardiaca |
| Deseo _____ | No Deseo _____ | Respiracion Mecanica |
| Deseo _____ | No Deseo _____ | Sangre o Productos de Sangre |
| Deseo _____ | No Deseo _____ | Dialysis de lo Rinones |
| Deseo _____ | No Deseo _____ | Antibioticos |
| Deseo _____ | No Deseo _____ | Quimioterapia/Terapia de Radiacion |
| Deseo _____ | No Deseo _____ | Pruebas se Diagnostio Simple (rayos |
| | | x's y Analysis de sangre) |
| Deseo _____ | No Deseo _____ | Formas de nutricion artificial |
| Deseo _____ | No Deseo _____ | Formas de hidratacion artificial |
| Deseo _____ | No Deseo _____ | Hacer un regalo anatomico de todo o parte de mi cuerpo |

Yo tambien ordeno que se me sea dado todo el tratamiento medico apropiado y necesario, incluyendo medicinas para los dolores, para hacerme sentir comodo y mantener my higiene personal y mi dignidad, aunque me adormezcan mi inconciente y directamente acorten mi vida.

III. Firma y Testigo

Con mi firma abajo, yo indico que entiendo y estoy de acuerdo con el contenido de este documento.

Firma _____ Fecha _____

Yo declaro que la persona que firmo este documento aparenta estar en pleno uso de razon y libre de coacciones o influencias. Yo soy mayor de 18 anos y no soy el Representante designado, ni el medico del paciente.

Firma _____ Fecha _____



Yo, por la presente concedo permiso a Horizon Health Center que pueda comunicarse conmigo al:

Dirección : _____

Teléfono _____ Teléfono alternative: _____

En caso de emergencia por favor contacte a:

Nombre: _____ **Relacion** _____ **Telefono:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____ **Telefono:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____ **Telefono:** _____

El paciente _____ **Testigo** _____ **Fecha** _____

____ **Initial**

Si paciente es un menor (Guardián Legal) _____

El paciente _____ **Testigo** _____ **Fecha** _____

