



# NORTHSIDE HOSPITAL

English - Spanish - Korean - Vietnamese

ADDRESSOGRAPH

AFFIX PATIENT LABELS OVER THIS BOX

BAR CODE MUST FALL BETWEEN THESE LINES

PATIENT'S NAME:

DATE OF BIRTH:

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

(Patient name and birthdate not required if label is present. / No se necesita el nombre ni la fecha de nacimiento si se adjunta la etiqueta de identificación).

## CONSENT TO ROUTINE PROCEDURES / CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE RUTINA

Doy mi consentimiento para recibir atención médica y que se lleven a cabo procedimientos («Procedimientos de rutina») mientras sea paciente en un departamento o clínica de pacientes externos de Northside Hospital, como el departamento de urgencias, radiología o laboratorio. Los procedimientos de rutina podrán incluir, entre otros: pinchazos con agujas, vacunas, exámenes físicos, evaluaciones y tratamientos, administración de medicamentos, muestras de líquidos y secreciones corporales o tejidos, inserción de dispositivos de acceso vascular (venas o arterias), inserción de sondas y pruebas diagnósticas por imagen. Estos procedimientos de rutina podrán ser realizados por médicos, por el personal de enfermería, técnicos, asociados médicos u otros profesionales de la atención médica («Profesionales de Atención Médica»).

Si bien estos procedimientos se realizan a diario sin incidencias, podría haber riesgos significativos asociados. En raras ocasiones, estos procedimientos de rutina y otros, podrán causar infecciones, pérdida de extremidades o de su función, daño a tejidos o implantes, parálisis o muerte. En algunos casos, se me podrá pedir que firme un formulario de autorización para la realización de un procedimiento. Si hubo empleados de Northside Hospital que llenaron o le ayudaron a llenar alguna parte de cualquier formulario de Consentimiento Informado para

la realización de los procedimientos, ellos solo desempeñan funciones administrativas, y no son responsables por la información médica o de otro tipo que haya sido proporcionada en el formulario de Consentimiento Informado. El médico que ordena o lleva a cabo el procedimiento me ha informado o me informará acerca de los posibles riesgos, complicaciones, ventajas y opciones de tal procedimiento, incluyendo los periodos de restablecimiento y cualquier riesgo potencial de radiación en el caso de que se trate de un procedimiento radiológico.

Si la firma de este formulario está relacionada a un tratamiento crónico como tomas de muestras de sangre o análisis recurrentes, este consentimiento se mantendrá en vigencia durante todo el ciclo de tratamiento. Si durante el transcurso del procedimiento o procedimientos, ciertas afecciones imprevistas pudieran requerir la prolongación del procedimiento o procedimientos originales, autorizo al médico que lleva a cabo el procedimiento o a sus asociados y asistentes a tomar las decisiones necesarias y llevar a cabo el procedimiento o los procedimientos que, a su juicio profesional, resultaran sensatamente necesarios y convenientes. Este consentimiento también cubre el tratamiento de todas las afecciones que puedan surgir durante el transcurso de los procedimientos, incluidas las afecciones que pudieran desconocerse o surgir de forma imprevista al momento de la obtención de este consentimiento.

Si tengo preguntas acerca de los procedimientos de rutina, tendré que solicitar más información al médico o al personal de enfermería. Entiendo que no debo firmar este formulario, ni cualquier otro formulario de consentimiento, hasta que haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y se hayan respondido en su totalidad.

## PRIVACY, INDIVIDUALS INVOLVED IN YOUR CARE / LA PRIVACIDAD Y EL PERSONAL QUE PARTICIPA EN SU CUIDADO

El hospital me ha proporcionado una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad, la cual indica de qué manera el hospital cumple con las leyes federales sobre privacidad. A menos que solicite confidencialidad, las leyes de privacidad permiten que el hospital se comunique con los miembros de la familia o con quienes participan en mi atención, como por ejemplo la persona que me trajo a Northside en búsqueda de atención médica. Si me opongo a esta comunicación, es mi responsabilidad notificar al personal de enfermería o al médico.

## TESTING AND DISPOSITION OF SPECIMENS / PRUEBAS Y DESECHO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

Autorizo a que el hospital retenga muestras de tejido, dispositivos médicos, objetos extraños, durante cualquier procedimiento, expulsados o apartados de mi cuerpo de cualquier otro modo. Estas muestras podrán ser analizadas por anatomopatólogos, ser sometidas a autopsias, o utilizarse con fines científicos o educativos y podrán desecharse o guardarse según el criterio del hospital o del personal médico, en conformidad con las leyes correspondientes, a menos que usted lo solicitara de otro modo por escrito y antes del procedimiento. Si las muestras de tejido se tratan de productos de la concepción o restos fetales, podrán ser desechados por el laboratorio después de haberse llevado a cabo las pruebas necesarias. Le informaré al personal de enfermería si tengo una solicitud diferente para el manejo de las muestras. Es posible que el hospital deseche las muestras solicitadas si usted no las recupera en catorce (14) días después del procedimiento

## HOSPITAL'S ROLE IN TEACHING / LA FUNCIÓN DEL HOSPITAL EN LA ENSEÑANZA

El hospital está comprometido en la enseñanza médica. En ocasiones, la atención, los exámenes y los tratamientos pueden ser provistos por estudiantes o por residentes médicos (médicos en proceso de capacitación), bajo la supervisión del médico a cargo o personal autorizado del hospital. Los estudiantes nunca tendrán la responsabilidad principal de mi atención médica; siempre habrá profesionales sanitarios debidamente acreditados que supervisen a los estudiantes, disponibles para brindarme asistencia. **Si no deseo que los estudiantes participen de mi atención médica o la observen, tacharé este párrafo y pondré mis iniciales.**

## MEDICATIONS FROM OUTSIDE SOURCE / LOS MEDICAMENTOS QUE PROVIENEN DE FUENTES EXTERNAS AL HOSPITAL

Accedo a notificar al médico acerca de los medicamentos que estoy tomando (incluyendo suplementos y productos a base de hierbas) y a seguir sus instrucciones. Si el médico solicita que usted traiga el medicamento al hospital, y que lo tome antes o después del procedimiento, puede ser que el hospital solicite examinar el medicamento antes de que lo tome, para así poder documentarlo en su historial médico; pero el hospital no es responsable por la seguridad del medicamento ni tampoco de si fue dispensado en forma apropiada. Northside podrá obtener información sobre sus recetas médicas de la farmacia o de otros programas y base de datos.

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICOS DE RUTINA (PRUEBAS Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS)<sup>1</sup>

**SPANISH TRANSLATION: CONSENT FOR ROUTINE MEDICAL PROCEDURES (OUTPATIENT TESTING AND PROCEDURES)<sup>1</sup>**

**SPANISH TRANSLATION: CONSENT FOR ROUTINE MEDICAL PROCEDURES  
(OUTPATIENT TESTING AND PROCEDURES)<sup>1</sup>**

**TELEMEDICINA**

Usted está de acuerdo en participar de consultas por telemedicina que el médico recomiende. Durante la consulta remota podrán discutirse antecedentes médicos y resultados de exámenes con profesionales de atención médica autorizados en el estado de Georgia. En algunos casos se llevará a cabo un examen físico. A menos que usted se oponga, un técnico sin formación médica podrá estar presente para brindar ayuda tecnológica y se podrán realizar grabaciones de audio o video. Puede denegar o revocar su consentimiento de consulta por telemedicina sin que afecte su derecho a recibir atención médica en el futuro y sin poner en riesgo la pérdida de sus beneficios Medicaid a los cuales podría tener derecho. Si no acepta tener la consulta por telemedicina, algunos servicios tal vez no se encuentren disponibles en todas las instalaciones de Northside. Se le ha informado de las opciones alternativas disponibles que pueden incluir servicios en persona. Todas las leyes estatales y federales, incluso las leyes de privacidad y confidencialidad, aplican a los expedientes de las consultas por telemedicina. El médico con quien realice la consulta, le informará de todos los riesgos y ventajas de la consulta por telemedicina. Después de la consulta de telemedicina, si surge una emergencia, tiene el derecho de ver de inmediato, en persona, a un empleado o miembro del personal que tenga la debida capacitación. **Si NO acepta a hacer consultas de telemedicina, tache este párrafo y ponga sus iniciales.**

**TESTING FOR BLOOD-BORNE DISEASE / PRUEBAS DE ENFERMEDADES POR TRANSMISIÓN SANGUÍNEA**

La ley de Georgia ofrece pruebas de patógenos transmitido por sangre bajo ciertas circunstancias. En caso de que algún empleado de atención a la salud sea expuesto a su sangre (por ejemplo, sufra de un pinchazo por aguja), las leyes del estado de Georgia dictan que se le haga a usted un análisis hemático (análisis de sangre) por enfermedades de transmisión sanguínea que incluya la prueba del VIH/SIDA. Hay información y asesoramiento adicional sobre esta prueba. Se me informarán los resultados de la prueba. (2) Si soy una paciente obstétrica atravesando el tercer trimestre de embarazo, o en trabajo de parto prematuro durante el segundo trimestre, es posible que Northside Hospital me haga pruebas de detección de VIH y sífilis según los requerimientos de la ley de Georgia. **Si deseo rehusar los análisis de VIH o sífilis, tacharé esta frase y pondré mis iniciales. Entiendo que Northside podrá, aun así, realizar un análisis de mi sangre según lo requieran o permitan las leyes del estado de Georgia.** (3) Para el resto de los pacientes, si mi médico recomienda un análisis de detección de VIH, él o ella me notificará y estaré en mi derecho de negarme a la prueba en ese momento.

**PERSONAL PROPERTY / PROPIEDAD PERSONAL**

Soy responsable de mis pertenencias y objetos de valor mientras esté en el hospital. El hospital tiene una caja fuerte disponible para el uso de los pacientes, en la que se pueden guardar artículos de valor y pertenencias personales. Al firmar este formulario usted está de acuerdo con que el hospital no sea responsable por pérdidas, robos, extravíos o daños de las pertenencias del paciente, a menos que hayan sido depositadas en la caja fuerte del hospital para mantenerlas bajo llave.

Si el hospital considera que usted tiene algún artículo que puede ser peligroso para su propia salud o seguridad, o para la salud o seguridad de otras personas, o que dichos artículos pueden interferir con su tratamiento en el hospital, el hospital tiene derecho a revisar sus pertenencias personales y su habitación y retirar dichos artículos.

**Algunos o todos los profesionales de salud que brindan servicios médicos en este hospital no son ni representantes ni empleados del mismo sino contratistas. Tales individuos son responsables de sus propias acciones y el hospital no se hará responsable por los actos ni omisiones de ninguno de ellos.**

**BY SIGNING BELOW, I ACKNOWLEDGE AND AGREE THAT: / AL FIRMAR A CONTINUACIÓN RECONOZCO Y ACEPTO QUE:**

- > La práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ha dado ninguna garantía respecto a los resultados que puedan tener los tratamientos o los exámenes hechos en el hospital;
- > A fin de determinar si van a recomendar o hacer los procedimientos, los profesionales que participan en mi atención médica dependen de mis antecedentes médicos documentados, así como de otro tipo de información brindada por mí, mi familia u otras personas que conocen mi situación; por lo tanto, acepto proveer información precisa y completa sobre mis antecedentes médicos y afecciones;
- > Es responsabilidad del médico informarme en términos generales sobre la naturaleza y el propósito, los riesgos significativos y las alternativas factibles de los procedimientos;
- > Usted autoriza a que los empleados del hospital, el personal médico bajo la supervisión directa y control del médico a cargo u otro personal médico involucrado en su atención, participen y asistan en el Hospital/los procedimientos, y en caso de que algún empleado del hospital se viera expuesto a mi sangre como resultado de la atención proporcionada por el hospital, se me podrá hacer un análisis de sangre para detectar VIH-SIDA.
- > Me informaron sobre los derechos y responsabilidades de los pacientes y me ofrecieron una copia de la declaración de Northside con esa información.

**HE LEÍDO O ME HAN LEÍDO TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE SU CONTENIDO. TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO O LAS DECLARACIONES QUE DEBÍAN LLENARSE, SE LLENARON, Y TODAS LAS DECLARACIONES CON LAS QUE NO ESTOY DE ACUERDO SE TACHARON ANTES DE QUE YO FIRMARA ESTE FORMULARIO. SI ESTOY FIRMANDO ESTE FORMULARIO EN NOMBRE DE OTRA PERSONA, A MI LEAL SABER Y ENTENDER, ESTOY LEGALMENTE AUTORIZADO A DAR EL CONSENTIMIENTO EN NOMBRE DE ESA PERSONA.**

Witness / Testigo

Date / Time  
Fecha y hora

Signature of Patient or Legal Representative  
Firma del paciente o su representante legal

Date / Time  
Fecha y hora

Interpreter Signature / Firma del intérprete

Note: If phone interpretation provided, record interpreter ID #

Relationship to Patient If Not the Patient

Relación o parentesco con el paciente si no es el paciente

Reason Patient Unable to Sign

Razón por la cual el paciente no puede firmar

**NOTICE OF NON-DISCRIMINATION / AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN**

**Northside Hospital complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.** / Northside Hospital cumple con las leyes federales de derecho civil aplicables y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

**ATTENTION:** Si usted habla un idioma que no sea inglés, ofrecemos servicios de ayuda lingüística sin cargo. Call 404-845-5898 (Atlanta/Forsyth); 678-493-1507 (Cherokee)

Northside Hospital cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Call 404-845-5898 (Atlanta/Forsyth); 678-493-1507 (Cherokee)

Northside Hospital tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 404-845-5898 (Atlanta/Forsyth); 678-493-1507 (Cherokee)