



**Consentimiento Informado para Diagnóstico y Tratamiento Médico**

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ teniendo conocimiento que estoy padeciendo de una condición que requiere diagnóstico y tratamiento médico, por la presente autorizo voluntariamente al personal médico de Quality Care Physicians.

Que se lleven a cabo todos los procedimientos diagnósticos (Laboratorios, Rayos X, etc.) y tratamiento médico que sean necesarios de acuerdo al juicio del personal médico de Quality Care Physicians.

Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ha ofrecido garantías sobre el resultado de los exámenes y/o tratamientos.

Certifico que he leído, o me han leído y explicado debidamente esta autorización y que entiendo su contenido. Por lo cual firmo libre, voluntariamente e inteligentemente este consentimiento, sin renunciar a mis derechos como paciente y beneficios que me asisten bajo la cubierta del Seguro de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente  
(Si es mayor de 12 años)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Madre ó Tutor Legal

Nota: Si el paciente está incapacitado, complete lo siguiente:

El paciente esta incapacitado para autorizar porque: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Tutor Legal



## I. Directrices Adelantadas

Yo, \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales, presto esta declaración libre y voluntariamente como un mandato a cumplirse en caso de que quede permanentemente incapacitado(a) para participar en decisiones con relación a mi asistencia médica.

### Estas instrucciones solo entrarán en vigor si yo:

- 1) Tuviese una condición terminal,
- 2) Estuviese permanentemente inconsciente o
- 3) Estuviese consciente pero con daño cerebral irreversible, y sin posibilidad de recobrar la facultad para tomar decisiones y expresar mis deseos.

**Estas instrucciones reflejan mi decisión firme** de rehusar tratamientos médicos desproporcionados. En caso de ser víctima de una enfermedad terminal, sin una expectativa razonable de recuperación, instruyó a mi médico de cabecera a discontinuar o a no prestarme tratamientos médicos desproporcionados que prolonguen el proceso de morir.

**En caso de no tener posibilidades de recuperación,** Mi atención médica debe limitarse a medidas que mejoren mi bienestar, que alivien el dolor y el sufrimiento, incluyendo el momento de la discontinuación de mi tratamiento.

### Con mis iniciales rehúso los siguientes cuidados:

\_\_\_\_ Reanimación Cardiopulmonar (CPR) – Procedimiento que restaura el movimiento del  
(Iniciales) corazón cuando los latidos se detienen y que provee respiración artificial cuando cesa el mecanismo de la respiración.

\_\_\_\_ Respiración Mecánica\_ Se utiliza una maquina llamada ventilador o respirador para ayudar  
(Iniciales) al pulmón en su función respiratoria cuando ésta es inadecuada.

\_\_\_\_ Diálisis \_\_\_\_\_ Transfusiones de sangre \_\_\_\_\_ Antibióticos  
(Iniciales) (Iniciales) (Iniciales)

\_\_\_\_ Otros Cuidados médicos que se rehúsan (letra de imprenta)  
(Iniciales)

## II. Designación de Mandatario

Designo a \_\_\_\_\_ quien conoce bien mis valores, para que vigile el documento de las instrucciones sobre el final de mi vida y tome otras decisiones que sean armónicas con mis valores, sobre la aceptación o rechazo de tratamientos sugeridos.

Su dirección es: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfonos: residencia \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_

Certifico que : \_\_\_\_\_ Le notifique su designación \_\_\_\_\_ Le notificaré su  
(Iniciales) (Iniciales)

Decisión \_\_\_\_\_  
(Iniciales)

## III. Donación de Órganos :

\_\_\_\_ No deseo donar mis órganos o tejidos. \_\_\_\_\_  
(Iniciales)

Después de mi muerte deseo donar:

\_\_\_\_ Cualquier órgano, tejido u ojos que pudiesen ser útiles.  
(Iniciales)

\_\_\_\_ Solamente los siguientes órganos o tejidos: \_\_\_\_\_  
(Iniciales)

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Firma del médico: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha /Hora: \_\_\_\_\_

# Historial de Salud

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha ultimo examen físico: \_\_\_\_\_

¿A que se debe su visita médica? \_\_\_\_\_

Síntomas: Marque con un tilde (✓) los síntomas que usted tiene actualmente, o que ha tenido en el año pasado.			
<b>General</b> <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Falta de memoria <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de sueño <input type="checkbox"/> Perdida de peso <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Sudores  <b>Músculo/Articulación/Hueso</b> Dolor, debilidad, entumecimiento en: <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Caderas <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Hombros  <b>Genitourinario</b> <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Orinar frecuentemente <input type="checkbox"/> Vejiga Hiperactiva <input type="checkbox"/> Orinar con dolor	<b>Gastrointestinal</b> <input type="checkbox"/> Mal apetito <input type="checkbox"/> Hinchado <input type="checkbox"/> Cambios al defecar <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Hambre Excesiva <input type="checkbox"/> Sed Excesiva <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Indigestión <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Sangrar por el recto <input type="checkbox"/> Dolor de Estomago <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Vómito de Sangre  <b>Cardiovascular</b> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> Latidos irregulares <input type="checkbox"/> Presión Baja <input type="checkbox"/> Mala circulación <input type="checkbox"/> Latidos acelerados <input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos <input type="checkbox"/> Venas varicosas	<b>Ojos, Oídos, Nariz, Garganta</b> <input type="checkbox"/> Sangrar en encías <input type="checkbox"/> Vista nublada <input type="checkbox"/> Estrabismo/Bizquera <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Dolor de oídos <input type="checkbox"/> Supuración por los oídos <input type="checkbox"/> Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Perdida de audición <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Tos persistente <input type="checkbox"/> Zumbido de los oídos <input type="checkbox"/> Problemas de la sinus <input type="checkbox"/> Visión - Fulguración <input type="checkbox"/> Círculos de luz  <b>Piel</b> <input type="checkbox"/> Se pone morada fácilmente <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Cambios en verrugas <input type="checkbox"/> Salpullidos <input type="checkbox"/> Cicatrices <input type="checkbox"/> Llaga que no cicatriza	<b>Hombres Solamente</b> <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Dificultad en erección <input type="checkbox"/> Bulto en testículos <input type="checkbox"/> Supuración por el pene <input type="checkbox"/> Llagas en el pene <input type="checkbox"/> Otros  <b>Mujeres Solamente</b> <input type="checkbox"/> Prueba PAP Anormal <input type="checkbox"/> Sangrado entre periodos <input type="checkbox"/> Bulto en el seno <input type="checkbox"/> Dolor menstrual muy fuerte <input type="checkbox"/> Fogaje ("Hot Flashes") <input type="checkbox"/> Supuración por los pezones <input type="checkbox"/> Coito doloroso <input type="checkbox"/> Supuración por la vagina <input type="checkbox"/> Otros  Fecha de la última menstruación _____  Fecha de última prueba PAP _____  ¿Ha tenido mamografías? _____ ¿Esta usted embarazada? _____ ¿Cuántos hijos tiene? _____

Condiciones: Marque con un tilde (✓) las condiciones que usted tiene, o que ha tenido en el año pasado.			
<input type="checkbox"/> Sida <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Apendicitis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastornos desangramiento <input type="checkbox"/> Bulto en los senos <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Drogadicción <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Bocio <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Cardiopatías <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> HIV positivo <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Problemas de Próstata <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroide <input type="checkbox"/> Amigdalitis <input type="checkbox"/> <b>Tuberculosis</b> <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea <input type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Infecciones Vaginales <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas

Medicamentos (liste los medicamentos que usted toma.)	Alergias (a medicamentos o sustancias)