



**\* PPH2000 \***

PPH2000

**1. Consentimiento para procedimientos médicos y quirúrgicos**

Yo, el paciente identificado abajo o el representante legalmente autorizado del paciente, consiento en los procedimientos que se realicen durante esta hospitalización o como paciente no hospitalizado, incluyendo el tratamiento o servicios de emergencia, y que pueden incluir, sin límite, los procedimientos de laboratorio, incluyendo análisis de sangre o de otros fluidos del cuerpo para determinar la presencia de alguna enfermedad contagiosa, hasta el grado que lo permita la ley, Hepatitis y Virus de Inmunodeficiencia Humana (el agente causante de SIDA), examen de rayos-x, procedimientos o tratamiento médicos o quirúrgicos, anestesia, o servicios prestados en el hospital al paciente bajo las instrucciones generales y específicas de mi médico o del médico del paciente o cirujano. Asimismo, consiento a mi médico/médico del paciente o cirujano y a sus designados incluyendo otros practicantes y personal del hospital, que pudieran incluir profesionales del cuidado de la salud en el entrenamiento, ejecución o administración de todas las pruebas, servicios o tratamientos indicados como se describen previamente.

**2. Consentimiento para Fotografía**

Doy permiso al hospital para tomar fotos como parte de la documentación de mi condición o de la condición del paciente. Estas fotografías se guardarán como parte de mi registro o registro permanente del paciente. Entiendo y reconozco que el hospital tiene permiso para utilizar cámaras para vigilar a todos los pacientes.

**3. Enfermería**

Entiendo y reconozco que este hospital provee cuidado de enfermería general para satisfacer las necesidades mías/del paciente en conformidad con las normas sobre el cuidado de enfermería. Si yo/el paciente, deseo servicios de niñera o servicios de una enfermera privada para satisfacer las necesidades del cuidado personal, entiendo que tal retención de tales servicios es responsabilidad mía y me comprometo a notificar al hospital si tengo intención de contratar servicio de enfermería privada o adicional. Entiendo también y reconozco que el hospital puede utilizar cámaras u otros aparatos para vigilar a los pacientes.

**El infrascrito certifica que he leído el documento anterior, recibido una copia del mismo, y que soy el paciente, el representante legal del paciente, o estoy debidamente autorizado por el paciente como agente general del paciente para formalizer el documento anterior y aceptar sus condiciones.**

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

Firma autorizada del paciente/paciente \_\_\_\_\_

Si no es el paciente, indique la relación \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Patient Label  
Office use only