

PATIENT CONSENT TO RESUSCITATIVE MEASURES

Not A Revocation Of Advance Directives Or Medical Powers Of Attorney

All patients have the right to participate in their own health care decisions and to make Advance Directives or to execute Powers of Attorney that authorize others to make decisions on their behalf based on the patient's expressed wishes when the patient is unable to make decisions or unable to communicate decisions. This Center respects and upholds those rights.

However, unlike in an Acute Care Hospital setting, the Center does not routinely perform "high risk" procedures. Most procedures performed in this facility are considered to be of minimal risk. Of course, no surgery is without risk. You will discuss the specifics of your procedure with your physician who can answer your questions as to its risks, your expected recovery and care after your surgery.

Therefore, it is our policy, regardless of the contents of any Advance Directive or instructions from a health care surrogate or attorney in fact, that if an adverse event occurs during your treatment at this facility, we will initiate resuscitative or other stabilizing measures and transfer you to an Acute Care Hospital for further evaluation. At the Acute Care Hospital, further treatment or withdrawal of treatment measures already begun will be ordered in accordance with your wishes, Advance Directive or Health Care Power of Attorney. Your agreement with this policy by your signature below does not revoke or invalidate any current Health Care Directive or Health Care Power of Attorney.

If you do not agree to this policy, we are pleased to assist you to reschedule the procedure.

By signing this document, I acknowledge that I have read and understand its contents and agree to the policy as described.

By: _____
(Patient's Signature)

Patient's Last Name:	Patient's First Name:	Date:
----------------------	-----------------------	-------

If consent to the procedure is provided by anyone other than the patient, this form must be signed by the person providing the consent or authorization.

I acknowledge that I have read and understand its contents and agree to the policy as described.

By: _____
(Signature)

(Print Name)

Relationship to Patient

- Court Appointed Guardian
- Attorney in Fact
- Health Care Surrogate
- Other

CONSENTIMIENTO DE PACIENTE DEL CENTRO QUIRURGICO AMBULATORIO PARA MEDIDAS DE RESUCITACION

**No Constituye una Revocación de las Directivas por Adelantado
o de los Poderes Médicos para Cuidados de Salud**

Todos los pacientes tienen derecho a participar en las decisiones relacionadas con sus propios cuidados de salud y de hacer Directivas por Adelantado u otorgar Poderes que autoricen a otras personas a tomar decisiones en su nombre de acuerdo con los deseos expresados por el paciente, cuando el paciente no puede tomar decisiones o comunicar sus decisiones. Este Centro de Quirúrgico respeta y defiende estos derechos.

Sin embargo, a diferencia de un Hospital de Cuidados Urgentes, el Centro Quirúrgico no suele realizar intervenciones de «alto riesgo». La mayoría de las intervenciones realizadas en esta instalación son consideradas de riesgo mínimo. Naturalmente, no hay cirugía sin riesgo. Usted hablará de los aspectos específicos de su intervención con su médico, quien podrá contestar sus preguntas acerca de los riesgos, indicarle el tiempo de recuperación esperado y el cuidado que usted necesitará después de la cirugía.

Por lo tanto, independientemente del contenido de cualesquier Directivas por Adelantado o instrucciones de un sustituto o apoderado con poderes de decisión sobre cuidados de salud, tenemos por política que si se planteara alguna condición adversa durante su tratamiento en esta instalación, iniciaremos medidas de resucitación u otras medidas de estabilización, y lo transferiremos a un Hospital de Cuidados Urgentes donde usted será evaluado más detenidamente. En el Hospital de Cuidados Urgentes, la continuación o suspensión de las medidas de tratamiento ya iniciadas será ordenada de acuerdo con sus deseos, sus Directivas por Adelantado o el Poder Médico para Cuidados de Salud que usted haya otorgado. Su aceptación de esta política mediante su firma aquí abajo no revoca ni anula Directiva o Poder vigente para Cuidados de Salud.

Si usted no acepta esta política, lo ayudaremos a programar de nuevo su intervención.

Mediante mi firma en este documento, reconozco que he leído y entiendo su contenido, y que acepto la política descrita en el mismo. Si he indicado que desearía obtener información adicional, por la presente acuso recibo de dicha información.

Por: _____
(Firma del Paciente)

El Apellido del Paciente :	El Nombre del Paciente:	Fecha:
----------------------------	-------------------------	--------

Si el consentimiento para la intervención es suministrado por cualquier persona que no sea el paciente, este formulario debe ser firmado por la persona que da el consentimiento o autoriza dicha intervención.

Reconozco que he leído y entiendo su contenido, y que acepto la política descrita en el mismo.

Por: _____
(Firma)

(Nombre en Letras de Imprenta)

Relación con el Paciente

- Tutor Designado por el Tribunal
- Apoderado
- Sustituto para Cuidados Médicos
- Otro