



Clínica Especializada de Azuero
CUIDANDO TU SALUD

16/05/2024 11:50:00 AM

ADMISIÓN

COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA (008) DISPOSICIÓN PARA LOS MEDICAMENTOS QUE TRAIGAN LOS PACIENTES

1. Para garantizar la seguridad, el seguimiento farmacológico y la calidad de los medicamentos dispensados a los pacientes que ingresen al Hospital CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A ,no se le permitirá a los mismos que traigan sus propios medicamentos.
2. La única excepción a esta disposición será de algún paciente que ingrese de manera urgente y está recibiendo algún medicamento indispensable y que a juicio de su médico tratante no pueda suspender su tratamiento y que el mismo no esté disponible en el país, o en el inventario de la Farmacia en ese momento; sólo entonces será aceptado, por la Dirección Médica y el Médico Tratante, que traiga su médico el cual será entregado a la Farmacia Hospitalaria quien tramitará la entrega del mismo luego de su acondicionamiento, facturando solamente el manejo y tramite del mismo. Esto será solamente hasta que la Farmacia Hospitalaria logre obtener el (los) medicamento (s) en mención.
3. El punto anterior será valido solamente hasta que la Farmacia Hospitalaria logre obtener el (los) medicamento (s) en mención.
4. **La responsabilidad exclusiva del resultado del tratamiento terapéutico de los medicamentos en estas condiciones será del médico tratante.**
5. Es conveniente también aclarar que cuando un paciente es admitido para hospitalización y se de inicio al cumplimiento de las órdenes médicas, los medicamentos generados por las mismas empezaran a ser facturados a la cuenta del (la) paciente.

Confirmamos que hemos leído, comprendido y aceptado todos los términos y condiciones que constan que el presente documento:

Nombre Completo del Paciente: PACIENTE1 PACIENTE2 GENERICO1 GENERICO2

Firma del Paciente: _____

Cédula: SIN IDENTIFICACION

Nombre Completo de la Persona Responsable (entiéndase como persona responsable los esposos, padre, madre o tutor):



Clinica Especializada de Azuero
CUIDANDO TU SALUD

Pegar Label Aqu

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RESONANCIA MAGNETICA

Name: **PACIENTE1 PACIENTE2 GENERICO1 GENERICO2**_____ Date of Birth:
12/12/1985_____ Personal I.D. or Passport : **SIN_IDENTIFICACION-D**

Magnetic Resonance: _____

The Magnetic Resonance (MRI) is a specialized diagnostic method that obtains high resolution images of the inside of the human body, using a magnetic field and radio waves. It doesn't use ionizing radiation.

The equipment has a large-sized magnet and before starting an MRI study, it's important to know if the patient has any metal object in the body. The study does not cause pain

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONNAIRE

HAVE YOU HAD SURGERY OR DO YOU HAVE	YES	NO	HAVE YOU HAD SURGERY OR DO YOU HAVE	YES	NO
Pacemakers and wires			Recent Stent implant		
Aneurism clip			Shunt		
Surgery clip			Ear implants		
Eyesight implants			IUD (Intrauterine device)		
Internal defibrillator			Intravascular coil		
Bullets or pellets			Cardiac valve		
Stimulator and wires			Artificial prosthesis		
Infusion pump			Hearing amplifier		
Penile prosthesis			Thoracotomy		
				YES	NO
Are you claustrophobic?					
Have you ever worked as a mechanic, welder or metal worker?					
Do you have any metal facial lesion?					
Have you had any metal removed from your eyes?					
Do you have tattoos in any part of your body?					
Do you have amalgam fillings in your teeth?					
Are you pregnant?					
When was your last menstrual cycle? (Calls only for pelvic studies)					
Do you have any type of allergy (if your answer is YES, specify)					
Are you taking any medication, specify:					

If your physician ordered a study with contrast medium, you should know these substances are capable of highlighting certain anatomic structures and some pathologies.
The contrast agent commonly used in a Magnetic Resonance is GADOLINIUM and its usual administration is intravenously. It's a very safe contrast medium and even though allergic reactions and some adverse effects to this agent, these are rare. Its excretion is renal, so it is important to know its renal function prior to the study.

I certify I have read this form and authorize the physician and technical staff from CLÍNICA ESPECIALIZADA DE AZUERO to perform the test.

SIGNATURE

DATE: 16/05/2024 11:50:01 AM

Note: The Hospital gives this document in compliance with Law 68 of November 20th, 2003 which regulates the rights and obligations of the patients, regarding the information and informed decision-making, complying as well with the Joint Commission International accreditation standards for hospitals.



Clínica Especializada de Azuero
CUIDANDO TU SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO

Nombre Completo: PACIENTE1 PACIENTE2 GENERICO1 GENERICO2

Fecha Nacimiento: 12/12/1985

Mi (s) médico (s) me han informado que él (los) procedimiento (s) que planifica (n) hacerme es (son) el (los) siguientes, cirugía o tratamiento propuesto a realizar

CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A y todas sus afiliadas considera que usted tiene derecho a ser informado (a) y tomar decisiones con respecto a los tratamientos y procedimientos médicos y/o quirúrgicos que se le efectúen. Usted debe ser parte de la decisión de este proceso. Su (s) médicos debe (n) proveerle la información sobre el tratamiento médico quirúrgico propuesto basado en su condición.

La información siguiente contiene un texto estándar de consentimiento informado para procedimientos médicos y quirúrgicos, utilizado tanto para procedimientos menores como en los más complicados y serios. No ha sido elaborado por asustarlo o alarmarlo, es un esfuerzo para que usted sea RAZONABLEMENTE INFORMADO (A) y explicarle que TODOS los procedimientos conllevan riesgos. Por ejemplo, en muchas operaciones solo presentan la posibilidad remota de necesitar transfusiones sanguíneas, sin embargo las mismas son mencionadas en este texto.

Si usted no comprende algo PREGUNTE a su(s) médico (s).

Si usted tiene dudas o preguntas no contestadas NO FIRME ESTE DOCUMENTO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Reconozco durante el curso de mi operación, cuidados post operatorio, tratamiento médico, anestesia, analgesia u otro procedimiento, existen condiciones imprevistas así como riesgos y complicaciones asociadas que pueden necesitar procedimiento diferentes o adicionales a los que hayan sido descritos en el presente documento. Por esta razón autorizo a mi(s) medico(s) y a sus asistentes, a realizar dicho procedimiento quirúrgico y cualquier otro procedimiento que sea necesario en el buen ejercicio y juicio profesional de los mismos. La autorización que doy se extiende al tratamiento de todas las condiciones que requieran tratamiento inmediato y/o complicaciones asociadas y que surjan como inconvenientes potenciales y/o riesgos durante o después del procedimiento o cirugía.

He sido informado (a) que existen riesgos significativos tales como reacciones alérgicas, coágulos en las venas y pulmones, pérdida de sangre, infecciones, paro cardiaco, que pueden llevarme a la muerte, incapacidad parcial o permanente y que suscitarse deben ser atendidos.

2. Reconozco que en los casos en donde son necesarias incisiones y/o suturas pueden ocurrir infecciones, dolor en la herida, formación de hernias (debilidad o abombamiento) y que esta complicaciones pueden requerir tratamientos o procedimiento futuros

3. Reconozco en la lista de riesgos y complicaciones de este documento pueden no estar incluidos todos los riesgos posibles o conocidos de la cirugía o procedimiento que se me planifica realizar, pero que la misma expone las complicaciones más comunes o severas. Reconozco que en futuro pueden emerger complicaciones no mencionadas en este documento.

4. **Reconozco que mi (s) médico (s) me ha (n) me ha señalado los beneficios razonables esperados, pero no me ha (n) dado garantía ni seguridad del resultado que pueda obtenerse la cirugía o procedimiento ni en la cura de mi condición.**

5. Doy el consentimiento para el uso de transfusiones sanguíneas y productos sanguíneos que sean necesarios a criterio de mi(s) médico(s). Reconozco los riesgos inherentes a las transfusiones de sangre y tengo el conocimiento que el CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A, practica todas las pruebas de laboratorio necesarias y disponibles actualmente para evitar enfermedades transmisibles como lo son la hepatitis y el VIH pero igualmente se me ha informado de la existencia de un riesgo de contraer estas enfermedades debido a la posibilidad de que las mismas se encuentren en periodo de incubación o ventana al momento de hacer las pruebas al donante y por lo tanto no puedan detectarse en ninguna prueba de laboratorio.

6. Autorizo mi (s) médico (s) para que según los procedimientos usuales dispongan de los tejidos o parte de los mismos que sean removidos quirúrgicamente por ejemplo para estudios histopatología.

7. **ENTIENDO QUE CUALQUIER ASPECTO DE ESTE DOCUMENTO QUE YO NO ENTIENDA ME DEBE SER EXPLICADO CON MAYORES DETALLES POR MI(S) MÉDICO(S) O A SUS ASOCIADOS.**

8. **Certifico que mi(s) médico(s) me ha(n) oportunidad de hacer preguntas y me ha (n) informado del carácter y naturaleza de los procedimientos médicos quirúrgicos propuestos, de los beneficios que obtendría de los mismos, incluyendo las consecuencias de la ausencia de tratamiento. Me han informado de las posibles complicaciones, riesgos conocidos y de las formas alternas de tratamientos.**

9. Las siguientes son las excepciones referentes al tratamiento (s), y /o examen (s) y/o intervención (s) quirúrgica (s) y/o procedimiento (s) y/o suministros de medicamento (s) y/o transfusiones, y/o suministro de anestesia que lleguen a considerarse en algún momento (Describa las alergias o niega alergias del paciente):

10. Estoy consciente que el médico (s) tratante (s) no (son) empleado (s) del CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A y por consiguiente exoneramos al CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A de cualquier responsabilidad o negligencia de (los) medico (s) lo que incluye y no se limita no accionar contra el CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A por tales circunstancias.

11. **CERTIFICO QUE TENGO LA SUFICIENTE INFORMACION PARA DAR ESTE CONSENTIMIENTO Y QUE MI(S) MEDICO (S) ME HA(N) PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACION MAS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHO (A) CON LAS EXPLICACIONES QUE ME HA(N) DADO Y NO NECESITO MAS INFORMACIÓN.**

Firma del Paciente

Firma de su representante o guardián legal

Testigo (solo de la firma)

Firma del médico

Fecha: 16/05/2024 11:50:01 AM