**CONSENT TO CARE**

**(Pagtugot sa Pag-amuma)**

**NAME OF PATIENT** *(Pangalan sa Pasyente)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AGE** *(Edad)*: \_\_\_\_\_\_\_ **SEX** *(Katawohon)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Hospital No** *(Narehistrong Numero sa Pasyente sa Ospital)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ATTENDING PHYSICIAN** *(Doktor nga Nag-atiman)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

The undersigned **freely and voluntarily CONSENT** Cebu South Medical Center(CSMC) and its personnel to collect and process the Patient’s personal information and do the following *(Ang tagsulat naghatag sa iyang gawasnon ug boluntaryong pagtugot sa Cebu South Medical Center ug iyang mga empleyado para makakolekta ug proseso sa personal nga impormasyon sa pasyente ug makabuhat sa mga nagsunod):*

( ) **PERFORM** necessary treatment *(****PAGHIMO*** *sa mga gikinahanglang pag-atiman)*

( ) **PERFORM** any or all of the following invasive procedures *(****PAGHIMO*** *sa mga nagsunod nga malapasong paagi)*:

( ) Endotracheal intubation and other advanced airway management *(Pagsulod sa tubo sa ilong sa baba abag sa pag-ginhawa sa pasyente o laing pag-unang pag-atiman sa agi-anan sa hangin sulod sa lawas)*

( ) Nasogastric or Orogastric tube insertion *(Pagsulod sa tubo sa ilong padulong sa tiyan o pagsulod sa baba padulong sa tiyan)*

( ) Defibrillation *(Paghatag ug “electrical shock” sa dughan para sa pagtarong sa pitik sa kasing-kasing)*

( ) Catherization *(Pagsulod sa “catheter” sa agi-anan sa ihi)*

( ) Intra-osseous insertion *(Pagsulod sa “cannula” sa bukog kung maglisod sa pagsulod sa ugat)*

( ) Others as specified *(Laing pagabuhaton)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) **PERFORM** a surgical procedure*(****PAGHIMO*** *sa operasyon nga ginganlang)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ under *(gamit ang)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anesthesia.

( ) **PROCESS**, including but not limited to creating, storing, using, sharing, archiving and destroying of the patient’s personal information/data *(****PAGPROSESO*** *labot sa mga nagsunod pero dili lang limitado sa pagmugna, pagtipig, pag-gamit, pagpa-ambit, pag-arkibo ug pag-guba sa personal nga impormasyonsa pasyente).*

( ) **SHARE or DISCLOSE** to Philhealth the patient’s personal information, such as Patient’s Medical Records, Charts and any Personal Data for verification of Philhealth claims or health insurance coverage *(****PAGPA-AMBIT o PAGBUTYAG*** *sa Philhealth sa personal nga impormasyon sa pasyente sama sa Medikal nga Rekords sa pasyente ug bisan unsa nga Personal Datos para mapamatuod ang katinuoran sa “Philhealth claim” o “health insurance coverage”).*

( ) **SHARE or DISCLOSE** Patient’s Information/Data to any branch or department of the government, private organizations and/or non-government organizations for any of the following purposes *(****PAGPA-AMBIT o PAGBUTYAG*** *sa Personal nga Impormasyon/Datos sa bisan unsang sanga o departamento sa gobyerno, pribado nga organisasyon ug/o “non-governemnt” nga organisasyon para sa mga nagsunod nga mga katuyoan)*:

( ) Availment of medical/financial assistance *(Pagpahimulos sa medical o pinansiyal nga tabang)*

( ) Compliance with reportorial requirements on reporting of communicable & notifiable diseases/conditions *(Pagsunod sa panginahanglanon sa pag-report sa mga sakit o kondisyon nga makatakod o angay ipasayod)*

( ) Disease or Epidemiological Surveillance, Monitoring and Investigation *(Paghimo ug “epidemiological” nga pagpaniid, pagmonitor o pag-imbestigar sa mga sakit)*

( ) Investigation conducted *(Imbestigasyon nga gipahigayon)*

( ) Police Queries for Police Blotter/Report entries *(Mga pangutana sa pulis para sa ilang paghimo ug “police Blotter”)*

( ) Inclusion to disease registries and online reporting systems *(Pagrehistro sa impormasyon sa pasyente sa mga “disease registries” ug “online reporting systems”)*

( ) Research/Study *(Paniksik/Pagtulun-an)*

( ) Compliance of staff to requirements of certifying/accrediting bodies, medical specialty certification, DOH certification *(Pagkompleto sa mga rekisitos sa mga empleyado alang sa gikinahanglang sertipikasyon.)*

( ) **COLLECT** blood sample to be sent to Research Institute of Tropical Medicine (RITM) for further examination (***PAGKOLEKTA*** *ug dugo para ipadala sa Research Institute of Tropical Medicine(RITM) aron sa dugang eksaminasyon).*

( ) **ALLOW** medical residents, interns and health care students of affiliating colleges & universities to *(****PAGTUGOT*** *sa mga medical nga residente, “interns” o “health care” nga estudyante sa mga kaanib nga mga kolehiyo ug Unibersidad)*:

( ) Provide care to patient *(Pag-amuma sa mga pasyente)*

( ) Access patients medical records/chart *(Pagtan-aw o pag-gamit sa medical nga record o “chart” sa mga pasyente)*

( ) **PROCESS** Patient’s Information/Data through a Personal Information Processor (PIP) provided the same continues comply with existing data protection laws of the country (***PAGPROSESO*** *sa Personal nga Impormasyon o Datos pinaagi sa “Personal Information Processor (PIP)” sa kondisyon nga ang susama magpadayon sa pagsunod sa mga eksistidong mga balaod sa nasod nga nagpanalipod sa pagkapribado sa datos o impormasyon).*

( ) **SHARE or DISCLOSE** Patient’s Information Data to a Personal Information Processor (PIP), in the event Cebu South Medical Center opts to outsource the processing of Personal Information /Data *(****PAGPA-AMBIT o PAGBUTYAG*** *sa Personal nga Impormasyon/Datos sa Pasyente ngadto sa “Personal Information Processor (PIP)” sa panahong makadesider ang Talisay District Hospital nga ipatrabaho sa ubang organisasyon o kompaniya ang pag-proseso sa Personal ng Impormasyon sa Pasyente).*

**The instant CONSENT is voluntarily executed by me after understanding the full contents therein. Furthermore, I have been informed of the Patient’s rights in relation to data privacy including rights to access, correct, object or withdraw consent at any given time but with appropriate notification to TDH and its staff** *(Ang maalamong pagtugot kay boluntaryong gibuhat nako human sa hustong pagkahibalo sa tanang hilisgotan dinhi. Gipahimangno ako sa mga katungod sa pasyente kabahin sa pagkapribado sa datos/impormasyon sama sa katungod sa pagsuta, pagtarong, pagsupak o pagkuha sa pagtugot nga nahatag diha sa TDH bisan unsang orasa o higayon pero sa hustong pagpahibalo sa ospital ug sa iyang mga empleyado)***.**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature over Printed Name of Patient  *(Pirma ibabaw sa Binulding Pangalan sa Pasyente)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature over Printed name of Authorized representative  *(Pirma Ibabaw sa Binulding Pangalan sa Otorisadong Representante)* |
| Date & Time Signed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Petsa ug Oras Napirmahan)* | Date & Time Signed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Petsa ug Oras Napirmahan)* |
|  | Relationship of the representative to the patient (*Relasyon sa representante ngadto sa pasyente):*  ( ) Spouse (*Asawa)* ( ) Child (*Anak)* ( ) Parent (*Ginikanan)*  ( ) Sibling (Igsuon)  ( ) Others (*Laing Relasyon)*, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Reason for signing on behalf of the patient (*Rason sa pagpirma isip representante sa pasyente)*:  ( ) Patient is incapacitated (*Ang pasyente dili makapirma)*  ( ) Other reasons (*Laing rason)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

If patient or representative is unable to write, put right thumb mark. Patient/representative should be assisted by a health care provider. Check the appropriate box *(Kung ang pasyente o representante dili makamao musulat sa pirma, ipa-butang ang tamla sa tuo nga kumagko. Kinahanglan magiyahan ang pasyente o representante sa pagpirma. Tsekan ang saktong kahon)*:

( ) Patient *(Pasyente)* ( ) Representative *(Representante)*

Witnessed by *(Saksi sa pagpirma)*:

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature over Printed Name of Health Care Provider  (*Pirma ibabaw sa Binulding Pangalan sa Tig-amuma)* | Date & Time Signed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Petsa ug Oras Napirmahan)* |

*This section is to be filled by the doctors and nurses.*

# MINOR SURGERY RECORD

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Case No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Family Name) (First Name) (Middle Initial)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Age: |  | | Sex: | | |  | | | Civil Status: | | |  | | | | | | Birthdate: |  | |
| Date of Surgery: | | | |  | | | | | | | Time Started: | |  | | | | Time Ended: | |  | |
| Attending Physician: | | | | | |  | | | | Anesthesia Used: | | |  | | Pre-Operative Diagnosis: | | | | |  |
| Operation Performed: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Post-Operative Diagnosis: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Remarks: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Assistant Surgeon: | | | | |  | | | | | | | |  | Scrub Nurse: | |  | | | | |

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

SIGNATURE OVER PRINTED NAME OF SURGEON