

**CONSENT TO CARE AND TREATMENT  
CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO Y TRATAMIENTO**

**MEDICAL TREATMENT / TRATAMIENTO MEDICO:** Por el presente, el que subscribe, autorizo y permito a mi médico y a sus designados, al Centro Médico Valley y sus empleados, y a todas las otras personas que me atiendan y provean tratamiento y cuidado según consideren necesario y disponible durante mi estadía en el Hospital o en la Red de Clínicas, incluyendo, pero no limitado a pruebas, exámenes, rayos x, tratamientos médicos y quirúrgicos, y otros procedimientos que sean necesarios. Entiendo que, al firmar este Consentimiento, estoy autorizándoles a tratarme por el tiempo que sea necesario en el Centro Médico Valley o hasta que retire mi consentimiento por escrito.

Entiendo que mi cuidado está bajo el control de mi médico quien puede no ser empleado o agente del Centro Médico Valley, sino más bien, un médico independiente, y que el Centro Médico Valley no es responsable por sus actos u omisión o cualquier acto u omisión por seguir sus instrucciones. Soy consciente que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no hay garantía ni promesas sobre el resultado del tratamiento o exámenes en el Centro Médico Valley.

En el caso de que un trabajador de la salud sea expuesto a mi sangre o fluidos corporales de forma que presente un riesgo en la trasmisión de infecciones por vía sanguínea durante esta hospitalización, visita en la oficina o procedimiento ambulatorio, doy mi consentimiento para que me hagan el examen del VIH, sin costo alguno, para que el trabajador de cuidado de salud pueda ser tratado a tiempo. Autorizo divulgar esta información al trabajador de cuidado de salud que fue expuesto y a su proveedor de cuidado de salud.

**PHOTOGRAPHS / FOTOGRAFIAS:** Se aprueba tomar, reproducir y usar fotografías relacionadas con mi diagnóstico, cuidado y tratamiento (incluyendo procedimientos quirúrgicos) en el Centro Médico Valley, siempre y cuando mi identificación no sea divulgada. Las fotografías pueden incluir el uso de grabaciones de video, imágenes digitales y televisión. Estas imágenes pueden ser parte de mi expediente médico.

**CONSENT TO TREATMENT BY STUDENT MEDICAL PROFESSIONAL / CONSENTIMIENTO PARA SER TRATADO POR UN ESTUDIANTE MEDICO PROFESIONAL:** Como parte de una política de educación médica continua, el Centro Médico Valley tiene estudiantes médicos, enfermeros y paramédicos que observan o practican en el cuidado dado a sus pacientes. Entiendo que esto puede incluir procedimientos quirúrgicos, procedimientos de rayos x, examen de los tejidos, y otros aspectos de mi cuidado. También entiendo que en todo tiempo estas actividades estarán bajo la supervisión y aprobación de mi médico y/u otros profesionales del cuidado de salud y estarán a un nivel considerado apropiado y necesario por ellos, doy mi consentimiento para la observación y participación de los estudiantes médicos y paramédicos en el cuidado médico que me provean mientras soy paciente del Centro Médico Valley.

**NOTICE TO MATERNITY PATIENTS / NOTIFICACION PARA LOS PACIENTES DE MATERNIDAD:** Mi autorización del día de hoy para mi cuidado y el cuidado de mi bebé aplicarán al cuidado que pueda recibir el día de hoy como también el cuidado futuro relacionado a mi embarazo actual, hasta e incluyendo el parto.

**PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES / DEBERES Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE:** Reconozco el recibo de los Derechos y Responsabilidades del Paciente.

**NOTICE TO OUTPATIENTS / NOTIFICACION A PACIENTES AMBULATORIOS:** Si la visita del día de hoy es por una serie de tratamientos como paciente ambulatorio, se requiere su autorización una vez por año calendario para el cuidado ambulatorio y los servicios de este departamento.

**RECEIPT OF ELECTRONIC MAIL / RECIBO DE CORREO ELECTRONICO:** Reconozco que al dar mi dirección de correo electrónico autorizo solamente al Centro Médico Valley para enviarme promociones de salud y anuncios sobre el cuidado del paciente. Mi información no será vendida o divulgada a terceras personas.

**ADVANCE DIRECTIVES/LIVING WILL / DISPOSICIONES DE LOS PACIENTES O TESTAMENTO BIOLOGICO:** Reconozco recepción de la información sobre las Disposiciones de los Pacientes y el Poder Legal para la Atención Médica.

**PATIENT PROPERTY / PROPIEDAD DEL PACIENTE:** Tengo conocimiento que el Centro Médico Valley no es responsable por la pérdida o daño de cualquier propiedad personal a menos que esta sea colocada en la caja de seguridad.

**CERTIFICO QUE HE LEIDO LO ANTERIOR Y QUE ENTIENDO SU CONTENIDO. MIS PREGUNTAS HAN SIDO RESPONDIDAS A MI SATISFACCION. AUTORIZO EL TRATAMIENTO Y CUIDADO EN EL CENTRO MEDICO VALLEY.**

SIGNATURE (PATIENT OR PERSON AUTHORIZED TO GIVE AUTHORIZATION) / FIRMA (PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA) Date / Fecha

If signed by person other than patient, relationship to patient / If Patient unable to sign, reason / Verbal Obtained? No Yes  
Si firmada por otro, indique su relación con el paciente: Si el paciente no puede firmar, indique la razón:

Patient Label	<b>UW Medicine</b> Valley Medical Center <b>Consent to Care and Treat</b> 201193 Rev.3 07/2018
---------------	---



Patient Label