

### **Consentimiento para infusión**

St. Mary's Healthcare  
Infusion Center  
4950 State Highway 30, 1st Floor  
Amsterdam, NY 12010  
Teléfono: 518-770-7557 Fax: 518-841-3671

Autorizo que el Dr. \_\_\_\_\_ y su personal en St. Mary's Infusion Center me administren el tratamiento que se compone de: \_\_\_\_\_ por el diagnóstico de: \_\_\_\_\_. Además, doy consentimiento para recibir otros medicamentos.

El Dr. \_\_\_\_\_ me explicó el propósito del tratamiento, incluyendo los beneficios y complicaciones potenciales, los riesgos y efectos secundarios relacionados y las alternativas al tratamiento, incluyendo la opción de no recibirlo.

Tuve la oportunidad de hacerle preguntas a mi proveedor y las respondió todas a mi satisfacción. No pido ni necesito más explicaciones en este momento. Reconozco que no se han dado garantías sobre los resultados del tratamiento. Entiendo que durante el tratamiento pueden surgir imprevistos que podrían necesitar procedimientos adicionales. Doy consentimiento para los procedimientos que consideren necesarios el Dr. \_\_\_\_\_ o las personas que actúan en su nombre y bajo sus indicaciones.

Confirmando que leí y entendí en su totalidad este formulario de consentimiento y todo el material de educación que se me entregó.

Firma del paciente/familiar/tutor: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Intérprete (si es necesario): \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Certifico que expliqué la naturaleza, el propósito, los beneficios y riesgos potenciales del tratamiento propuesto, así como las alternativas a este, y me ofrecí a responder todas y cada una de las preguntas sobre el tratamiento. Considero que el paciente/padre/madre/tutor que firmó arriba entiende lo que expliqué y respondí.

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



M.CLICONS

Revisado HIM/TB 02/07/24