

Do not write in this box



AMB Consent for Tx

Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

1. **MEDICAL CONSENT:** I am aware that the practice of medicine and surgery is not an exact science and I acknowledge that no guarantees have been made to me as to the result of treatments or examinations. I voluntarily consent to medical care, including routine diagnostic procedures, surgery and medical treatment by the medical staff at **The University of Kansas Hospital** and **The University of Kansas Physicians** or their assistants or designees as is necessary in their judgment for the patient listed above.
2. **ACADEMIC MEDICAL CENTER:** I understand that as an Academic Medical Center and teaching facility, patients are seen by staff physicians, resident physicians and other healthcare students and observers.
3. **RADIATION EXPOSURE:** I am aware that some imaging tests and procedures, beneficial to my care, may expose me to radiation. I understand my radiation exposure will be kept as low as possible. Any specific risk associated with the test or procedure or radiation will be explained to me by my physician. I understand I have the right to refuse the test or procedure.
4. **CLINICAL PHOTOGRAPHY AND VIDEO MONITORING:** The use of clinical photography and video monitoring in some circumstances may be considered routine to patient care. Except in an emergency, I understand I:
  - Will be informed prior to the clinical photography or video monitoring of the use and purpose of the picture or video;
  - Have the right to refuse clinical photography or video monitoring;
  - Have the right to withdraw consent for future clinical photography or video monitoring at any time; and
  - Have the right to request an amendment of the medical record to remove clinical photography or video monitoring from the record by contacting the Privacy Officer.

Patient identification photos may also be taken to insure patient identity and facilitate medical care. Photos will be updated when my physical condition changes significantly.
5. **SCIENTIFIC STUDY AND DISPOSAL OF HUMAN TISSUE AND BODY FLUIDS:** I consent that The University of Kansas Hospital and The University of Kansas Physicians may retain, study, use and/or dispose of any blood, fluid, specimen or tissues which may be removed from me during my visit.
6. **BLOOD/BODY FLUID EXPOSURE:** I understand and consent to testing for Human Immunodeficiency Virus (HIV), Hepatitis, and/or other blood-borne illnesses if an individual is exposed to my blood or other bodily fluids. I understand law permits this testing, and should such testing occur, I will not be billed for it.
7. **RELEASE OF INFORMATION:** I understand the confidentiality of all medical records will be protected to the full extent of the law. The University of Kansas Medical Center Notice of Privacy Practices governs release of information. I authorize The University of Kansas Hospital and The University of Kansas Physicians to release medical information to any insurance company or authorizing agency for the purpose of obtaining payment. I also authorize the release of medical information to primary care or referring physicians or other health care providers involved in patient care services. Medical information may include records relating to mental health care, communicable diseases, HIV/AIDS, and/or treatment of alcohol/drug abuse. I authorize the release of these records.
8. **PERSONAL VALUABLES:** I understand that The University of Kansas Hospital and The University of Kansas Physicians are not responsible for the loss or damage of any personal items (i.e. money, credit cards, jewelry, clothing, etc.) I wish to keep with me and that The University of Kansas Hospital and The University of Kansas Physicians will not replace any lost or damaged goods.
9. **IMPLANTED MEDICAL DEVICES:** I understand The University of Kansas Hospital and The University of Kansas Physicians, when required, will release my social security number to the manufacturer of any medical device implanted or prescribed to me so that I may be notified in the event of a recall.

My signature below acknowledges that I have read and understand this document and am authorized to sign.

\_\_\_\_\_  
 Signature of Patient or Surrogate Decision-maker\*

Interpreter Required:  YES  NO

\_\_\_\_\_  
 Printed Name of Surrogate Decision-maker\*

Mode of Interpretation  
 Sight Translated  Interpreted

\*Relationship to Patient:  Parent  Legal Guardian  
 Durable Power of Attorney (DPOA)

\_\_\_\_\_  
 Signature of Interpreter

\_\_\_\_\_  
 Other/Relationship:

\_\_\_\_\_  
 Interpreter's Printed Name

\_\_\_\_\_  
 Today's Date

\_\_\_\_\_  
 Time

\_\_\_\_\_  
 Today's Date

\_\_\_\_\_  
 Time

\*Authorization must be signed by the patient, or if applicable, by an appropriate surrogate decision-maker.



THE UNIVERSITY OF  
KANSAS HEALTH SYSTEM

4000 Cambridge Street  
Kansas City, Kansas 66160

**CONSENTIMIENTO PARA EL  
TRATAMIENTO MÉDICO**

No escriba en este cuadro



AMB Consent for Tx

Nombre: \_\_\_\_\_

F. de N.: \_\_\_\_\_

Registro médico n.º \_\_\_\_\_

- CONSENTIMIENTO MÉDICO:** Tengo plena conciencia de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía en relación con el resultado de los tratamientos o exámenes. Doy mi consentimiento de manera voluntaria para recibir atención médica, inclusive procedimientos rutinarios de diagnóstico, cirugía y tratamiento médico por parte del personal médico en **The University of Kansas Hospital** y **The University of Kansas Physicians** o sus asistentes o personas designadas de la manera que sea necesaria a su criterio para el paciente indicado anteriormente.
- CENTRO MÉDICO ACADÉMICO:** Entiendo que como centro médico académico y centro de enseñanza, los pacientes son atendidos por parte de médicos del personal, médicos residentes y otros estudiantes y observadores de la atención a la salud.
- EXPOSICIÓN A RADIACIÓN:** Estoy enterado de que algunas pruebas y procedimientos de imaginología, que son beneficiosos para mi salud, pueden exponerme a radiación. Entiendo que la exposición a la radiación se mantendrá lo más baja posible. Mi médico me explicará los riesgos específicos asociados con la prueba, el procedimiento o la radiación. Entiendo que tengo derecho a negarme a la prueba o procedimiento.
- FOTOGRAFÍA CLÍNICA Y CONTROL MEDIANTE VIDEO:** El uso de la fotografía clínica y el control mediante video en algunas circunstancias se puede considerar atención de rutina. Excepto en caso de emergencia, entiendo que:
  - Antes de tomar fotografías clínicas o de realizar un control mediante video, me informarán acerca del uso y fin de la fotografía o video.
  - Tengo el derecho a negarme a las fotografías clínicas o el control mediante video.
  - Tengo el derecho de retirar el consentimiento para futuras fotografías clínicas o control mediante video en cualquier momento.
  - Tengo el derecho de solicitar una modificación de los registros médicos para eliminar las fotografías clínicas o el control mediante video de los registros comunicándome con el Funcionario de Privacidad.

También se pueden tomar fotografías que identifiquen al paciente para asegurar la identidad del paciente y para facilitar la atención médica. Se actualizarán las fotos cuando mi estado físico cambie significativamente.
- ESTUDIO CIENTÍFICO Y ELIMINACIÓN DE TEJIDOS HUMANOS Y FLUIDOS CORPORALES:** Doy mi consentimiento para que The University of Kansas Hospital y The University of Kansas Physicians guarden, estudien, usen y/o eliminen la sangre, los fluidos, las muestras o tejidos que me extraigan durante las visitas.
- EXPOSICIÓN A SANGRE/FLUIDOS CORPORALES:** Entiendo y doy mi consentimiento para que me realicen una prueba de detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH), hepatitis y/u otras enfermedades que se transmitan a través de la sangre si una persona se ve expuesta a mi sangre u otros fluidos corporales. Entiendo que la ley permite estas pruebas y si hubiera que hacerlas, no me cobrarán por realizarlas.
- DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** Entiendo que se protegerá la confidencialidad de todos los registros médicos en la medida que lo permita la ley. El Aviso de Prácticas de Privacidad de The University of Kansas Medical Center regula la divulgación de la información. Autorizo a The University of Kansas Hospital y The University of Kansas Physicians a que divulguen información médica a cualquier compañía de seguros o agencia de autorización con el fin de obtener el pago. También autorizo la divulgación de información médica a mi médico de atención primaria o a los médicos que realicen derivaciones o a otros proveedores de atención médica involucrados en los servicios de atención a los pacientes. La información médica puede incluir registros relativos a la atención de salud mental, enfermedades contagiosas, VIH/SIDA y/o tratamiento para abuso de alcohol/drogas. Autorizo la divulgación de estos registros.
- OBJETOS PERSONALES DE VALOR:** Entiendo que The University of Kansas Hospital y The University of Kansas Physicians no son responsables por la pérdida o daño de objetos personales (es decir, dinero, tarjetas de crédito, joyas, ropa, etc.) que desee guardar conmigo y que The University of Kansas Hospital y The University of Kansas Physicians no reemplazarán ningún objeto dañado o perdido.
- DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTADOS:** Entiendo que The University of Kansas Hospital y The University of Kansas Physicians, cuando sea necesario, divulgarán mi número de seguro social al fabricante de cualquier dispositivo médico que me hayan implantado o recetado para que me notifiquen en caso de que retiren el producto del mercado.

A través de mi firma reconozco que he leído y entendido este documento y estoy autorizado a firmar.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o sustituto de toma de decisiones\*

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del sustituto de toma de decisiones

\*Relación con el paciente:  Padre  Tutor legal

Poder duradero (DPOA, por su sigla en inglés)

\_\_\_\_\_  
Otro/Relación:

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Hora

Intérprete requerido:  SÍ  NO

Modo de interpretación

Traducido a la vista  Interpretado

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del intérprete

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Hora

\*La autorización la debe firmar el paciente, o si corresponde, un sustituto para tomar decisiones adecuado.