

Commonly Used Spanish Patient Forms: Consent, Refusal, Instruction and Treatment

Provided as a courtesy by Connecticut General Life Insurance Company and Cigna
Health and Life Insurance Company

Table of Contents

Consent Forms

Consent to Immunization - Adult

GI Consent to Operation or Other Medical Services

Consent to Photograph

Consent for Depo-Provera

Important Information about Influenza and Influenza Vaccine

Consent to Medical Treatment of a Minor

Outpatient Surgery Consent to Operation or Other Medical Services

Informed Consent for Psychotropic Medication Treatment

Refusal of Treatment or Services Forms

Refusal of Medical Services Against Medical Advice

Refusal to Vaccinate

Treatment Instructions and Other Clinical Forms

Blood Pressure Pocket Card

Endoscopy Outpatient Discharge Instructions

Home Instructions - Medical

Pediatric Sports Physical History

Pre-Stimulant Cardiac Screening Checklist

Home Instructions - Trauma

CONSENT TO IMMUNIZATION – ADULT

Patient Name: _____ Date: _____

MRN: _____ Date of Birth: _____

Check all immunizations given/authorized at today's visit:

- | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Td | <input type="checkbox"/> IPV 3 | <input type="checkbox"/> Hep A 2 | <input type="checkbox"/> H. Zoster |
| <input type="checkbox"/> Tdap | <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> Hep B 1 | <input type="checkbox"/> Meningococcal-Conjugate |
| <input type="checkbox"/> IPV 1 | <input type="checkbox"/> Pneumococcal | <input type="checkbox"/> Hep B 2 | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> IPV 2 | <input type="checkbox"/> Hep A 1 | <input type="checkbox"/> Hep B 3 | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Influenza | | | |

"I am not currently pregnant."

- HPV 1 HPV 2 HPV 3

"I am not currently pregnant and do not plan pregnancy in the next 4 weeks."

- MMR 1 MM2 Varicella 1 Varicella 2

Special Notes:

Signature of Vaccine Administrator

Date

"I have read or have had explained to me the information contained in the Vaccine Information Statements (VISs) for the above marked immunizations and about the following disease(s) and vaccine(s): Polio, Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Measles, Mumps, Rubella singly or in combination, Hepatitis A, Hepatitis B, HPV, Varicella, Meningococcus and H. Zoster. I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the vaccine(s) and request that the vaccine(s) indicated on this form be given to me or the person named on this health record for whom I am authorized to make this request."

Signature of person to receive vaccine or person
authorized to make request.

Date

Relationship to patient: _____

CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN PARA ADULTOS

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

N.º de registro médico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Marque todas las vacunas aplicadas/autorizadas en la visita del día de hoy:

- | | | | |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Td | <input type="checkbox"/> IPV 3 | <input type="checkbox"/> Hep A 2 | <input type="checkbox"/> H. Zóster |
| <input type="checkbox"/> Tdap | <input type="checkbox"/> Antigripal | <input type="checkbox"/> Hep B 1 | <input type="checkbox"/> Antimeningocócica conjugada |
| <input type="checkbox"/> IPV 1 | <input type="checkbox"/> Antineumocócica | <input type="checkbox"/> Hep B 2 | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> IPV 2 | <input type="checkbox"/> Hep A 1 | <input type="checkbox"/> Hep B 3 | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Antigripal | | | |

“Actualmente no estoy embarazada”.

- HPV 1 HPV 2 HPV 3

“Actualmente no estoy embarazada y no tengo pensado quedar embarazada en las próximas 4 semanas”.

- MMR 1 MM2 Varicela 1 Varicela 2

Notas especiales:

Signature of Vaccine Administrator

Date

“He leído o me han explicado la información incluida en las Declaraciones de información sobre vacunas (VIS, por sus siglas en inglés) correspondientes a las vacunas marcadas anteriormente, y la información sobre las siguientes enfermedades y vacunas: polio, difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, paperas, rubéola sola o combinada, hepatitis A, hepatitis B, HPV, varicela, meningococo y H. zóster. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas a mi entera satisfacción. Comprendo los beneficios y los riesgos de las vacunas, y solicito que se me administren las vacunas que se indican en este formulario, o que se le administren a la persona mencionada en este registro de salud, en cuyo nombre estoy autorizado a realizar esta solicitud”.

Firma de la persona que recibe la vacuna o de la persona autorizada a presentar la solicitud.

Fecha

Parentesco con el paciente: _____

GI CONSENT TO OPERATION OR OTHER MEDICAL SERVICES

PATIENT: _____ DATE: _____ TIME: _____ a.m.
p.m.

1. I authorize the following to be performed upon myself (check all boxes that apply and initial):
- _____ **Colonoscopy** with possible biopsy and/or polypectomy to include the possible use of (pt initials) electrocautery. This examination involves the passage of a long, flexible instrument through the rectum to view the lining of the entire large bowel with moderate sedation.
 - _____ **Esophagogastroduodenoscopy (EGD)** with possible biopsy and/or dilation. This exam involves (pt initials) the passage of a long, flexible instrument through the mouth to view the esophagus, stomach, and the duodenum with moderate sedation.
 - _____ **Flexible Sigmoidoscopy** with possible biopsy and/or polypectomy with possible use of (pt initials) electrocautery. This examination involves the passage of a shorter, flexible instrument through the rectum to view the lining of the lower large bowel with possible moderate sedation.

This procedure(s) will be performed and/or directed by Dr. _____
and/or associate _____.

I confirm that the physician has informed me of the following:

- a. The nature, purpose and possible risks of the procedure(s) as well as alternative methods of treatment. Risks include but are not limited to bleeding, puncture of gastrointestinal tract and side effects of the medication used.
 - b. That the explanation that I have received is not exhaustive and that other, more remote risks may arise.
 - c. That I understand and do not desire further explanation.
 - d. That I acknowledge that I have received no guarantees or assurances from anyone as to the results that may be obtained, including the possibility of undetected lesions such as polyps or cancer.
2. I consent to the use of sedation, as may be necessary and advisable to achieve moderate sedation. I understand that moderate sedation may involve some risk even though administered in a careful manner. I further understand that a patient should not drive, operate equipment, or drink alcoholic beverages for at least 24 hours after sedation.
3. I consent to the performance of procedures in addition to or different from those now planned, whether or not arising from presently unforeseen conditions, which the above named doctor and/or his associate may consider necessary or advisable in the course of the procedure.
4. I consent to photographing during the procedure for documentation in my medical record and that these photographs may be used by the physician or the associate for the advancement of medical education. I understand that my identity will not be revealed outside of my personal medical record.

Patient Signature: _____ Date: _____ Time: _____

Witness: _____ Date: _____ Time: _____

This certifies that this patient is a minor (son, daughter) or unable to sign, because of: _____

Parent/Guardian: _____ Witness: _____ Date: _____ Time: _____

CONSENTIMIENTO PARA OPERACIONES U OTROS SERVICIOS MÉDICOS GASTROINTESTINALES

PACIENTE: _____ FECHA: _____ HORA: _____ a.m.
p.m.

1. Presto autorización para que se me realice el siguiente procedimiento (marque todos los casilleros que correspondan y escriba sus iniciales):
- _____ **Colonoscopia** con posible biopsia y/o polipectomía que incluye la posibilidad de aplicar electrocauterización. Este estudio consiste en la introducción de un instrumento largo y flexible a través del recto que permite visualizar las paredes de todo el intestino grueso con sedación moderada.
(iniciales del paciente)
 - _____ **Endoscopia superior (EGD, por sus siglas en inglés)** con posible biopsia y/o dilatación. Este examen consiste en la introducción de un instrumento largo y flexible a través de la boca que permite visualizar el esófago, el estómago y el duodeno, con sedación moderada.
(iniciales del paciente)
 - _____ **Sigmoidoscopia flexible** con posible biopsia y/o polipectomía con la posibilidad de aplicar electrocauterización. Este estudio consiste en la introducción de un instrumento más corto y flexible a través del recto que permite visualizar las paredes del intestino grueso inferior con la posibilidad de aplicar sedación moderada.
(iniciales del paciente)

Este/estos procedimiento(s) será(n) realizado(s) y/o dirigido(s) por el Dr. _____ y/o su colaborador _____

Confirmando que el médico me ha informado lo siguiente:

- a. La naturaleza, el propósito y los posibles riesgos del/de los procedimiento(s), así como métodos alternativos de tratamiento. Los riesgos incluyen, a modo de ejemplo, sangrado, perforación del tubo digestivo y efectos secundarios de los medicamentos utilizados.
 - b. Que la explicación que he recibido no es exhaustiva, y es posible que surjan otros riesgos más remotos.
 - c. Que entiendo y no deseo ninguna explicación adicional.
 - d. Que reconozco que nadie me ha garantizado ni asegurado los resultados que pueden obtenerse, lo que incluye la posibilidad de que no se detecten lesiones, como pólipos o tumores malignos.
2. Presto mi consentimiento para el uso de sedantes, según sea necesario y aconsejable para lograr una sedación moderada. Entiendo que la sedación moderada puede representar un cierto riesgo, aunque se administre cuidadosamente. Asimismo, entiendo que los pacientes no deben conducir, operar equipos ni tomar bebidas alcohólicas durante por lo menos 24 horas después de la administración de sedantes.
3. Presto mi consentimiento para la realización de procedimientos adicionales a los planificados o diferentes, ya sea que surjan o no de condiciones que en este momento no pueden preverse, que el médico y/o su colaborador mencionados anteriormente puedan considerar necesarios o aconsejables durante el procedimiento.
4. Presto mi consentimiento para que se tomen fotografías durante el procedimiento a fin de que quede documentado en mi registro médico, y entiendo que estas fotografías podrán ser usadas por el médico o el colaborador para promover la formación médica. Entiendo que no se revelará mi identidad fuera de mi registro médico personal.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Por el presente se certifica que este paciente es menor (hijo/a) o no puede firmar por el siguiente motivo:

Padre/tutor: _____ Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

CONSENT TO PHOTOGRAPH

Patient: _____

Date: _____

Date of Birth: _____

Time: _____ am / pm

MRN: _____

I authorize _____ (provider) to photograph or permit other persons to photograph _____ (patient). I agree that the provider or attending physician may use or permit other persons to use the negatives or prints as prepared for treatment purposes and in such manner as may be deemed necessary.

Patient Signature

Date

Signature of Legally Authorized Representative

Relationship to Patient

Witness

Date

CONSENTIMIENTO PARA TOMAR FOTOGRAFÍAS

Paciente: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Hora: _____ a.m. / p.m.

N.º de registro médico: _____

Autorizo a _____ (proveedor) a tomar fotografías o permitir que otras personas tomen fotografías de _____ (paciente). Acepto que es posible que el proveedor o el médico a cargo de la atención usen o permitan que otras personas usen los negativos o las copias preparadas a los fines de brindar tratamiento y de la manera que se considere necesaria.

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante legalmente autorizado

Parentesco con el paciente

Testigo

Fecha

CONSENT FOR DEPO-PROVERA

I _____ hereby request Dr. _____ and/or his/her associates to administer Depo-Provera. I understand each of the points briefly summarized below, which has been fully discussed with me and my questions have been answered to my satisfaction.

Please initial after each statement:

1. Depo-Provera should not be taken by women with a known or suspected pregnancy, liver disease, or any history of blood clots (phlebitis), stroke, vaginal bleeding without a known cause, cancer of the breast or reproductive organs, or by women who are at risk of osteoporosis or allergic to the medication in Depo-Provera. _____
2. Studies show that Depo-Provera can cause Osteoporotic changes (bone loss) and that this may remain for a long period of time after the injections have stopped. The recommendation is to NOT use Depo-Provera for longer than 2 years. Smoking, alcohol and caffeine increase the risk of bone loss. _____
3. Depo-Provera is given every 11 to 13 weeks. Waiting beyond 13 weeks for the injection causes risk of pregnancy. _____
4. While on Depo-Provera, it is **recommended to do weight bearing exercise daily and take Calcium 1200 mg/daily and Vitamin D 400 to 600 IU/daily** (see resource below).

http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Bone/Bone_Health/Nutrition/default.asp

5. Depo-Provera can take up to 14 days before taking effect, which means that pregnancy could occur within 14 days of the first injection. A back-up method of birth control is to be used for 14 days after the initial injection. _____
6. Depo-Provera can cause irregular menstrual bleeding; including increased or decreased bleeding, spotting or no bleeding at all. _____
7. Depo-Provera does not protect against any sexually transmitted diseases. _____
8. Possible side effects include: weight gain, bone loss, decreased sex drive, headache, dizziness, weakness or fatigue, blood clots. _____

Patient Signature

Date

Witness Signature

Date

CONSENTIMIENTO PARA DEPO-PROVERA

Yo, la que suscribe, _____ por el presente solicito al Dr. _____ y/o a sus asociados la administración de Depo-Provera. Comprendo cada uno de los puntos que se resumen brevemente a continuación, que se han analizado íntegramente conmigo, y manifiesto que todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Escriba sus iniciales después de cada afirmación:

1. No deben tomar Depo-Provera las mujeres que sepan o sospechen que están embarazadas, que tengan enfermedad hepática o algún antecedente de coágulos sanguíneos (flebitis), derrame cerebral, sangrado vaginal sin una causa conocida, cáncer de seno o de los órganos reproductores, ni las mujeres que estén en riesgo de sufrir osteoporosis o que sean alérgicas a la medicación que contiene Depo-Provera. _____
2. Hay estudios que demuestran que Depo-Provera puede causar cambios osteoporóticos (pérdida ósea) y que este efecto puede durar un largo período después de interrumpir las inyecciones. La recomendación es NO usar Depo-Provera durante más de 2 años. Fumar y consumir alcohol y cafeína aumenta el riesgo de pérdida ósea. _____
3. Depo-Provera se administra cada 11 a 13 semanas. Esperar más de 13 semanas para aplicarse la inyección conlleva un riesgo de embarazo. _____
4. Mientras esté recibiendo Depo-Provera, se **recomienda hacer ejercicios con peso todos los días y tomar 1200 mg de calcio por día y de 400 a 600 UI de Vitamina D por día** (vea el recurso a continuación). _____

http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Bone/Bone_Health/Nutrition/default.asp

5. Depo-Provera puede demorar hasta 14 días en hacer efecto, lo que significa que podría quedar embarazada dentro de los 14 días siguientes a la primera inyección. Deberá usar un método anticonceptivo complementario durante 14 días después de la inyección inicial.

6. Depo-Provera puede causar sangrado menstrual irregular, lo que incluye un aumento o una disminución del sangrado, pérdidas o ausencia total de sangrado. _____
7. Depo-Provera no protege contra ninguna enfermedad de transmisión sexual. _____
8. Los posibles efectos secundarios incluyen: aumento de peso, pérdida ósea, disminución del deseo sexual, dolor de cabeza, mareos, debilidad o cansancio, y coágulos sanguíneos.

Firma del paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

IMPORTANT INFORMATION ABOUT INFLUENZA AND INFLUENZA VACCINE

INFLUENZA VACCINE: Influenza vaccine can protect against certain types of influenza but not against all virus infections, like the common cold. It is made up of killed influenza viruses and is given by injection. Because the influenza viruses change, the vaccine also must be changed often. This year's vaccine is based on the recommendations by the Center for Communicable Diseases in Atlanta, Georgia. These strains may cause illness this coming winter. The vaccine should give good protection to three out of every four persons who take it. In adults, one injection should give protection, which lasts a year or more. This year, young persons (8 years old and under) need to get two injections about one month apart to be protected. Any person who received influenza vaccine last season needs to receive only one dose of vaccine this year, regardless of age.

POSSIBLE SIDE EFFECTS FROM THE VACCINE: Most people have no side effects from the vaccine. Some have a sore arm for 2 to 4 days. A few have fever, chills, headache, or muscle aches in the first 48 hours after the injection. As with any vaccine or drug, there is a small chance of serious reaction and even death. **Unlike 1976 swine flu vaccine, recent flu shots have not been linked to the paralytic illness Guillain Barre Syndrome (GBS).** The risk of GBS from the vaccine is very small. The risk should be balanced against the risk of influenza and its complications. The risk of death from influenza during a typical epidemic is more than 400 times the risk of dying from any possible complications of influenza vaccine injections.

WARNING – Some persons should not take influenza vaccine without checking with a doctor.

- ◆ **Those who have fever or significant illness.**
- ◆ **Those with allergies to egg (hives, swelling, or breathing difficulty).**
- ◆ **Those with a known allergy to thimerosal.**
- ◆ **Anyone who has ever been paralyzed with Gullain Barre Syndrome.**

PREGNANCY: Doctors are careful about giving drugs or vaccines to pregnant women. Most experts do not think that influenza vaccine can cause special problems for pregnant women or their unborn babies, and some believe that pregnant women with chronic medical conditions should be considered for influenza immunizations. However, a woman who is pregnant or believes she could be pregnant, should check with a doctor before taking influenza vaccine.

I have read the information on this form about influenza and influenza vaccine. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of influenza vaccine and request that it is given to me or to the person named below for who I am authorized to make this request.

Information on person to receive vaccine

For office use ONLY

NAME (Please Print)	BIRTHDATE	AGE	PATIENT/CHART NO.
ADDRESS			DATE & TIME VACCINATED
CITY / STATE/ ZIP CODE			MANUFACTURER/EXPDATE/LOT#
X			SITE OF INJECTION - IM LD RD
			GIVEN BY

SIGNATURE OF PERSON TO RECEIVE VACCINE OR
PERSON AUTHORIZED TO MAKE THE CONSENT

DATE

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA GRIPE Y LA VACUNA ANTIGRIPIAL

VACUNA ANTIGRIPIAL: La vacuna antigripal puede brindar protección contra algunos tipos de gripe, pero no contra todas las infecciones virales, como el resfrío común. La vacuna se elabora con virus de la influenza muertos y se administra mediante una inyección. Como los virus de la influenza cambian, la vacuna también debe cambiarse con frecuencia. La vacuna de este año se basa en las recomendaciones del Centro de Enfermedades Contagiosas de Atlanta, Georgia. Estas cepas pueden causar la enfermedad el próximo invierno. La vacuna ofrece una buena protección a tres de cada cuatro personas que se la dan. En los adultos, una inyección brinda protección suficiente durante un año o más. Este año, las personas de muy corta edad (de 8 años o menos) deben recibir dos inyecciones con un mes de diferencia aproximadamente para estar protegidas. Las personas que se hayan dado la vacuna antigripal la última temporada deben recibir solamente una dosis de la vacuna este año, cualquiera sea su edad.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DE LA VACUNA: La mayoría de las personas no sufren ningún efecto secundario por la vacuna. A algunas les duele el brazo de 2 a 4 días. Muy pocas personas tienen fiebre, escalofríos, dolor de cabeza o dolores musculares las primeras 48 horas después de la inyección. Como con cualquier vacuna o medicamento, hay una baja probabilidad de sufrir una reacción grave o la muerte. **A diferencia de la vacuna contra la gripe porcina de 1976, las vacunas antigripales recientes no se han asociado a la enfermedad paralizante del síndrome de Guillain-Barre (GBS, por sus siglas en inglés).** El riesgo de sufrir GBS por aplicarse la vacuna es muy bajo. Este riesgo debería sopesarse con el riesgo de sufrir gripe y sus complicaciones. El riesgo de muerte como consecuencia de la gripe durante una epidemia típica es de más de 400 veces el riesgo de morir por cualquier posible complicación causada por las inyecciones de la vacuna antigripal.

ADVERTENCIA: algunas personas deben consultar al médico antes de darse la vacuna antigripal.

- ◆ Quienes tengan fiebre o una enfermedad de gravedad considerable.
- ◆ Quienes sean alérgicas al huevo (ronchas, hinchazón o dificultad para respirar).
- ◆ Quienes tengan una alergia conocida al timerosal.
- ◆ Quienes alguna vez hayan sufrido parálisis a causa del síndrome de Guillain-Barre.

EMBARAZO: Los médicos son precavidos al administrar medicamentos o vacunas a las mujeres embarazadas. La mayoría de los expertos no considera que la vacuna antigripal pueda causar algún problema en particular para las mujeres embarazadas o sus bebés en gestación, y algunos piensan que se debería analizar la posibilidad de que las mujeres embarazadas con afecciones médicas crónicas se vacunen contra la influenza. Sin embargo, si una mujer está embarazada o piensa que podría estar embarazada, debería consultar a su médico antes de darse la vacuna antigripal.

He leído la información incluida en este formulario sobre la gripe y la vacuna antigripal. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas a mi entera satisfacción. Creo que comprendo los beneficios y los riesgos de la vacuna antigripal, y solicito que se me administre esta vacuna, o que se le administre a la persona mencionada a continuación, en cuyo nombre estoy autorizado a realizar esta solicitud.

Información sobre la persona que recibe la vacuna

For office use ONLY

NOMBRE (en letra de molde)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PATIENT/CHART NO.
DIRECCIÓN			DATE & TIME VACCINATED
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL			MANUFACTURER/EXPDATE/LOT#
X			SITE OF INJECTION - IM LD RD
			GIVEN BY

FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VACUNA O
DE LA PERSONA AUTORIZADA A PRESTAR CONSENTIMIENTO

FECHA

NAME
MR #
DOB

CONSENT TO MEDICAL TREATMENT OF A MINOR (WHEN PARENT OR GUARDIAN IS NOT PRESENT)

Designation of Alternative Individual to Consent to Medical Services

+ I hereby state that I am the natural parent or legal guardian with legal custody of the above named minor and that I am authorized to consent to medical services on the minor's behalf. I hereby designate the following individual(s) to consent to certain medical services described below to be performed under the supervision and on the advice of the physician when the need for such services is clear and efforts to contact me or any other authorized parent or legal guardian are unsuccessful:

Name of Individual(s) Designated to Consent to Medical Services _____

Address: _____
(Street Address) (Apt. #) (City) (State) (zip)

Phone: () _____ () _____ () _____
(day) (evening) (other)

Medical services to which designated individual may consent:

<input type="checkbox"/> Routine X-ray examination, medical diagnosis/treatment
<input type="checkbox"/> Other _____

The individual(s) specified above **DOES NOT** have the authority to consent to provision of the following medical service(s):

+ This consent to treatment is valid for **1 year** or until a written revocation is provided to _____ by me or other authorized parent/legal guardian, whichever occurs first.

Parent/Guardian Signature _____ Printed Name _____ Date ____/____/____
Mo. Day Yr.

Witness Signature _____ Printed Name _____ Date ____/____/____
Mo. Day Yr.

NAME
MR #
DOB

CONSENTIMIENTO PARA BRINDAR TRATAMIENTO MÉDICO A UN MENOR (CUANDO EL PADRE O EL TUTOR NO ESTÁN PRESENTES)

Designación de una persona alternativa para que preste consentimiento para que se brinden servicios médicos

+ Por el presente manifiesto que soy el padre biológico o el tutor con custodia legal del menor mencionado anteriormente y que estoy autorizado a prestar consentimiento en nombre del menor para que se brinden servicios médicos. Por el presente designo a la(s) siguiente(s) persona(s) para que preste(n) consentimiento para la prestación de los servicios médicos que se describen a continuación, que se realizarán bajo la supervisión o por recomendación del médico, cuando sea evidente que dichos servicios son necesarios y no haya sido posible comunicarse conmigo o con otro padre o tutor legal autorizado:

Nombre de la(s) persona(s) designada(s) para prestar consentimiento para la prestación de servicios médicos

Dirección: _____
(Calle) (N.º de apartamento) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono: () _____ () _____ () _____
(día) (noche) (otro)

Servicios médicos para los cuales puede prestar su consentimiento la persona designada:

- Examen radiológico de rutina, diagnóstico/tratamiento médico
 Otro _____

La(s) persona(s) especificada(s) anteriormente **NO** está(n) autorizada(s) a prestar consentimiento para el/los siguiente(s) servicio(s) médico(s):

+ Este consentimiento para brindar tratamiento será válido por **1 año** o hasta que yo u otro padre/tutor legal autorizado le presentemos a _____ una revocación por escrito, lo que suceda primero.

Firma del padre/tutor _____ Nombre en letra de molde _____ Fecha ____/____/____
Mes Día Año

Firma del testigo _____ Nombre en letra de molde _____ Fecha ____/____/____
Mes Día Año

OUTPATIENT SURGERY CONSENT TO OPERATION OR OTHER MEDICAL SERVICES

Patient: _____ Date: _____ Time: _____ a.m.
p.m.

1. I authorize performance upon _____ of the following operation(s) and/or procedure(s):

to be performed by Dr. _____ and/or associates or assistants of his/her choice which may include medical or surgical residents and/or fellows. I understand a representative from a medical company, such as a sales representative, may be present during the surgical procedure to provide verbal technical advice to the surgeon, anesthesiologist and/or operating room staff.

2. During the course of the operation(s)/procedure(s), unforeseen conditions may arise which may necessitate additional surgery or other therapeutic procedures to promote my well-being. I consent to other surgery/procedures as may be considered necessary or advisable by my physician(s) under the circumstances.
3. I consent to the use of sedation/anesthetics, as may be necessary and advisable, except _____. I understand that sedation/anesthesia may involve serious risk even though administered in a careful manner. I further understand that a patient should not drive, operate equipment, or drink alcoholic beverages for at least 24 hours after sedation/anesthesia.
4. To further medical and scientific learning, I consent to the photographing and/or video taping of the operation(s)/procedure(s) which may reveal portions of my body, with the understanding that my identity is not to be revealed. To advance medical education, I give my permission for physicians, nurses, medical students, interns, residents and other advance medical education who are participating in an educational process approved by _____ to be present during the operation(s)/procedure(s).
5. I consent to the examination for anatomical purposes and disposal by the surgery center of any tissue or body parts which may be removed during the operation(s)/procedure(s).
6. I understand that some physician(s) performing the operation(s)/procedure(s), administering sedation/anesthesia and those physicians providing services involving pathology and radiology, may not be agents, servants or employees of the surgery center nor of one another, but may be independent contractors.

7. I have been advised that prosthetic devices including, but not limited to, dentures, bridges, caps, crowns, fillings, dental implants, etc. are more easily damaged than normal teeth. I have been advised to remove all removable prosthetic devices prior to surgery and I agree that responsibility for loss or damage will be mine if I fail to remove such dental or other prosthetic devices.
8. My physician has explained to me the nature, purpose and possible consequences of the operation(s)/procedure(s) as well as significant risks involved, possible complications, expected post-operative functional level, expected alterations in lifestyle/health status and alternative methods of treatment. I further understand that the explanation I have received is not exhaustive and that there may be other, more remote, risks and consequences. I have been advised that a more detailed explanation will be given to me if I so desire. I have received no guarantee or warranty concerning the results/outcome and cure and have been given an opportunity to ask and have my questions answered to my satisfaction.
9. In the event a device is implanted during the operation(s)/procedure(s) and federal law requires the tracking of that device, I consent to release my social security number to the manufacturer of the device.
10. I confirm that I realize that a scar or scars may arise as a result of any surgical procedure.
11. I acknowledge that all blank spaces to this consent have been either completed or crossed off prior to my signing.
12. The patient is unable to sign for the following reason:
 - The patient is a minor.
 - The patient lacks the ability to make or communicate medical treatment decisions because of:

Patient or Legally Authorized Representative	Date	Time
Relationship to Patient		
Witness	Date	Time

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA PARA PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA, PARA OPERACIONES U OTROS SERVICIOS MÉDICOS

Paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____ a.m.
p.m.

1. Yo autorizo que se me realicen o se le realicen a _____ las siguientes operaciones y/o procedimientos:

que estarán a cargo del Dr. _____ y/o los colaboradores o asistentes de su elección, que pueden incluir médicos residentes o residentes de cirugía y/o becarios médicos o de cirugía. Entiendo que podrá estar presente un representante de una compañía médica, como un representante de ventas, durante el procedimiento quirúrgico, para proporcionar asesoramiento técnico verbal al cirujano, al anestesiista y/o al personal de quirófano.

2. Durante el transcurso de la operación o el procedimiento, es posible que surjan situaciones imprevistas que pueden requerir la realización de una cirugía adicional u otro procedimiento terapéutico para promover mi bienestar. Presto mi consentimiento para la realización de otra cirugía o procedimiento que mi(s) médico(s) considere(n) necesario o aconsejable dadas las circunstancias.
3. Presto mi consentimiento para el uso de sedantes o anestesia, según sea necesario y aconsejable, con la excepción de _____. Entiendo que los sedantes o la anestesia pueden representar un grave riesgo aunque se administren cuidadosamente. Asimismo, entiendo que los pacientes no deben conducir, operar equipos ni tomar bebidas alcohólicas durante por lo menos 24 horas después de la administración de sedantes o anestesia.
4. A fin de promover el aprendizaje médico y científico, presto mi consentimiento para que se tomen fotografías y/o se filmen las operaciones o los procedimientos, en los cuales pueden quedar expuestas partes de mi cuerpo, bajo la condición de que no se revele mi identidad. A fin de promover la formación médica, doy mi permiso para que los médicos, enfermeros, estudiantes de medicina, residentes de los primeros y de los últimos años, y otras personas en niveles avanzados de formación médica que estén participando en un proceso de formación aprobado por _____, estén presentes durante las operaciones o los procedimientos.
5. Presto mi consentimiento para la exploración con fines anatómicos, y para que el centro quirúrgico deseche cualquier tejido o parte del cuerpo que haya sido extirpado durante la operación o el procedimiento.
6. Entiendo que es posible que algunos de los médicos que realizan la operación o el procedimiento, que administran sedantes o anestesia y aquellos médicos que prestan servicios relacionados con patología y radiología no sean agentes, dependientes o empleados del centro quirúrgico o entre sí, sino que pueden ser contratistas independientes.

7. Me han informado que los dispositivos protésicos, como las dentaduras postizas, los puentes, las fundas, las coronas, los empastes y los implantes dentales, entre otros, se dañan con mayor facilidad que los dientes normales. Me han informado que debo quitarme todos los dispositivos protésicos movibles antes de la cirugía, y asumo la responsabilidad por la pérdida o daño de las prótesis dentales u otros dispositivos protésicos si no cumplo con la obligación de quitármelos.
8. Mi médico me ha explicado la naturaleza, el propósito y las posibles consecuencias de la operación o el procedimiento, así como los riesgos significativos que representa, las posibles complicaciones, el nivel funcional esperado después de la operación, las alteraciones esperadas en el estilo de vida o el estado de salud y métodos alternativos de tratamiento. Asimismo, entiendo que la explicación que he recibido no es exhaustiva, y que es posible que haya otros riesgos y consecuencias más remotos. Me han informado que si lo deseo, se me brindará una explicación más detallada. No he recibido ninguna garantía con respecto a los resultados o el desenlace clínico y la curación, y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
9. En caso de que se implante un dispositivo durante la operación o el procedimiento y de que la legislación federal exija el rastreo de dicho dispositivo, presto mi consentimiento para que se revele mi número del Seguro Social al fabricante del dispositivo.
10. Confirmando que comprendo que es posible que aparezcan una o varias cicatrices como resultado de cualquier procedimiento quirúrgico.
11. Declaro que todos los espacios en blanco de este consentimiento han sido completados o tachados antes de que yo firme.
12. El paciente no puede firmar por el siguiente motivo:
 - El paciente es menor de edad.
 - El paciente no tiene la capacidad de tomar decisiones relacionadas con el tratamiento médico o de comunicárselas debido a:

Paciente o Representante legalmente autorizado	Fecha	Hora
Parentesco con el paciente		
Testigo	Fecha	Hora

INFORMED CONSENT FOR PSYCHOTROPIC MEDICATION TREATMENT

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Date: _____

Medication Prescribed:

1. _____
2. _____
3. _____

I have discussed the following information with my clinician for each of the medications listed above:

- The **diagnosis / reason for my treatment** with the medication(s) recommended;
- The **possible benefits/intended outcome** of treatment;
- The **possible risks and side effects**, including risks of medication to pregnant women and women who are breast feeding;
- The **potential medication interactions and/or contraindications**;
- The **possible alternatives**;
- The possibility that my **medication dose may need to be adjusted** over time; and
- The **possible results of not taking** the recommended medication or **not taking as directed** by my clinician.

I understand the medication information that has been provided to me and have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction. By signing below, I agree to the use of each medication listed.

Patient Signature

Date

Parent / Guardian / Legal Representative

Relationship to Patient

Witness

Time Date

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Fecha: _____

Medicamento recetado:

1. _____
2. _____
3. _____

He conversado con mi médico clínico sobre los siguientes temas con respecto a cada uno de los medicamentos incluidos en la lista precedente:

- El **diagnóstico/motivo de mi tratamiento** con el/los medicamento(s) recomendado(s);
- Los **posibles beneficios/resultados esperados** del tratamiento;
- Los **posibles riesgos y efectos secundarios**, incluidos los riesgos de administrar medicamentos a las mujeres embarazadas y las que están amamantando;
- Las **posibles interacciones medicamentosas y/o contraindicaciones**;
- Las **posibles alternativas**;
- La posibilidad de que con el tiempo **sea necesario ajustar la dosis de mi medicamento**; y
- Las **posibles consecuencias de no tomar** el medicamento recomendado o de **no tomarlo según las indicaciones** de mi médico clínico.

Comprendo la información sobre los medicamentos que se me ha suministrado y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas a mi entera satisfacción. Al firmar a continuación, manifiesto que estoy de acuerdo con el uso de cada uno de los medicamentos indicados.

Firma del paciente

Fecha

Padre/tutor/representante legal

Parentesco con el paciente

Testigo

Hora

Fecha

**REFUSAL OF MEDICAL SERVICES
AGAINST MEDICAL ADVICE**

Patient: _____ Date: _____ Time: _____ AM
PM

This is to certify that _____, a patient of
_____ is refusing the following medical advice and/or
services:

I acknowledge that I have been informed of the risks involved and hereby release _____, it's Medical Group, their agents and employees, and all other health care professionals participating in the patient's care from all claims, demands or causes of action, now known or unknown, relating to or arising out of my above-stated refusal. I understand and accept the possible medical consequences of such refusal on my part. Any questions I have had have been answered.

Print Witness Name Patient's Signature Date

Witness Signature Date

If patient is unable to consent by reason of age or some other factor, state reason:

Print Witness Name Signature of Legally Authorized Date
Representative

Witness Signature Date Relationship to patient

**NEGACIÓN A RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS
CONTRA EL CONSEJO MÉDICO**

Paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____ A.M.
P.M.

Por el presente se certifica que _____, paciente de
_____, se niega a aceptar el
siguiente consejo médico y/o a recibir los siguientes servicios:

Reconozco que me han informado los riesgos que conlleva esta decisión y, por medio del presente, libero a _____, su división Medical Group, sus agentes y empleados, y todos los demás profesionales de servicios de salud que participen en el cuidado del paciente, de todo reclamo, demanda o pretensión, conocidos o desconocidos en la actualidad, que se relacionen de alguna manera con la negación descrita anteriormente. Comprendo y acepto las posibles consecuencias médicas que dicha negación pueda tener para mí. Me han respondido todas las preguntas que tuve.

Nombre del testigo en letra de molde

Firma del paciente Fecha

Firma del testigo Fecha

Si el paciente no puede prestar su consentimiento porque es menor de edad o por algún otro factor, indique el motivo:

Nombre del testigo en letra de molde

Firma del representante Fecha
legalmente autorizado

Firma del testigo Fecha

Parentesco con el paciente

REFUSAL TO VACCINATE

Child's Name: _____ Date of Birth: _____ MRN: _____

I am the parent/guardian of the child named above. My healthcare provider, _____, has recommended that my child be vaccinated against the diseases indicated below. I have been given a copy of the Vaccine Information Statement (VIS) that explains the benefits and risks of receiving each of the vaccines recommended for my child. I have carefully reviewed and considered all of the information given to me. However, I have decided not to have my child vaccinated at this time. I have read and acknowledge the following:

- I understand that some vaccine-preventable diseases (e.g., measles, mumps, pertussis [whooping cough]) are infecting unvaccinated U.S. children, resulting in many hospitalizations and even deaths.
- I understand that though vaccination has led to a dramatic decline in the number of U.S. cases of the diseases listed below, some of these diseases are quite common in other countries and can be brought to the U.S. by international travelers. My child, if unvaccinated, could easily get one of these diseases while traveling or from a traveler.
- I understand that my unvaccinated child could spread disease to another child who is too young to be vaccinated or whose medical condition (e.g., leukemia, other forms of cancer, immune system problems) prevents them from being vaccinated. This could result in long-term complications and even death for the other child.
- I understand that if every parent exempted their child from vaccination, these diseases would return to our community in full force.
- I understand that my child may not be protected by "herd" or "community" immunity (i.e., the degree of protection that is the result of having most people in a population vaccinated against a disease).
- I understand that some vaccine-preventable diseases such as measles and pertussis are extremely infectious and have been known to infect even the very few unvaccinated people living in highly vaccinated populations.
- I understand that if my child is not vaccinated and consequently becomes infected, he or she could experience serious consequences, such as amputation, pneumonia, hospitalization, brain damage, paralysis, meningitis, seizures, deafness, and death. Many children left intentionally unvaccinated have suffered severe health consequences from their parents' decision not to vaccinate them.
- I understand that my child may be excluded from his or her child care facility, school, sports events, or other organized activities during disease outbreaks. This means that I could miss many days of work to stay home with my child.
- I understand that the American Academy of Pediatrics, the American Academy of Family Physicians, and the Centers for Disease Control and Prevention all clearly support preventing diseases through vaccination.

Vaccine / Disease	VIS Given (✓)	Vaccine recommended by clinician or nurse (initials)	I decline this vaccine (initials of parent / guardian)
Diphtheria-tetanus-pertussis (DTap)			
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib)			
Hepatitis A (HepA)			
Hepatitis B (HepB)			
Human papilloma virus (HPV)			
Influenza			
Measles-mumps-rubella (MMR)			
Other:			

Vaccine / Disease	VIS Given (✓)	Vaccine recommended by clinician or nurse (initials)	I decline this vaccine (initials of parent / guardian)
Meningococcal (MCV)			
Varicella (Var)			
Pneumococcal conjugate (PCV)			
Polio, inactivated (IPV)			
Rotavirus (RV)			
Tetnus-diphtheria (Td)			
Tetnus-diphtheria-pertussis (Tdap)			
Other:			

Nevertheless, I have decided at this time to decline or defer the vaccine(s) recommended for my child. In signing this form, I acknowledge I am refusing to have my child vaccinated against one or more diseases listed above; I have placed my initials in the column titled "I decline this vaccine" to indicate the vaccine(s) I am declining. I understand that at any time in the future, I can change my mind and vaccinate my child.

I hereby release _____, and their agents and employees, and all other health care providers participating in the patient's care from all claims, demands or causes of action, now known or unknown, relating to or arising out of my above stated refusal on my part. Any questions I have had have been answered.

I acknowledge that I have read this document in its entirety and fully understand it.

Parent/Guardian's Name: _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Relationship to Patient _____ Witness _____ Date _____

NEGACIÓN A ADMINISTRAR VACUNAS

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de registro médico: _____

Soy el padre/tutor del niño mencionado anteriormente. Mi proveedor de atención médica, _____, me ha recomendado que mi hijo se vacune contra las enfermedades que se indican a continuación. Se me ha dado una copia de la Declaración de información sobre vacunas (VIS, por sus siglas en inglés) que explica los beneficios y los riesgos de recibir cada una de las vacunas recomendadas para mi hijo. He analizado cuidadosamente toda la información que me suministraron. Sin embargo, tomé la decisión de no vacunar a mi hijo en esta oportunidad. He leído la siguiente información y dejo constancia de que tengo conocimiento de ella:

- Entiendo que algunos niños estadounidenses no vacunados se están contagiando enfermedades que pueden prevenirse mediante una vacuna (como sarampión, paperas o tos ferina). Como consecuencia, muchos tienen que ser hospitalizados y hasta llegan a morir.
- Entiendo que, aunque las vacunas han reducido significativamente la cantidad de casos de las enfermedades indicadas a continuación en los EE. UU., algunas de estas enfermedades son bastante comunes en otros países y los viajeros internacionales pueden traerlas a los EE. UU. Si no se vacuna, mi hijo podría contraer fácilmente una de estas enfermedades al viajar o contagiarse de alguien que haya viajado.
- Entiendo que mi hijo no vacunado podría contagiarle la enfermedad a otro niño que sea demasiado pequeño para vacunarse o que tenga una afección médica (como leucemia, otros tipos de cáncer, problemas del sistema inmunitario) que le impida vacunarse. Esto podría provocar complicaciones a largo plazo e incluso la muerte al otro niño.
- Entiendo que si todos los padres se niegan a vacunar a sus hijos, estas enfermedades podrían regresar a nuestra comunidad con todo su potencial.
- Entiendo que es posible que mi hijo no esté protegido por lo que se conoce como inmunidad “colectiva” o “comunitaria” (es decir, el grado de protección que se obtiene cuando la mayoría de las personas de una población están vacunadas contra una enfermedad).
- Entiendo que algunas enfermedades que pueden prevenirse mediante una vacuna, como sarampión o tos ferina, son muy contagiosas, y se sabe que se han contagiado hasta las pocas personas no vacunadas que viven en poblaciones en las que la mayoría de las personas están vacunadas.
- Entiendo que si mi hijo no se vacuna y luego se contagia alguna de estas enfermedades, podría sufrir consecuencias graves, como amputación, neumonía, hospitalización, daño cerebral, parálisis, meningitis, convulsiones, sordera y la muerte. Muchos niños a quienes no se vacuna intencionalmente han sufrido graves consecuencias para la salud debido a la decisión de sus padres de no vacunarlos.
- Entiendo que mi hijo puede ser suspendido de su guardería o escuela, y de eventos deportivos u otras actividades organizadas durante los brotes de las enfermedades. Esto significa que yo tendría que faltar varios días al trabajo para quedarme en casa con mi hijo.
- Entiendo que la American Academy of Pediatrics (Academia Estadounidense de Pediatría), la American Academy of Family Physicians (Academia Estadounidense de Médicos de Familia) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades apoyan claramente la prevención de enfermedades a través de la vacunación.

Vacuna/enfermedad	VIS Dada (✓)	Vacuna recomendada por médico clínico o enfermero (iniciales)	Rechazo esta vacuna (iniciales del padre/tutor)
Difteria, tétanos y tos ferina (DTap)			
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)			
Hepatitis A (HepA)			
Hepatitis B (HepB)			
Virus del papiloma humano (HPV)			
Antigripal			
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)			
Otra:			

Vacuna/enfermedad	VIS Dada (✓)	Vacuna recomendada por médico clínico o enfermero (iniciales)	Rechazo esta vacuna (iniciales del padre/tutor)
Antimeningocócica (MCV)			
Varicela (Var)			
Antineumocócica conjugada (PCV)			
Antipoliomielítica inactivada (IPV)			
Rotavirus (RV)			
Tétanos y difteria (Td)			
Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap)			
Otra:			

No obstante, he decidido no darle a mi hijo la(s) vacuna(s) recomendada(s) o postergar su administración. Al firmar este formulario, dejo constancia de que me niego a vacunar a mi hijo contra una o más de las enfermedades incluidas en la lista precedente. He escrito mis iniciales en la columna "Rechazo esta vacuna" para indicar la(s) vacuna(s) que no quiero darle a mi hijo. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y vacunar a mi hijo.

Por medio del presente, libero a _____, y a sus agentes y empleados, así como a todos los demás proveedores de atención médica que participen en el cuidado del paciente, de todo reclamo, demanda o pretensión, conocidos o desconocidos en la actualidad, que se relacionen de alguna manera con la negación descrita anteriormente. Me han respondido todas las preguntas que tuve.

Dejo constancia de que he leído este documento en su totalidad y lo comprendo plenamente.

Nombre del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Parentesco con el paciente _____ Testigo _____ Fecha _____

BLOOD PRESSURE FLUCTUATES

**CONSECUTIVE READINGS
USUALLY DIFFER . . .** therefore the best method to find out your typical blood pressure is to average 8 measurements taken over several days.

SUGGESTION

Keep this record card for review with your physician.

CAUTION

A home BP monitor can accurately measure your blood pressure, but only a physician is qualified to interpret these measurements.

Self-treatment or self-adjustment of medication is dangerous.

BLOOD PRESSURE DIARY

NAME:

ADDRESS:

PHONE:

IN CASE OF EMERGENCY

CONTACT:

PHONE:

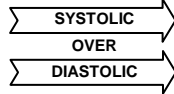
BLOOD PRESSURE RECORD

	DATE	TIME	SYSTOLIC/DIASTOLIC	HEART RATE	WEIGHT
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

**TOTAL
AVERAGE**

Calculate your average blood pressure by adding each column and dividing each by the total number of measurements recorded.

SYSTOLIC = maximum pressure in blood vessels when heart beats.
DIASTOLIC = minimum pressure in blood vessels when heart relaxes between beats.



NORMAL BELOW 120
NORMAL BELOW 80

LA PRESIÓN ARTERIAL FLUCTÚA

**LAS MEDICIONES CONSECUTIVAS
SUELEN DIFERIR.** . . Por eso, el
mejor método para determinar cuál es
su presión arterial habitual es calcular
el promedio de 8 mediciones tomadas
a lo largo de varios días.

SUGERENCIA

Conserve esta ficha para analizarla
con su médico.

ADVERTENCIA

Un monitor de presión arterial de uso
doméstico puede medir su presión
arterial con precisión, pero solamente
un médico está capacitado para
interpretar estas mediciones.

Automedicarse o ajustar los
medicamentos por su cuenta es
peligroso.

DIARIO DE PRESIÓN ARTERIAL

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

EN CASO DE EMERGENCIA

CONTACTO:

TELÉFONO:

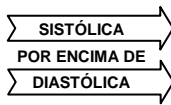
REGISTRO DE PRESIÓN ARTERIAL

	FECHA	HORA	SISTÓLICA/DIASTÓLICA	FRECUCENCIA CARDÍACA	PESO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

**PROMEDIO
TOTAL**

		Calcule su presión arterial promedio sumando cada columna y dividiendo cada resultado por la cantidad total de mediciones registradas.

SISTÓLICA = presión máxima en los vasos sanguíneos cuando el corazón late.
DIASTÓLICA = presión mínima en los vasos sanguíneos cuando el corazón se relaja entre un latido y otro.



NORMAL POR DEBAJO DE 120
NORMAL POR DEBAJO DE 80

ENDOSCOPY OUTPATIENT DISCHARGE INSTRUCTIONS

Date:

Patient Name:

DOB:

You may receive sedation for your procedure:

DO NOT drive or operate machinery today.

DO NOT consume any alcoholic beverages today.

AVOID making critical decisions or signing legal documents for 24 hours.

The above instructions have been explained to me. I understand them. I have signed this form prior to receiving sedation. I understand I will receive a copy of this form to take home.

Patient Signature

Date

Time

Nurse Signature

You have received the following medication: Demerol Versed Valium Morphine

Codeine Glucagon Atropine Narcan Other: _____

FOLLOW THE INSTRUCTIONS CHECKED BELOW:

1. _____ It is not uncommon to experience localized irritation of the vein at the medication site - warm moist packs (a warm wash cloth) over the site can help reduce pain and irritation. We advise this every 2 hours throughout the remainder of the day, while awake. Notify your physician if the area continues to be painful or becomes red and hot to the touch.
2. _____ Gargle with warm salt water or use throat lozenges for sore throat.
3. _____ A feeling of fullness or cramping from air remaining in the bowel is normal. Mild activity will help you expel the air.
4. _____ No heavy lifting, straining or exercising for the next 24 hours.
5. _____ Refer to additional instruction sheet for _____
6. _____ **CALL PHYSICIAN OFFICE**
7. _____ Results of procedure / biopsy, Call _____
8. _____ Make follow-up appointment for _____
9. _____ Any sign of
 - a. _____ Increasing pain, nausea, vomiting
 - b. _____ New abdominal distention (swelling)
 - c. _____ Fever (chills)
 - d. _____ New / Increasing bleeding (oral or rectal)
 - e. _____ Shortness of breath

DIET:

10. _____ Do not eat or drink anything for _____ hours. Attempt a sip of water initially.
11. _____ You may resume your normal diet, unless otherwise stated here
Diet change _____

MEDICATION:

12. _____ Continue same medication schedule as before
13. _____ Start new prescription _____
14. _____ Stop the following medications _____

ADDITIONAL INSTRUCTIONS _____

Patient Signature

Date

Time

Telephone Number

Nurse Signature

I HAVE READ OR HAVE HAD READ TO ME THE DISCHARGE INSTRUCTIONS FOR MY ENDOSCOPY PROCEDURE. I UNDERSTAND THESE INSTRUCTIONS AND WILL FOLLOW-UP WITH MY PHYSICIAN IF I HAVE ANY QUESTIONS.

INSTRUCCIONES PARA EL ALTA DESPUÉS DE UNA ENDOSCOPIA PARA PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA

Fecha:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Es posible que reciba sedación para su procedimiento:

NO conduzca ni opere máquinas hoy.

NO consuma ninguna bebida alcohólica hoy.

EVITE tomar decisiones críticas o firmar documentos legales durante 24 horas.

Se me han explicado las instrucciones precedentes y las comprendo. He firmado este formulario antes de recibir la sedación. Comprendo que recibiré una copia de este formulario para llevarme a mi hogar.

Firma del paciente

Fecha

Hora

Firma del enfermero

Usted ha recibido los siguientes medicamentos: Demerol Versed Valium Morfina

Codeína

Glucagón

Atropina

Narcan

Otro: _____

SIGA LAS INSTRUCCIONES MARCADAS A CONTINUACIÓN:

1. _____ No es infrecuente experimentar irritación localizada de la vena en el lugar de inyección de los medicamentos. Colocar compresas húmedas tibias (un paño tibio) sobre el lugar puede ayudar a reducir el dolor y la irritación. Le recomendamos hacerlo cada 2 horas durante el resto del día, mientras esté despierto. Notifique a su médico si la zona sigue dolorida, o se vuelve roja y caliente al tacto.
2. _____ Haga gárgaras con agua salada tibia o use pastillas para la garganta para aliviar el dolor de garganta.
3. _____ Es normal sentirse muy lleno o tener retortijones debido al aire que queda en el intestino. Hacer actividad ligera le ayudará a expulsar el aire.
4. _____ No levante objetos pesados, no haga esfuerzos ni haga ejercicio durante las próximas 24 horas.
5. _____ Consulte la hoja de instrucciones adicionales para _____
6. _____ **LLAME AL CONSULTORIO DEL MÉDICO**
7. _____ Resultados del procedimiento/la biopsia, llame _____
8. _____ Programe una cita de seguimiento para _____
9. _____ Cualquier signo de
 - a. _____ Aumento del dolor, náuseas, vómitos
 - b. _____ Nueva distensión abdominal (hinchazón)
 - c. _____ Nuevo sangrado/aumento del sangrado (oral o rectal)
 - d. _____ Fiebre (escalofríos)
 - e. _____ Dificultad para respirar

DIETA:

10. _____ No coma ni beba nada durante ____ horas. Al principio, pruebe con un sorbo de agua.
11. _____ Puede retomar su dieta normal, a menos que se indique lo contrario aquí.
Cambio en la dieta _____

MEDICAMENTOS:

12. _____ Siga tomando los mismos medicamentos que antes
13. _____ Empiece a tomar un nuevo medicamento _____
14. _____ Interrumpa los siguientes medicamentos _____

INSTRUCCIONES ADICIONALES _____

Firma del paciente

Fecha

Hora

Número de teléfono

Firma del enfermero

HE LEÍDO O ME HAN LEÍDO LAS INSTRUCCIONES PARA EL ALTA DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO DE ENDOSCOPIA. COMPRENDO ESTAS INSTRUCCIONES Y HARÉ UN SEGUIMIENTO CON MI MÉDICO SI TENGO ALGUNA PREGUNTA.

HOME INSTRUCTIONS - MEDICAL

Date _____ Patient Name _____ DOB _____

NOTE ITEMS <input checked="" type="checkbox"/> CHECKED ONLY - DISREGARD UNCHECKED ITEMS	
<input type="checkbox"/> CROUP 1. Is a viral infection of the area around the vocal cords. Symptoms last 5-6 days and are worse at night. It causes hoarseness, a tight barking cough, and when bad, it causes stridor (a crowing noise) with each inhaled breath. 2. Treat with steam from a humidifier or shower or take outside in cool weather. If stridor does not resolve in 10-20 minutes or child is having trouble breathing he/she should be checked by a doctor immediately. 3. Should be seen immediately if having unusual drooling or a very high fever. 4. Run vaporizer in the child's room 24 hours a day. Cool mist preferred.	<input type="checkbox"/> URINARY TRACT INFECTION 1. Drink plenty of liquids. 2. Return if symptoms persist for more than 2-3 days, if fever, chills, nausea, vomiting, or back pain develop or symptoms significantly worsen. 3. Follow up with your doctor and recheck urine in _____ (days, weeks). <input type="checkbox"/> ABDOMINAL PAIN 1. Return if abdominal pain significantly worsens, if fever or chills develop, if blood is seen in vomit or stool, if stool is black or tarry, or if abdominal pain continues for more than hours. <input type="checkbox"/> CONSTIPATION 1. The usual causes of constipation include: diets high in dairy products or complex carbohydrates (junk food); diets low in fiber, insufficient fluid intake; and infrequent stooling. 2. Increase intake of liquids (apple juice, pineapple juice, water, etc.). 3. High fiber diet (fruits, vegetable, bran). 4. Go to bathroom after eating. 5. Stool softeners, enemas, laxatives (milk of magnesia), or suppositories are sometimes needed. Consult your doctor before using any of these.
<input type="checkbox"/> ASTHMA/BRONCHITIS 1. Bronchitis is an inflammation of the bronchial tubes that may be caused by infections (viral, bacterial), allergies, or chemical agents (smoke, dust, fumes). 2. Symptoms may include coughing, wheezing, and trouble breathing. 3. Avoid breathing irritating substances (smoking). 4. Return if having any trouble breathing, chest pain, blood in sputum, vomiting, increased fever, or not improving in 2-3 days. 5. SVN with _____ ever _____ to _____ hours as needed for coughing, wheezing, or trouble breathing.	<input type="checkbox"/> GASTROESOPHAGEAL REFLUX 1. Is sometimes called heartburn. In infants it causes frequent spitting up. 2. You should eat small frequent meals as opposed to infrequent large meals. 3. Carbohydrated beverages, caffeine, alcohol, and tobacco should be avoided. 4. Adults should avoid eating or drinking after 7PM or 3 hours prior to bedtime. 5. Keep upright for at least 1/2 hour after meals. Raise head of bed 4-6 inches. 6. If > 5 years old use antacids as directed 1/2 hour after meals and at bedtime.
<input type="checkbox"/> HIVES 1. Multiple causes of hives, but often cause not identified. 2. Causes of hives include: drugs; foods (milk, peanuts, shellfish, egg whites, nuts, food additives, etc.); insect bites; heat, cold, exercise; direct skin contact (medications, chemicals, animal dander); infections (viral, bacterial). 3. Further evaluation considered if hives last more than 3-6 weeks. 4. Treat hives and itching with benadrylmg every 4-6 hours as needed. Sometimes other medications are prescribed if unresponsive to benadryl. 5. Return if symptoms significantly worsen, if wheezing, trouble breathing, trouble swallowing, swollen lips or fever develops.	<input type="checkbox"/> VOMITING AND DIARRHEA 1. If < 2 yrs. old give pedialyte or infalyte in small amounts every 15 minutes. The one swallow at a time approach rarely fails. Increase feeds as tolerated. 2. If breast-feeding supplement with pedialyte or infalyte between feeds. 3. If > 2 yrs. old give sports drink (gatorade, 10K, etc.), milk and water. 4. If > 6 months old give bananas, applesauce, pasta, potatoes and rice cereal. 5. Avoid fruit juices, Kool-Aid, and carbonated beverages until vomiting and diarrhea has resolved. 6. Return if becomes more ill, stops taking liquids, blood or mucus present in stools, severe abdominal cramps are present, fever > 3 days, having persistent vomiting, or if diarrhea not resolving after 1 week.
<input type="checkbox"/> COMMON COLDS 1. Signs and symptoms of this viral infection include: runny or stuffy nose, nasal discharge is watery then becomes thick and greenish yellow, fatigue, sore throat, hoarseness, cough that produces little or no sputum, and fever. 2. At least 200 different viruses can cause the common cold. 3. Avoid vigorous activity, get plenty of rest, and run cool mist vaporizer. 4. Call your doctor if increased throat pain, persistent cough, cough that produces thick yellow green, rusty or gray sputum, cough that lasts longer than two weeks, difficult or labored breathing, increased fever, fever > 5 days, shaking, chills, chest pain, shortness of breath, or if sinus or tooth pain develop.	<input type="checkbox"/> FEVER 1. If older than 2 months and if the fever is not over 101° and there is no associated pain, then it is unlikely to be a medical emergency. 2. Return to your doctor if becomes more ill, having obvious problem, or the fever lasts for more than 5 days. 3. Give _____ mg of Tylenol (dose for age) every 4-6 hours for temperature over 102°. 4. Give _____ mg of Ibuprofen (dose for age) every 4-6 hours for temperature over 102°.
<input type="checkbox"/> CALL YOUR DOCTOR AS SOON AS POSSIBLE FOR A FOLLOW UP APPOINTMENT IN _____ (DAYS, WEEKS)	<input type="checkbox"/> FOLLOW LABEL INSTRUCTIONS PROVIDED ON PRESCRIPTION. <input type="checkbox"/> DO NOT OPERATE MOTOR VEHICLES OR MACHINERY WHILE TAKING THIS MEDICATION. <input type="checkbox"/> EAT SOME FOOD BEFORE TAKING THIS MEDICATION. <input type="checkbox"/> INCREASE YOUR INTAKE OF CLEAR LIQUIDS BY MOUTH.
<input type="checkbox"/> RETURN TO URGENT CARE IF SYMPTOMS SIGNIFICANTLY WORSEN. _____ _____ _____ _____ _____	

MedVoice #:

 Clinician/Clinical Staff Signature

 Date / Time

INSTRUCCIONES PARA EL HOGAR - AFECCIONES MÉDICAS

Fecha _____ Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

LEA SOLAMENTE LOS PUNTOS <input checked="" type="checkbox"/> MARCADOS - OMITA LOS PUNTOS NO MARCADOS	
<input type="checkbox"/> DIFTERIA 1. Es una infección viral del área que rodea las cuerdas vocales. Los síntomas duran entre 5 y 6 días, y empeoran por la noche. Causa ronquera, tos similar a un ladrido y, cuando es grave, causa estridor (un sonido chirriante) cada vez que inhala para respirar. 2. Tratar con vapor de un humidificador o la ducha, o salir al aire libre si el clima está fresco. Si el estridor no se resuelve en 10-20 minutos o al niño le cuesta respirar, debería consultar a un médico de inmediato. 3. Lo debe hacer ver de inmediato si babea y no es algo usual, o si tiene fiebre muy alta. 4. Coloque un vaporizador en la habitación del niño las 24 horas del día. Que sea de neblina fresca preferentemente.	<input type="checkbox"/> INFECCIONES URINARIAS 1. Beba mucho líquido. 2. Vuelva si los síntomas persisten más de 2 o 3 días, si tiene fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos o dolor lumbar, o si los síntomas empeoran significativamente. 3. Haga el seguimiento con su médico y vuelva a controlar la orina en _____ (días, semanas). <input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL 1. Vuelva si el dolor abdominal empeora significativamente, si empieza a tener fiebre o escalofríos, si ve sangre en el vómito o las heces, si las heces son negras o alquitranadas, o si el dolor abdominal continúa por más de horas.
<input type="checkbox"/> ASMA/BRONQUITIS 1. La bronquitis es una inflamación de los bronquios que puede ser provocada por infecciones (virales, bacterianas), alergias o agentes químicos (humo, polvo, gases). 2. Los síntomas pueden incluir tos, silbidos al respirar y dificultad para respirar. 3. Evite sustancias que irriten al respirar (humo del cigarrillo). 4. Vuelva si le cuesta respirar, tiene dolor en el pecho, escupe con sangre, vomita, le sube la fiebre o no mejora en 2-3 días. 5. Nebulizar con _____ cada _____ a _____ horas según sea necesario si tiene tos, silbidos al respirar o si le cuesta respirar.	<input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO 1. Las causas habituales del estreñimiento son: dietas con alto contenido de productos lácteos o carbohidratos complejos (comida chatarra); dietas con bajo contenido de fibras; ingesta insuficiente de líquidos; y deposiciones poco frecuentes. 2. Aumente la ingesta de líquidos (jugo de manzana, jugo de piña, agua, etc.). 3. Dieta con alto contenido de fibras (frutas, verduras, salvado). 4. Vaya al baño después de comer. 5. A veces se necesitan ablandadores de heces, enemas, laxantes (leche de magnesia) o supositorios. Consulte a su médico antes de usar cualquiera de estos productos.
<input type="checkbox"/> URTICARIA 1. La urticaria puede tener varias causas, pero a menudo no es posible identificarlas. 2. Las causas de la urticaria incluyen: medicamentos; alimentos (leche, cacahuates, mariscos, clara de huevo, frutos secos, aditivos de los alimentos, etc.); picaduras de insectos; calor, frío, ejercicio; contacto directo con la piel (medicamentos, sustancias químicas y caspa de animales); infecciones (virales, bacterianas). 3. Si dura más de 3-6 semanas, hay que considerar la posibilidad de hacer otra evaluación. 4. Trate la urticaria y la picazón con Benadryl _____ mg cada 4-6 horas, según sea necesario. Si el Benadryl no hace efecto, a veces se recetan otros medicamentos. 5. Vuelva si los síntomas empeoran significativamente, si tiene silbidos al respirar, le cuesta respirar o tragar, se le inflaman los labios o si tiene fiebre.	<input type="checkbox"/> REFLUJO GASTROESOFÁGICO 1. A veces se llama pirosis. En los bebés, hace que escupan lo que comen con frecuencia. 2. Debe comer poco y seguido, en lugar de comer mucho y cada muchas horas. 3. Debe evitar las bebidas carbonatadas, la cafeína, el alcohol y el tabaco. 4. Los adultos deben evitar comer o beber después de las 7 p.m. o 3 horas antes de acostarse. 5. Manténgalo erguido durante al menos media hora después de las comidas. Levante la cabecera de la cama entre 4 y 6 pulgadas. 6. Si tiene más de 5 años, use antiácidos según las indicaciones media hora después de las comidas y al acostarse.
<input type="checkbox"/> RESFRÍOS COMUNES 1. Los signos y síntomas de esta infección viral incluyen: congestión nasal o nariz tapada, secreción nasal acuosa que luego adquiere una mayor consistencia y un color verdoso amarillento, cansancio, dolor de garganta, ronquera, tos que no genera esputo o que genera poco esputo, y fiebre. 2. El resfrío común puede ser causado por al menos 200 virus diferentes. 3. Evite la actividad intensa, descanse mucho y use un vaporizador de neblina fresca. 4. Llame a su médico si aumenta el dolor de garganta, tiene tos persistente, tiene tos con esputo consistente de color amarillo verdoso, color óxido o gris, la tos le dura más de dos semanas, le cuesta respirar, le sube la fiebre, tiene fiebre más de 5 días, tiene temblores, escalofríos, dolor en el pecho o falta de aire, o si empiezan a dolerle los senos paranasales o los dientes.	<input type="checkbox"/> VÓMITOS Y DIARREA 1. Si tiene menos de 2 años, administre pequeñas cantidades de pedialyte o infalyte cada 15 minutos. Muy pocas veces falla la técnica de tomar de a un trago por vez. Aumente las tomas en la medida en que las tolere. 2. Si está amamantando, complemente con pedialyte o infalyte entre las tomas. 3. Si tiene más de 2 años, dele bebidas deportivas (Gatorade, 10K, etc.), leche y agua. 4. Si tiene más de 6 meses, dele banana, puré de manzana, pastas, papa y cereal de arroz. 5. Evite los jugos de fruta, Kool-Aid y las bebidas con gas hasta que no tenga más vómitos ni diarrea. 6. Vuelva si el estado empeora, deja de tomar líquidos, encuentra sangre o mucosidad en las heces, tiene retortijones abdominales fuertes, la fiebre le dura más de 3 días, tiene vómitos persistentes o si la diarrea no se resuelve después de 1 semana.
<input type="checkbox"/> LLAME A SU MÉDICO LO ANTES POSIBLE PARA IR A UNA CITA DE SEGUIMIENTO EN _____ (DÍAS, SEMANAS)	<input type="checkbox"/> FIEBRE 1. Si tiene más de 2 meses, la fiebre no es de más de 101 grados y no hay ningún dolor asociado, es poco probable que se trate de una emergencia médica. 2. Vuelva al médico si el estado empeora, tiene un problema evidente o la fiebre dura más de 5 días. 3. Administre _____ mg de Tylenol (dosis para la edad) cada 4 a 6 horas para temperatura superior a 102 grados. 4. Administre _____ mg de ibuprofeno (dosis para la edad) cada 4 a 6 horas para temperatura superior a 102 grados.
<input type="checkbox"/> VUELVA AL CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA SI LOS SÍNTOMAS EMPEORAN SIGNIFICATIVAMENTE. _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> SIGA LAS INSTRUCCIONES DE LA ETIQUETA SUMINISTRADAS EN LA RECETA. <input type="checkbox"/> NO OPERE VEHÍCULOS A MOTOR NI MÁQUINAS MIENTRAS ESTÉ TOMANDO ESTE MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> COMA ALGO ANTES DE TOMAR ESTE MEDICAMENTO. <input type="checkbox"/> AUMENTE LA INGESTA DE LÍQUIDOS TRANSPARENTES POR BOCA.

N.º de MedVoice:

Clinician/Clinical Staff Signature

Date / Time

PEDIATRIC SPORTS PHYSICAL HISTORY

Patient's Name: _____	Date of Birth: _____	
Today's Date: _____	YES	NO
1. Do you take any medication, pills or supplements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do you have diabetes, asthma, allergies (hay fever), or any chronic illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever been admitted to a hospital or had surgery?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have you ever had an injury that required an operation or caused you to miss 3 days of practice or competition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have you ever had a concussion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you ever been dizzy, developed a headache, or passed out during exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Have you ever had a seizure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are you unable to run 2 times around the track without stopping?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Have any members of your family under the age of 50 had a heart attack, heart problems or died unexpectedly?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Have you ever had a heart murmur, high blood pressure or heart abnormality?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Do you wear glasses, contacts, prosthesis, or dental bridges, plates or braces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Are you missing a kidney?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Have you had chickenpox? When? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. For Women: How old were you when you started periods? _____		
14a. In the last year, what is the longest time you have gone between periods? _____		
15. What sport(s) are you planning to participate in? _____		
PLEASE EXPLAIN ANY YES ANSWERS: _____ _____ _____ _____		
I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions above are correct.		
Signature of Patient: _____		Date: _____
Signature of Parent/Guardian: _____		Date: _____

ANTECEDENTES FÍSICOS PEDIÁTRICOS PARA LA PRÁCTICA DE DEPORTES

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	
Fecha de hoy:	SÍ	NO
1. ¿Toma algún medicamento, píldora o suplemento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene diabetes, asma, alergias (rinitis alérgica) o alguna enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez fue admitido en un hospital o le realizaron una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez sufrió una lesión que requiriera una operación o le obligara a ausentarse 3 días de una práctica o competencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez tuvo una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez se sintió mareado, tuvo dolor de cabeza o se desmayó durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez tuvo una convulsión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿ No puede correr 2 vueltas alrededor de la pista sin parar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Algún miembro de su familia menor de 50 años tuvo un ataque al corazón, problemas cardíacos o murió inesperadamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez tuvo un soplo cardíaco, presión arterial alta o una anomalía cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Usa anteojos, lentes de contacto, prótesis o puentes, placas o frenillos dentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le falta un riñón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Tuvo varicela? ¿Cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Para las mujeres: ¿A qué edad empezó a tener su período? _____		
14a. En el último año, ¿cuál fue el tiempo máximo transcurrido entre períodos? _____		
15. ¿En qué deporte(s) planea participar? _____		
EXPLIQUE SUS RESPUESTAS AFIRMATIVAS: _____ _____ _____		
Por el presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son correctas.		
Firma del paciente: _____ Fecha: _____		
Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____		

PRE-STIMULANT CARDIAC SCREENING CHECKLIST

Please check all that apply:

History of the following in your child: _____ cardiac disease
_____ fainting (particularly with exercise)
_____ dizziness (particularly with exercise)
_____ seizures
_____ chest pain or shortness of breath with exercise
_____ palpitations, increased heart rate or skipped beats
_____ difficulty with exercise
_____ high blood pressure

Any known family history of: _____ sudden cardiac death (under 35 years)
_____ event requiring resuscitation (under 35 years)
_____ cardiac arrhythmias
_____ long QT syndrome
_____ Wolff-Parkinson-White syndrome
_____ Brugada syndrome
_____ hypertrophic cardiomyopathy
_____ Marfan syndrome

Parent/Guardian's Signature

Date

Parent/Guardian's Name (please print)

LISTA DE CONTROL CARDÍACO PREVIO A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTIMULANTES

Marque todas las opciones que correspondan:

- Antecedentes en su hijo de:**
- cardiopatía (enfermedad cardíaca)
 - desmayos (especialmente al hacer ejercicio)
 - mareos (especialmente al hacer ejercicio)
 - convulsiones
 - dolor en el pecho o falta de aire al hacer ejercicio
 - palpitaciones, aumento de la frecuencia sensación cardíaca o de que el corazón se salta latidos
 - dificultades para hacer ejercicio
 - presión arterial alta

Algún antecedente familiar conocido de:

- muerte súbita cardíaca (menor de 35 años)
- episodio que requiere reanimación (menor de 35 años)
- arritmias cardíacas
- síndrome de intervalo QT prolongado
- síndrome de Wolff-Parkinson-White
- síndrome de Brugada
- miocardiopatía hipertrófica
- síndrome de Marfan

Firma del padre/tutor

Fecha

Nombre del padre/tutor (en letra de molde)

HOME INSTRUCTIONS - TRAUMA

NOTE ITEMS <input checked="" type="checkbox"/> CHECKED ONLY - DISREGARD UNCHECKED ITEMS.	
<input type="checkbox"/> SPRAIN OR FRACTURE 1. Elevate the injured part to lessen swelling. May use pillow or blankets for support. 2. Ice packs also help prevent swelling, especially during the first 48 hours. Place ice in plastic or rubber bag with a cloth cover. 3. If you have an ELASTIC ACE BANDAGE, rewrap it if too tight or too loose. It is too tight if the wrapped part changes color or swelling occurs. 4. If you have a CAST, keep it perfectly dry at all times. 5. Wait 24 hours for the cast to become strong before you allow pressure or weight on any part of the cast. 6. Wiggle toes or fingers to help prevent swelling in cast. 7. If the part gets cold, blue or numb, or if the pain and swelling increases markedly, have it checked promptly. 8. Contact physician if pressure felt on bony areas.	<input type="checkbox"/> HEAD INJURY 1. Watch for the following signs especially during the first 24 hours. <ul style="list-style-type: none"> • Unusual drowsiness, confusion, loss of balance or dizziness • Nausea and vomiting (more than once). • Unusual headache • Convulsions • Persistent nosebleeds or drainage of fluid from nose or ears • Skin color becomes pale. 2. Awaken the patient ever 1-2 hours and check for: <ul style="list-style-type: none"> • Difficulty in arousing. • Any trouble breathing. • Pupils unequal in size and/or blurred or double vision. • Limpness-weakness. 3. Watch for personality or behavior changes. 4. If any of the above appear, call the doctor immediately or if unable to do so, go to the Emergency Room or call 911. 5. Restricted activity for ____ hours. Bed rest for ____ hours. 6. Use ice packs to relieve swelling and discomfort. Place ice in plastic or rubber bag with a cloth cover. 7. diet for 24 hours.
<input type="checkbox"/> LACERATION (CUTS, ABRASIONS, BURNS, ETC.) 1. Use ice pack with a cloth cover as needed to reduce swelling. 2. Keep the dressing clean and dry for two days. 3. Return TO HAVE STITCHES REMOVED IN ____ DAYS. 4. Despite the greatest care, any wound CAN become infected. If your wound becomes red, swollen, shows pus or red streaks, or feels more sore instead of less sore as the days go by, have it checked promptly by a doctor.	<input type="checkbox"/> BACK AND NECK INJURIES 1. Use heat or cold on the injured area, whichever seems to help the most. Place ice or warm water in plastic or rubber bag with a cloth cover. Be careful not to burn yourself. 2. Rest as much as possible until you are improved. 3. A hard mattress is sometimes helpful with low back injuries. 4. Avoid positions and movements that make the pain worse. 5. Try to relax, as tension increases discomfort.
<input type="checkbox"/> HIGH TEMPERATURE (FOR CHILDREN UP TO AGE 8) 1. Tylenol dose for age, every 4 to 6 hours for temperature over 102 degrees. 2. Ibuprofen _____ dose for age, every 4 to 6 hours for temperature. 3. Lukewarm bath. 4. Push fluids.	<input type="checkbox"/> CONTUSION (BRUISE) 1. Use an ice pack with a cloth cover to reduce swelling. 2. Restricted use of the bruised area for 48 hours, if movement causes discomfort.
<input type="checkbox"/> MEDICATIONS SENT TO PHARMACY FOLLOW-UP IN _____ OTHER INSTRUCTIONS _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> A TETANUS BOOSTER WAS GIVEN <input type="checkbox"/> FOLLOW LABEL INSTRUCTIONS PROVIDED ON PRESCRIPTION <input type="checkbox"/> DO NOT OPERATE MOTOR VEHICLES OR OPERATE MACHINERY WHILE TAKING THIS MEDICATION. <input type="checkbox"/> EAT SOME FOOD BEFORE TAKING THIS MEDICATION <input type="checkbox"/> INCREASE YOUR INTAKE OF CLEAR FLUIDS BY MOUTH <input type="checkbox"/> X-RAYS DONE <input type="checkbox"/> LAB STUDIES DONE
CALL YOUR PRIMARY CARE PHYSICIAN. <input type="checkbox"/> IN _____ DAYS. <input type="checkbox"/> MedVoice #: _____ <input type="checkbox"/> AS NEEDED _____	<div style="text-align: center; border-top: 1px solid black; margin-top: 20px;"> _____ PROVIDER SIGNATURE </div> <div style="text-align: right; border-top: 1px solid black; margin-top: 20px;"> _____ DATE </div>

MY HOME INSTRUCTIONS HAVE BEEN EXPLAINED TO ME AND I HAVE RECEIVED A COPY OF THOSE INSTRUCTIONS.

PATIENT SIGNATURE	DATE	PARENT/GUARDIAN SIGNATURE	DATE
-------------------	------	---------------------------	------

