

DOCUMENTO DE VOLUNTADES Y PREFERENCIAS DE LOS USUARIOS

(Este documento, al igual que el resto de los que integran su Historia Clínica, es confidencial. Su único objetivo es darnos a conocer cuáles son sus voluntades y preferencias respecto a diversas cuestiones relacionadas con la asistencia recibida, con el fin de que puedan ser conocidas y respetadas por parte del personal de la Unidad durante su estancia en la misma. Por favor, rodee con un círculo la respuesta elegida a cada una de las preguntas que a continuación le hacemos y escriba aquellos datos que se solicitan. Si necesita ayuda o aclaraciones, consulte al personal de la Unidad)

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ N° DE Hª CLÍNICA: _____

NUHSA: _____ Nª DE SEGURIDAD SOCIAL: _____



¿Ha realizado Ud. declaraciones en el REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?

- 1.- SI (confirmar)
- 2.- NO (informar)

¿Desea Ud. nombrar y TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL?

1.- SI (escriba nombre, grado de parentesco y DNI): _____

2.- NO

¿Desea que otras personas, aparte de Ud. sean INFORMADAS SOBRE SU ESTADO DE SALUD?

1.- SI (indique a quién o quienes autoriza a recibir información): _____

2.- NO

¿Qué tipo de información sobre su estado de salud DESEA UD. RECIBIR?

- 1.- Información completa, veraz y puntual, que incluya tanto pruebas y técnicas que me van a realizar, como diagnósticos (de sospecha o confirmados), tratamientos planteados y aspectos pronósticos.
- 2.- Sólo las pruebas y técnicas que me van a realizar, sin profundizar en el diagnóstico y pronóstico.
- 3.- No deseo recibir información alguna.

¿Qué tipo de información DESEA UD. QUE RECIBAN SUS FAMILIARES Y ALLEGADOS AUTORIZADOS?

- 1.- La misma que yo reciba.
- 2.- Información más profunda y completa que la que yo reciba.
- 3.- Información parcial y más “suavizada” que la que yo reciba.

La Unidad de Gestión Clínica de Neumología está elaborando DOCUMENTOS QUE LE PUEDEN SERVIR DE HERRAMIENTA PARA LA TOMA DE DECISIONES en los procesos diagnósticos y/o terapéuticos. ¿DESEA UD. QUE, SI ALGUNO DE LOS DOCUMENTOS REFERIDOS PUEDE SER DE APLICACIÓN EN SU CASO, SE LE FACILITE?

- 1.- SI
- 2.- NO

¿Considera que ES SUFICIENTE LA INFORMACIÓN QUE RECIBE, antes de los procedimientos diagnósticos o de los tratamientos planteados?

- 1.- SI
- 2.- NO. Requiero más información.

¿Desea NO RECIBIR algún tipo de alimento o producto sanitario durante su tratamiento?

- 1.- SI (especifique cuál o cuáles) _____

- 2.- NO

¿Desea RECIBIR INFORMACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO (informes, citas, ...)?

1.- SI (especifique cuál es su dirección o direcciones de correo electrónico): _____

2.- NO

¿Desea RECIBIR INFORMACIÓN, COMO CITAS A CONSULTA O PRUEBAS MÉDICAS, POR TELEFONO, FAX O SMS?

1.- SI (indíquenos su número o números de teléfono): _____

2.- NO

¿Estaba Ud. RECIBIENDO ALGÚN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO antes de su ingreso actual en nuestra Unidad?

1.- SI (escriba el nombre de los medicamentos que tomaba, la dosis y la periodicidad de la administración): _____

2.- NO

¿Conoce Ud. el DERECHO A UNA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA?

1.- SI

2.- NO (informar)

¿Conoce Ud. el DERECHO A LIBRE ELECCIÓN DE CENTRO Y DE MEDICO?

1.- SI

2.- NO (informar)

Esto es todo. Gracias por facilitarnos la información solicitada.