

Instrucciones generales para la
carta que se debe enviar con el
documento de consentimiento
informado.

1. Complete todas las áreas en blanco en el encabezado de la carta.
2. Complete la sección de firma (firme sobre la línea, nombre en letra de molde, dirección, teléfono, correo electrónico debajo de la línea de firma y la fecha del día que notarice la carta.
3. Adjunte esta carta al documento de consentimiento informado cuando la envíe por correo y servicio de mensajería (*para más información, consulte las instrucciones generales del documento de consentimiento informado.*)

- **IMPORTANTE: LEA BIEN CADA PALABRA. Coloque sus iniciales en todas las partes que correspondan del lado izquierdo del documento. NO coloque una tilde o una "x"; ponga sus iniciales en la línea en blanco del lado izquierdo del documento para demostrar que seleccionó esa parte de forma intencional.**
- En las líneas en blanco del área para completar, escriba cualquier cosa a la que tenga alergia, como medicamentos o tratamientos que no desee que le administren. Si agrega información adicional, no olvide colocar sus iniciales en las líneas en blanco. Si no agrega información adicional en las líneas en blanco, **NO** ponga sus iniciales, ni cualquier otro tipo de información.
- Notarizar el documento: **SOLO FIRME ESTE DOCUMENTO Y LA CARTA ANTE UN NOTARIO.**
- Los documentos deben enviarse o entregarse en el hospital cuando ingresa y se convierte en paciente.
- Además, en caso de ser hospitalizado y no pueda enviar al director general el documento como se describe en estas instrucciones generales, designe a un familiar o amigo responsable para que lo haga.
 1. Saque unas 10 copias de los documentos notariados originales. *Guarde el documento original del consentimiento informado en un lugar seguro.*
 2. Envíe la carta y una copia del documento de consentimiento informado al hospital. Utilice un correo prioritario del servicio postal de los Estados Unidos y correo certificado con acuse de recibo. Envíe el *correo prioritario* al director general a la dirección oficial del hospital. **SOLO ENVÍE POR CORREO LA COPIA DE LA CARTA CUANDO SE CONVIERTA EN PACIENTE DEL HOSPITAL.**
 3. Envíe por servicio postal una copia de la carta y una copia del documento del consentimiento informado al director general a la dirección oficial de hospital. **SOLO ENVÍE POR SERVICIO POSTAL LA COPIA DE LA CARTA CUANDO SE CONVIERTA EN PACIENTE DEL HOSPITAL.**
 4. Asegúrese de que el encargado de realizar las entregas sepa que debe conservar una copia de la carta y este documento de consentimiento informado con el número de correo certificado y la firma de solicitud de acuse de recibo, conserve la información del recibo del servicio de mensajería.
 5. Siempre tenga una copia con usted para entregársela a los proveedores. Guarde las copias adicionales de este documento de consentimiento informado para sus registros y para distribuir, según sea necesario, a otros proveedores de atención.
 6. Entregue una copia del documento de consentimiento informado a su médico tratante.
 7. Entregue una copia del documento a su enfermera (o).
 8. Asegúrese de acceder a sus registros médicos en línea lo antes posible para verificar que sus documentos se hayan agregado a su registro médico electrónico.

Por último, si así lo desea, siéntase libre de usar una redacción diferente o modificar este texto en su documento; lo importante es comunicar por escrito, de una forma clara y precisa, su consentimiento o la falta del mismo, a los proveedores de atención médica.

Yo, _____, notifico a todos los médicos, enfermeras y otros cuidadores, que este documento de consentimiento informado contiene mis deseos actuales para mi atención médica, los cuales son deseos planeados y deliberados. Este documento de consentimiento informado también refleja mis creencias religiosas y espirituales; asegúrese de que todos mis proveedores de atención puedan acceder sin problemas a este documento en los registros médicos electrónicos, siempre que sea necesario.

La recepción de este documento por parte del hospital, sirve como aviso de que informaré a la Junta Médica de cualquier médico que viole mis deseos planeados y deliberados, que se basan en mis profundas creencias religiosas y espirituales, y están especificados dentro de este documento.

MIS DESEOS QUE SE BASAN EN MIS PROFUNDAS CREENCIAS RELIGIOSAS Y ESPIRITUALES INCLUYEN:

___ **NO DOY MI CONSENTIMIENTO DE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS SIN QUE SE ME INFORME DE LOS RIESGOS, BENEFICIOS Y ALTERNATIVAS DE CADA MEDICAMENTO ANTES DE SOLICITARLOS.** Solo después de que se me brinde esa información, elegiré otorgar o no el consentimiento para todos y cada uno de los medicamentos que se ordenen.

___ **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para recibir ninguna vacuna anti COVID o refuerzo, ni ninguna variante del COVID-19.

___ **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para recibir la vacuna contra la gripe estacional.

___ **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para recibir la vacuna de neumonía neumocócica.

___ **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para recibir **NINGUNA** vacuna para **NINGÚN** fin o enfermedad.

___ **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para utilizar Remdesivir o su versión genérica Veklury, ni ningún medicamento que se relacione con el Remdesivir o Veklury, bajo ninguna circunstancia.

___ **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para utilizar Baricitinib, o su marca Olumiant, contra el COVID-19 o variante del COVID-19.

___ **SOLICITO Y DOY MI CONSENTIMIENTO** para administrar 1 mg de budesonida a través de un nebulizador cada 4 a 6 horas para el tratamiento contra el COVID-19 o alguna variante del COVID-19 con problemas respiratorios.

___ **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** de utilizar un ventilador en el caso de un diagnóstico de COVID-19 o variante del COVID-19 **SIN DECIRME** los riesgos, beneficios y alternativas **ANTES** de implementar esta terapia. Solo **DESPUÉS** de que se me brinde esa información, elegiré otorgar o no el consentimiento para el uso del ventilador en caso de un diagnóstico de COVID-19 o variante del COVID-19.

NO DOY MI CONSENTIMIENTO para utilizar medicamentos relacionados con cualquier protocolo contra el COVID-19 o variante del COVID19 sin que primero realice una evaluación independiente con respecto a los efectos secundarios o riesgos relacionados con el protocolo o medicamentos del protocolo. Solo yo puedo dar mi consentimiento sobre el protocolo o medicamentos del protocolo contra el COVID-19 o variante del COVID-19. *Bajo ninguna circunstancia se debe administrar ningún medicamento del protocolo o medicamento del protocolo contra el COVID-19 o variante del COVID-19, sin mi aprobación específica para todos y cada uno de los medicamentos y protocolos.*

 SOLICITO Y DOY MI CONSENTIMIENTO de implementar tratamientos alternativos contra el COVID-19 y variantes del COVID-19 (como la Ivermectina y la Hidroxicloroquina). Si el hospital no permite el uso de tratamientos médicos alternativos para el COVID-19 o variantes del COVID-19, **SOLICITO Y DOY MI CONSENTIMIENTO** de que me den de alta para cambiarme de hospital.

 SOLICITO Y DOY MI CONSENTIMIENTO de utilizar todas las medidas para salvar mi vida. Si doy mi consentimiento para que me den el alta hospitalaria, **SOLICITO Y DOY MI CONSENTIMIENTO** de que me proporcionen oxígeno, nutrición, hidratación, medicación y cualquier otro equipo necesario para mi comodidad.

 NO DOY MI CONSENTIMIENTO para recibir **NINGUNA** transfusión de sangre que contengan productos sanguíneos derivados de donantes que recibieron cualquiera de las vacunas antiCOVID.

 NO DOY MI CONSENTIMIENTO para recibir **NINGÚN** alimento procesado, incluyendo el jarabe de maíz de alta fructosa ni aceites de semillas. La mantequilla, el ghee, el sebo de res o el aceite de coco, son los únicos tipos de aceite que puedo recibir. Además, mi proteína debe provenir de huevos, cordero, bisonte, carne de res o mariscos de aguas frías; pero no deben prepararse con aceites de semillas. Si el hospital no puede proporcionarme estos alimentos, mi familia o amigos lo harán.

 TAMPOCO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA:

Todos dos los puntos de este documento permanecerán vigentes a menos que decida revocarlos por escrito; nadie más puede modificar o cambiar este documento.

Firma

Iniciales

Fecha:

Certificado notarial de reconocimiento

Estado de: _____

Condado de: _____

Se presentó en persona y compareció ante mí, el suscrito Notario, dentro del citado, que es residente del _____ Condado, Estado de _____