

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.*)

**To:** All Healthcare Providers for Patient named/*nombre del paciente* \_\_\_\_\_  
with Date of Birth/*fecha de nacimiento* \_\_\_\_\_

And all Representatives, Subsidiaries, Parent Companies, Attorneys, Chief of Staff, Chief Quality Officer, Medical Executive Committee, Board of Trustees  
**c/o Chief Executive Officer for Hospital**  
*y todos los representantes, subsidiarias, compañías matrices, abogados, jefe de personal, director de calidad, comité ejecutivo médico, junta directiva*  
**c/o Director del hospital**

**RE:** Caregivers and Consent document  
*Documento de consentimiento informado*

Attached is my Caregivers and Consent document.  
*Adjunto mi documento de consentimiento informado.*

Please ensure that this Caregivers and Consent document is clearly accessible in the electronic medical record at all times for all healthcare providers.  
*Asegúrese de adjuntar mi documento de consentimiento informado a mi registro médico electrónico para que los proveedores de atención médica puedan consultarlo las veces que sean necesarias.*

Thank you in advance for your attention to this matter.  
*Agradezco su atención a este asunto.*

\_\_\_\_\_  
Name/*Nombre* \_\_\_\_\_ Date/*Fecha* \_\_\_\_\_  
Address/*Dirección:* \_\_\_\_\_  
Phone/*Teléfono:* \_\_\_\_\_  
Email/*Correo electrónico:* \_\_\_\_\_

---

NOTARIZED ACKNOWLEDGEMENT

State of: \_\_\_\_\_

County of: \_\_\_\_\_

PERSONALLY came and appeared before me, the undersigned Notary, within the  
named \_\_\_\_\_, who is a resident of \_\_\_\_\_ County, State of  
\_\_\_\_\_.

## General Instructions for Caregivers and Consent document

- **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.

## Caregivers and Consent

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. [English Translation: “I, Patient’s Name, advise all physicians, nurses, and other caregivers, that this Caregivers and Consent document reflects my current wishes for my care and are carefully planned and intentional wishes. This Caregivers and Consent document also reflects my deeply held religious and spiritual beliefs; please ensure that this Caregivers and Consent document is clearly accessible in the electronic medical records at all times for all of my care providers.”]

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. [English Translation: “Receipt of this Caregivers and Consent document by the hospital serves as notice that I will report to the Medical Board any physician who violates my carefully planned and intentional wishes that are based upon my deeply held religious and spiritual beliefs and are delineated within this Caregivers and Consent document.”]

**MIS DESEOS QUE SE BASAN EN MIS PROFUNDAS CREENCIAS RELIGIOSAS Y ESPIRITUALES INCLUYEN:** [English Translation: “**MY CAREFULLY PLANNED AND INTENTIONAL WISHES THAT ARE BASED UPON MY DEEPLY HELD RELIGIOUS AND SPIRITUAL BELIEFS INCLUDE:**”]

\_\_\_\_\_ **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. [English Translation: “**\_\_\_ I DO NOT CONSENT TO THE USE OF MEDICATIONS WITHOUT MY BEING INFORMED OF EACH MEDICATION’S RISKS, BENEFITS, AND ALTERNATIVES BEFORE THEY ARE ORDERED.** Only after that information is communicated shall I choose to either grant consent or to not grant consent for each and every medication that is ordered.”]

\_\_\_\_\_ **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para recibir ninguna vacuna anti COVID o refuerzo, ni ninguna variante del COVID-19. [English Translation: “**\_\_\_ I DO NOT CONSENT** to receiving any vaccine or booster for COVID19 or COVID19 variant.”]

\_\_\_\_\_ **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para recibir la vacuna contra la gripe estacional. [English Translation: “**\_\_\_ I DO NOT CONSENT** to receiving the seasonal Flu vaccine.”]

\_\_\_\_\_ **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para recibir la vacuna de neumonía neumocócica. [English Translation: “**\_\_\_ I DO NOT CONSENT** to receiving the Pneumococcal vaccine.”]

\_\_\_\_\_ **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para recibir **NINGUNA** vacuna para **NINGÚN** fin o enfermedad. [English Translation: “**\_\_\_ I DO NOT CONSENT** to receiving **ANY** vaccination for **ANY** purpose or disease.”]

\_\_\_\_\_ **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.

## Caregivers and Consent

[English Translation: “\_\_\_ **I DO NOT CONSENT** to the use of Remdesivir or its generic called Veklury or any drug related to Remdesivir or Veklury under any circumstances.”]

\_\_\_ **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para utilizar Baricitinib, o su marca Olumiant, contra el COVID-19 o variante del COVID-19. [English Translation: “\_\_\_ **I DO NOT CONSENT** to the use of Baricitinib, or its brand name Olumiant, for COVID19 or COVID19 variant.”]

\_\_\_ **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. [English Translation: “\_\_\_ **I REQUEST AND CONSENT** to the use of 1mg of Budesonide via nebulizer every 4 to 6 hours for COVID19 or COVID19 variant diagnosis with respiratory issues.”]

\_\_\_ **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. [English Translation: “\_\_\_ **I DO NOT CONSENT** to a ventilator in the case of a COVID19 or COVID19 variant diagnosis **WITHOUT** consultation with myself regarding the risks, benefits, and alternatives **PRIOR** to the implementation of the ventilator. Only **AFTER** that information is communicated to me shall I choose to either grant consent or to not grant consent for the ventilator in the case of a COVID19 or COVID19 variant diagnosis.”]

\_\_\_ **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.* [English Translation: “\_\_\_ **I DO NOT CONSENT** to medications related to any COVID19 protocol or COVID19 variant protocol without my first conducting an independent evaluation regarding side effects or risks associated with the COVID19 protocol or COVID19 variant protocol medications. Only I shall approve COVID19 protocol medications or COVID19 variant protocol medications. *Under no circumstances should any COVID19 protocol medication or COVID19 variant protocol medication, or COVID19 treatment plan medication or COVID19 variant treatment plan medication, be given without my specific approval for each and every medication.*”]

\_\_\_ **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. [English Translation: “\_\_\_ **I REQUEST AND CONSENT** to the implementation of alternative treatments for COVID19 and COVID19 variants (like those offered as alternative protocols such as Ivermectin and Hydroxychloroquine). If the facility does not allow for the use of any alternative medical treatments for COVID19 or COVID19 variant, **I REQUEST AND CONSENT** that I be discharged to another facility.”]

**Caregivers and Consent**

\_\_\_\_ **SOLICITO Y DOY MI CONSENTIMIENTO** de utilizar todas las medidas para salvar mi vida, como la reanimación cardiopulmonar y todas las demás medidas de reanimación. 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. [English Translation: “ \_\_\_\_ **I REQUEST AND CONSENT** to the use of all life-saving measures, such as cardiopulmonary resuscitation and all other resuscitation measures. If I consent to my discharge to hospice level of care, I **REQUEST AND CONSENT** that I be provided oxygen, nutrition, hydration, medication, and any other equipment necessary for comfort.”]

\_\_\_\_ **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para recibir **NINGUNA** transfusión de sangre que contengan productos sanguíneos derivados de donantes que recibieron cualquiera de las vacunas antiCOVID. [English Translation: “ \_\_\_\_ **I DO NOT CONSENT** to receiving **ANY** blood transfusions that contain blood products derived from COVID19 vaccinated donors or COVID19 variant vaccinated donors.”]

\_\_\_\_ **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. [English Translation: “ \_\_\_\_ **I DO NOT CONSENT** to receiving **ANY** processed food, such as high-fructose corn syrup or seed oils. The only acceptable oil for me is butter, ghee, beef tallow, or coconut oil. Acceptable forms of protein are eggs, lamb, bison, beef, or non-farmed seafood; but they must not be prepared with seed oils. If the hospital is unable to provide this food for me, my family or friends will bring it for me.”]

\_\_\_\_ **TAMPOCO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA:** [English Translation: “ \_\_\_\_ **I ALSO DO NOT CONSENT TO THE FOLLOWING:**”]

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Caregivers and Consent**

Todos dos los puntos de este documento permanecerán vigentes a menos que decida revocarlos por escrito; nadie más puede modificar o cambiar este documento. [English Translation: “All the items in this Caregivers and Consent document shall remain in effect unless I choose to revoke in writing; no one else may alter or amend this Caregivers and Consent document.”]

\_\_\_\_\_  
Firma/Signature

\_\_\_\_\_  
Iniciales/Initials

\_\_\_\_\_  
Fecha/Date

---

**NOTARIZED ACKNOWLEDGEMENT**

State of: \_\_\_\_\_

County of: \_\_\_\_\_

PERSONALLY came and appeared before me, the undersigned Notary, within the

named \_\_\_\_\_, who is a resident of \_\_\_\_\_ County, State of

\_\_\_\_\_.