

**\*\* POR FAVOR, TRÁIGALO CONSIGO A SU CITA PROGRAMADA \*\***  
**\*\* PLEASE BRING WITH YOU TO YOUR SCHEDULED APPOINTMENT \*\***

**NO ES UNA REVOCATORIA DE INSTRUCCIONES ANTICIPADAS O DE CARTAS PODER MÉDICAS**

Según la ley de California, todos los pacientes tienen el derecho de participar en sus propias decisiones sobre cuidados de la salud y dictar instrucciones anticipadas o firmar cartas poder que autoricen a otros tomar decisiones en su nombre, en base a los deseos expresados por el paciente cuando éste es incapaz de tomar o comunicar sus decisiones. El Centro Quirúrgico Saxon (SAX, por sus siglas en inglés) respeta y defiende tales derechos.

**NOT A REVOCATION OF ADVANCE DIRECTIVES OR MEDICAL POWERS OF ATTORNEY**

Under California law, all patients have the right to participate in their own health care decisions and to make advance directives or to execute powers of attorney that authorize others to make decisions on their behalf based on the patient's expressed wishes when the patient is unable to make decisions or unable to communicate decisions. Saxon Surgery Center (SAX) respects and upholds those rights.

**La mayoría de procedimientos/cirugías que se llevan a cabo en el SAX se consideran de riesgo mínimo.**

**Pacientes de Cirugía:**

Por supuesto, ninguna cirugía está libre de riesgo. Usted y su médico habrán discutido los detalles específicos y los riesgos asociados a su cirugía, la recuperación esperada y los cuidados que tendrá después de su cirugía.

**Pacientes de Dolor:**

Los procedimientos de inyecciones generalmente se consideran de bajo riesgo. Sin embargo, pueden presentarse algunas complicaciones, aunque otras más serias (lesión permanente del nervio, discapacidad o muerte) son extremadamente raras. Algunas complicaciones que sean resultado de inyecciones, incluyen: sangrado en el lugar de la inyección, aumento del dolor, adormecimiento o debilidad en brazos o piernas, disfunción de los intestinos o la vejiga, dolor de cabeza, mareos, bochornos, dificultades al dormir, infección o meningitis espinal, y reacciones alérgicas a los medicamentos. Tendrá la oportunidad de hacer preguntas en relación al procedimiento y a las posibles complicaciones antes del procedimiento.

**The majority of procedures/surgeries performed at SAX are considered to be of minimal risk.**

**Surgery Patients:**

Of course, no surgery is without risk. You and your physician will have discussed the specifics of your surgery and the risks associated with your surgery, the expected recovery and the care after your surgery.

**Pain Patients:**

Injection procedures are generally considered to be low risk. However, complications can occur although serious complications (permanent nerve injury, disability or death) are extremely rare. Some complications which result from injection procedures include the following: bleeding from the injection site, increased pain, temporary numbness or weakness of an arm or leg, bowel or bladder dysfunction, headache, dizziness, hot flashes, difficulty sleeping, difficulty breathing, infection or spinal meningitis and allergic reactions to medications. You will have the opportunity to ask questions regarding the procedure and possible complications prior to the procedure.

Es política del SAX, independientemente del contenido de cualquier instrucción anticipada o de instrucciones de un sustituto o apoderado de cuidados de la salud, que si ocurriera un caso adverso durante su tratamiento en el SAX, el personal del SAX tomará medidas de resucitación u otras medidas estabilizadoras y lo transferirá a un hospital de cuidados agudos para una mayor evaluación. En el hospital de cuidados agudos, se ordenará ya sea continuar con el tratamiento o la detención del tratamiento ya iniciado de acuerdo a sus deseos, instrucciones anticipadas o carta poder de cuidados de la salud. Su conformidad con esta política mediante su firma a continuación no revocaría o invalidaría ninguna instrucción actual de cuidados de la salud o carta poder de cuidados de la salud.

**PROPERTY OF MEDBRIDGE.  
USED BY PERMISSION ONLY.**

430 E Avenida de Los Arboles • Suite #101  
Thousand Oaks, CA 91360 • 805.241.0151

**SAXON**  
SURGERY CENTER

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

Case No. \_\_\_\_\_

It is the policy of SAX, regardless of the contents of any advance directive or instructions from a health care surrogate or attorney in fact, that if an adverse event occurs during your treatment at SAX, the personnel at SAX will initiate resuscitative or other stabilizing measures and transfer you to an acute care hospital for further evaluation. At the acute care hospital further treatment or withdrawal of treatment measures already begun will be ordered in accordance with your wishes, advance directive, or health care power of attorney. Your agreement with this policy by your signature below does not revoke or invalidate any current health care directive or health care power of attorney.

Si usted NO está conforme con esta política, el SAX con gusto le ayudará a reprogramar el procedimiento.

If you do NOT agree to this policy, SAX will be pleased to assist you to reschedule the procedure.

Por favor, haga una marca en la casilla adecuada para contestar esta pregunta. ¿Ha dictado instrucciones anticipadas de cuidados de la salud, un testamento en vida o una carta poder que autorice a alguien para que tome decisiones sobre cuidados de la salud por usted?

- Sí, he dejado Instrucciones Anticipadas, un Testamento en Vida o una Carta Poder de Cuidados de la Salud.
- No, no he dejado Instrucciones Anticipadas, un Testamento en Vida o una Carta Poder de Cuidados de la Salud.
- Me gustaría tener mayor información sobre Instrucciones Anticipadas.

Please check the appropriate box in answer to this question: Have you executed an advance health care directive, a living will, or power of attorney that authorizes someone to make health care decisions for you?

- Yes, I have an Advance Directive, Living Will or Health Care Power of Attorney.
- No, I do not have an Advance Directive, Living Will or Health Care Power of Attorney.
- I would like to have more information on Advance Directives.

**Al firmar este documento, declaro que he leído y comprendido su contenido y me someto a la política descrita. Si he solicitado información sobre Instrucciones Anticipadas, declaro haber recibido dicha información.**

**By signing this document, I acknowledge that I have read and understand its contents and agree to the policy as described. If I have asked for information on Advance Directives, I acknowledge receipt of that information.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (en imprenta) / Patient Name (print)

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

**Si el consentimiento lo ha firmado otra persona que no sea el Paciente:**

**If consent signed by other than the Patient:**

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

\_\_\_\_\_  
Nombre (en imprenta) / Name (print)

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

**Relación:**     Tutor (designado por la corte)                       Apoderado                       Sustituto de Cuidados de la Salud

**Relationship:**     Parent                       Guardian (court appointed)                       Attorney-in-fact                       Healthcare Surrogate

**PROPERTY OF MEDBRIDGE.  
USED BY PERMISSION ONLY.**

430 E Avenida de Los Arboles • Suite #101  
Thousand Oaks, CA 91360 • 805.241.0151

**SAXON**  
SURGERY CENTER

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

Case No. \_\_\_\_\_