

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar

## DOCUMENTO DE REGISTRO DE VOLUNTADES Y PREFERENCIAS DEL USUARIO

¿Qué tipo de información desea recibir sobre su estado de salud?

- 1.- Completa, veraz, ajustada.
- 2.- Sólo de los procedimientos que me van a realizar,  
sin profundizar en diagnósticos y pronóstico
- 3.- No deseo recibir información alguna

¿Qué tipo de información desea que reciban sus familiares y allegados autorizados?

- 1.- La misma que reciba Ud.
- 2.- Más profunda que la recibida por Ud.
- 3.- Menos profunda y mas “suavizada” que la recibida por Ud.

¿Es suficiente la información previa recibida antes del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico?

- 1.- Si
- 2.- No, requiero más información

¿Desea no recibir algún tipo de alimento o producto sanitario durante su tratamiento?

1.- No

2.- Si (Especificar cuáles).....

¿Desea recibir información por correo electrónico

(Informes, Citaciones)?

1.- Si Notifique su dirección de correo electrónico de destino.....

2.- No

¿Desea recibir información por SMS (Citas de consultas o pruebas)?

1.- Si Notifique su número de teléfono.....

2.- No

¿Está Ud. recibiendo un tratamiento farmacológico previo a su ingreso hospitalario?

1.- Si (Escriba, por favor, los nombres de los medicamentos, la dosis y la periodicidad de administración en la HOJA DE CONCILIACIÓN DE TRATAMIENTO HABITUAL, que se encuentra a continuación de este documento)

2.- No

¿Conoce Ud. el derecho de segunda opinión médica?

1.- Si

2.- No (informar si procede)

¿Conoce Ud. su derecho de libre elección de centro y/o médico?

1.- Si

2.- No (Informar)

¿Qué tipo de información desea recibir sobre su estado de salud?

- 1.- Completa, veraz, ajustada.
- 2.- Sólo de los procedimientos que me van a realizar, sin profundizar en diagnósticos y pronóstico
- 3.- No deseo recibir información alguna

¿Qué tipo de información desea que reciban sus familiares y allegados autorizados?

- 1.- La misma que reciba Ud.
- 2.- Más profunda que la recibida por Ud.
- 3.- Menos profunda y más “suavizada” que la recibida por Ud.

¿Es suficiente la información previa recibida antes del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico?

- 1.- Si
- 2.- No, requiero más información

¿Desea no recibir algún tipo de alimento o producto sanitario durante su tratamiento?

- 1.- No
- 2.- Si (Especificar cuáles)

.....

.....

¿Vive usted con algún familiar capaz de prestarle ayuda cuando regrese a su domicilio?

- 1.- Sí

2.- No

¿Desea recibir información por correo electrónico

(Informes, Citaciones)?

1.- Si Notifique su dirección de correo electrónico de destino.....

2.- No

¿Desea recibir información por SMS (Citas de consultas o pruebas)?

1.- Si Notifique su número de teléfono.....

2.- No

¿Está Ud. recibiendo un tratamiento farmacológico previo a su ingreso hospitalario?

1.- Si (Escriba, por favor, los nombres de los medicamentos, la dosis y la periodicidad de administración en la HOJA DE CONCILIACIÓN DE TRATAMIENTO HABITUAL, que se encuentra a continuación de este documento)

2.- No

¿Conoce Ud. el derecho de segunda opinión médica?

1.- Si

2.- No (informar si procede)

¿Conoce Ud. su derecho de libre elección de centro y/o médico?

1.- Si

2.- No (Informar)

## HOJA DE CONCILIACIÓN DE TRATAMIENTO HABITUAL

### **Su medicación es importante**

Durante su ingreso hospitalario es importante mantener su tratamiento habitual. Necesitamos conocer qué tratamiento está tomando de forma precisa.

### **Detalle toda la medicación que toma**

Escriba en la hoja que le entregamos toda la medicación que toma, tanto medicamentos como hierbas medicinales. Si no puede rellenarla solo, pida ayuda a algún familiar, su farmacia habitual o su médico del centro de salud.

### **Traiga este documento cada vez que acuda al centro**

Hasta el ingreso que tiene programado, traiga consigo este documento cada vez que acuda al centro, especialmente cuando acuda a la consulta del anestesista y el mismo día del ingreso. Salvo que el médico le indique lo contrario no traiga ninguna medicación al centro.

### **Una vez ingresado, el hospital se encargará de su medicación**

Una vez ingresado no tome medicación por su cuenta. La enfermera le dará la medicación que el médico le haya prescrito. Algunos medicamentos pueden cambiar durante su estancia; otros puede que se suspendan temporalmente.

### **Hable, pregunte cuanto crea conveniente**

Infórmese sobre la medicación que toma y cómo debe tomarla, especialmente antes del alta. Pregunte a su enfermera, al médico o farmacéutico cualquier duda.

### **Antes del alta, asegúrese de que conoce la medicación que debe seguir tomando**

Asegúrese de que conoce qué medicamentos debe seguir tomando y cuáles no. Algunos medicamentos necesitan condiciones especiales de dispensación como visado o son de uso hospitalario. Asegúrese de saber cómo tomar la medicación y como conseguirla; pregunte cualquier duda.