



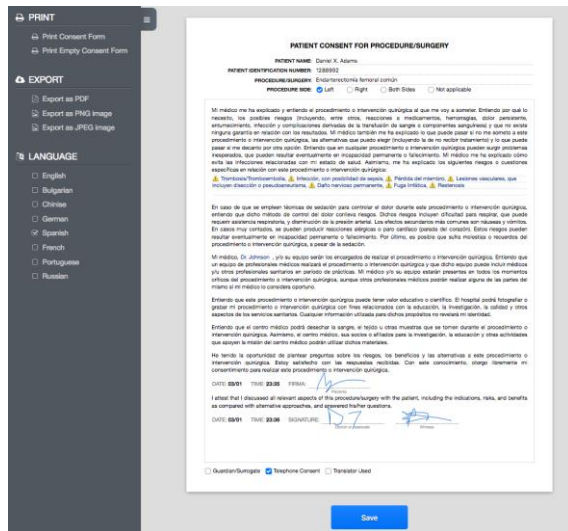
# Empowering Healthcare Delivery and Management With Advanced Tools

*Leverage the promise of SMART on FHIR apps, APIs and solutions.*

March 2017

# Surgical/ Procedural Consent

Reduces medical malpractice liability by ensuring that procedural consents meet the national standard of care



## Features

- Automatically inserts consensus-based risks of all major surgical/medical procedures
- Consents are customizable to health system or site-specific needs
- Consents are clearly written and automatically translatable into 6+ languages
- Satisfies MACRA Clinical Practice Improvement Activity needed for payment bonuses

## Benefits

- Improved patient care and reduced risk
- automated record management and data delivery

procedure/surgery are explained to me.

⚠️ Thrombosis/Thromboembolism, ⚠️ Infection, with potential sepsis, ⚠️ Loss of limb, ⚠️ Vascular injury, including dissection or pseudoaneurysm, ⚠️ Permanent nerve damage, ⚠️ Lymphatic leak, ⚠️ Restenosis

If procedural sedation will be used during this procedure/surgery to control my pain, I understand that this method of pain control has risks. The risks include difficulty breathing that may require breathing support and decreased blood pressure. The most common side effects are nausea and vomiting. In rare cases, there can be allergic

My doctor  
of medical  
other health  
parts of  
proced

I understand  
videotaped  
purpose

I understand  
of by the  
research

I have  
happy

DATE: 03/01

I attest that I discussed all relevant aspects of this procedure/surgery with the patient, including the indications, risks, and benefits as compared with alternative approaches, and answered his/her questions.

DATE: 03/01 TIME: 23:31 SIGNATURE:

Doctor of Associate

**The doctor's signature is required**

Guardian/Surrogate  Telephone Consent  Translator Used

Place your signature below



Close

Clear

Apply

## EXPORT

Export as PDF

Export as PNG image

Export as JPEG image

## LANGUAGE

- English
- Bulgarian
- Chinese
- German
- Spanish
- French
- Portuguese
- Russian

## PATIENT CONSENT FOR PROCEDURE/SURGERY

PATIENT NAME: Daniel X. Adams

PATIENT IDENTIFICATION NUMBER: 1288992

PROCEDURE/SURGERY: Endarterectomía femoral común

PROCEDURE SIDE:  Left  Right  Both Sides  Not applicable

Mi médico me ha explicado y entiendo el procedimiento o intervención quirúrgica al que me voy a someter. Entiendo por qué lo necesito, los posibles riesgos (incluyendo, entre otros, reacciones a medicamentos, hemorragias, dolor persistente, entumecimiento, infección y complicaciones derivadas de la transfusión de sangre o componentes sanguíneos) y que no existe ninguna garantía en relación con los resultados. Mi médico también me ha explicado lo que puede pasar si no me someto a este procedimiento o intervención quirúrgica, las alternativas que puedo elegir (incluyendo la de no recibir tratamiento) y lo que puede pasar si me decanto por otra opción. Entiendo que en cualquier procedimiento o intervención quirúrgica pueden surgir problemas inesperados, que pueden resultar eventualmente en incapacidad permanente o fallecimiento. Mi médico me ha explicado cómo evita las infecciones relacionadas con mi estado de salud. Asimismo, me ha explicado los siguientes riesgos o cuestiones específicas en relación con este procedimiento o intervención quirúrgica:

⚠️ Trombosis/Tromboembolia, ⚠️ Infección, con posibilidad de sepsis, ⚠️ Pérdida del miembro, ⚠️ Lesiones vasculares, que incluyen disección o pseudoaneurisma, ⚠️ Daño nervioso permanente, ⚠️ Fuga linfática, ⚠️ Restenosis

En caso de que se empleen técnicas de sedación para controlar el dolor durante este procedimiento o intervención quirúrgica, entiendo que dicho método de control del dolor conlleva riesgos. Dichos riesgos incluyen dificultad para respirar, que puede requerir asistencia respiratoria, y disminución de la presión arterial. Los efectos secundarios más comunes son náuseas y vómitos. En casos muy contados, se pueden producir reacciones alérgicas o paro cardíaco (parada del corazón). Estos riesgos pueden resultar eventualmente en incapacidad permanente o fallecimiento. Por último, es posible que sufra molestias o recuerdos del procedimiento o intervención quirúrgica, a pesar de la sedación.

Mi médico, Dr. Johnson, y/o su equipo serán los encargados de realizar el procedimiento o intervención quirúrgica. Entiendo que un equipo de profesionales médicos realizará el procedimiento o intervención quirúrgica y que dicho equipo puede incluir médicos y/u otros profesionales sanitarios en período de prácticas. Mi médico y/o su equipo estarán presentes en todos los momentos críticos del procedimiento o intervención quirúrgica, aunque otros profesionales médicos podrán realizar alguna de las partes del mismo si mi médico lo considera oportuno.

Entiendo que este procedimiento o intervención quirúrgica puede tener valor educativo o científico. El hospital podrá fotografiar o grabar mi procedimiento o intervención quirúrgica con fines relacionados con la educación, la investigación, la calidad y otros aspectos de los servicios sanitarios. Cualquier información utilizada para dichos propósitos no revelará mi identidad.

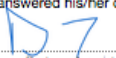
Entiendo que el centro médico podrá desechar la sangre, el tejido u otras muestras que se tomen durante el procedimiento o intervención quirúrgica. Asimismo, el centro médico, sus socios o afiliados para la investigación, la educación y otras actividades que apoyen la misión del centro médico podrán utilizar dichos materiales.

He tenido la oportunidad de plantear preguntas sobre los riesgos, los beneficios y las alternativas a este procedimiento o intervención quirúrgica. Estoy satisfecho con las respuestas recibidas. Con este conocimiento, otorgo libremente mi consentimiento para realizar este procedimiento o intervención quirúrgica.

DATE: 03/01 TIME: 23:35 FIRMA: 

Paciente

I attest that I discussed all relevant aspects of this procedure/surgery with the patient, including the indications, risks, and benefits as compared with alternative approaches, and answered his/her questions.

DATE: 03/01 TIME: 23:36 SIGNATURE: 

Doctor or Associate



Witness

Guardian/Surrogate  Telephone Consent  Translator Used

Save

consent.pdf

Open Create [Icons] Customize

1 / 1 [Icons] 67.4% [Icons] Tools Fill & Sign Comment

### PATIENT CONSENT FOR PROCEDURE/SURGERY

**PATIENT NAME:** Daniel X. Adams

**PATIENT IDENTIFICATION NUMBER:** 1288992

**PROCEDURE/SURGERY:** Endarterectomía femoral común

**PROCEDURE SIDE:**  Left  Right  Both Sides  Not applicable

Mi médico me ha explicado y entiendo el procedimiento o intervención quirúrgica al que me voy a someter. Entiendo por qué lo necesito, los posibles riesgos (incluyendo, entre otros, reacciones a medicamentos, hemorragias, dolor persistente, entumecimiento, infección y complicaciones derivadas de la transfusión de sangre o componentes sanguíneos) y que no existe ninguna garantía en relación con los resultados. Mi médico también me ha explicado lo que puede pasar si no me someto a este procedimiento o intervención quirúrgica, las alternativas que puedo elegir (incluyendo la de no recibir tratamiento) y lo que puede pasar si me decanto por otra opción. Entiendo que en cualquier procedimiento o intervención quirúrgica pueden surgir problemas inesperados, que pueden resultar eventualmente en incapacidad permanente o fallecimiento. Mi médico me ha explicado cómo evita las infecciones relacionadas con mi estado de salud. Asimismo, me ha explicado los siguientes riesgos o cuestiones específicas en relación con este procedimiento o intervención quirúrgica:

Δ Trombosis/Tromboembolia, Δ Infección, con posibilidad de sepsis, Δ Pérdida del miembro, Δ Lesiones vasculares, que incluyen disección o pseudoaneurisma, Δ Daño nervioso permanente, Δ Fuga linfática, Δ Restenosis


En caso de que se empleen técnicas de sedación para controlar el dolor durante este procedimiento o intervención quirúrgica, entiendo que dicho método de control del dolor conlleva riesgos. Dichos riesgos incluyen dificultad para respirar, que puede requerir asistencia respiratoria, y disminución de la presión arterial. Los efectos secundarios más comunes son náuseas y vómitos. En casos muy contados, se pueden producir reacciones alérgicas o paro cardíaco (parada del corazón). Estos riesgos pueden resultar eventualmente en incapacidad permanente o fallecimiento. Por último, es posible que sufra molestias o recuerdos del procedimiento o intervención quirúrgica, a pesar de la sedación.

Mi médico, Dr. Johnson, y/o su equipo serán los encargados de realizar el procedimiento o intervención quirúrgica. Entiendo que un equipo de profesionales médicos realizará el procedimiento o intervención quirúrgica y que dicho equipo puede incluir médicos y/u otros profesionales sanitarios en período de prácticas. Mi médico y/o su equipo estarán presentes en todos los momentos críticos del procedimiento o intervención quirúrgica, aunque otros profesionales médicos podrán realizar alguna de las partes del mismo si mi médico lo considera oportuno.

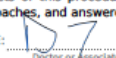
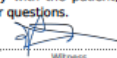
Entiendo que este procedimiento o intervención quirúrgica puede tener valor educativo o científico. El hospital podrá fotografiar o grabar mi procedimiento o intervención quirúrgica con fines relacionados con la educación, la investigación, la calidad y otros aspectos de los servicios sanitarios. Cualquier información utilizada para dichos propósitos no revelará mi identidad.

Entiendo que el centro médico podrá desechar la sangre, el tejido u otras muestras que se tomen durante el procedimiento o intervención quirúrgica. Asimismo, el centro médico, sus socios o afiliados para la investigación, la educación y otras actividades que apoyen la misión del centro médico podrán utilizar dichos materiales.

He tenido la oportunidad de plantear preguntas sobre los riesgos, los beneficios y las alternativas a este procedimiento o intervención quirúrgica. Estoy satisfecho con las respuestas recibidas. Con este conocimiento, otorgo libremente mi consentimiento para realizar este procedimiento o intervención quirúrgica.

DATE: 03/01 TIME: 23:35 FIRMA: 

I attest that I discussed all relevant aspects of this procedure/surgery with the patient, including the indications, risks, and benefits as compared with alternative approaches, and answered his/her questions.

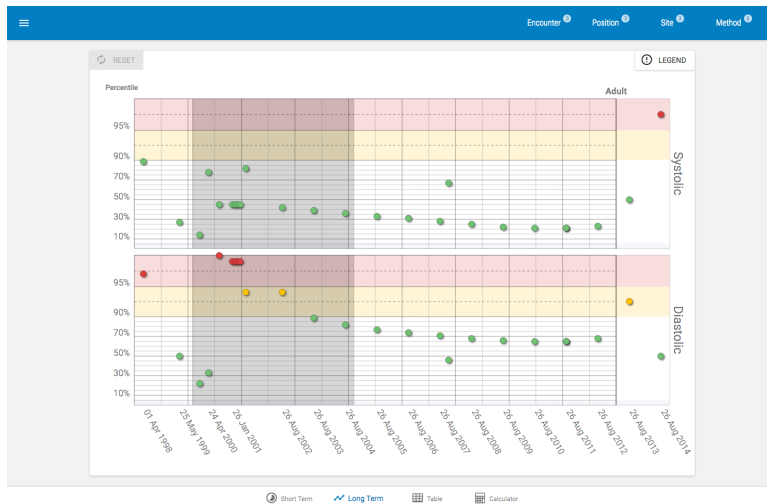
DATE: 03/01 TIME: 23:36 SIGNATURE:  

Doctor or Associate      Witness

Guardian/Surrogate  Telephone Consent  Translator Used

# Pediatric Blood Pressure Application

Automatically calculates blood pressure percentiles normalized by age, sex, and height



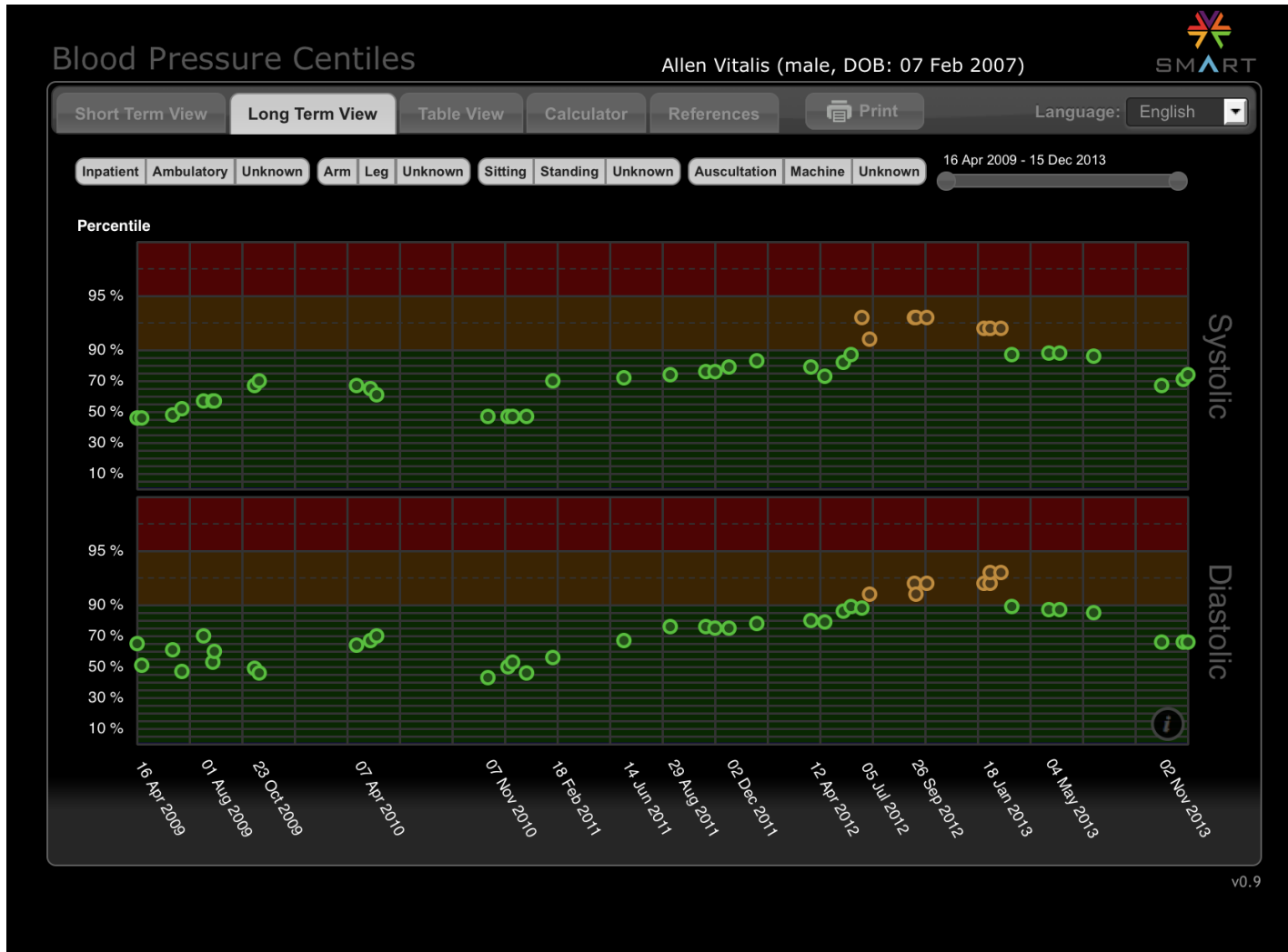
## Benefits

- data-based clinical decision support
- Improved patient care and reduced risk
- Streamlined decision-making
- Automated record management and data delivery

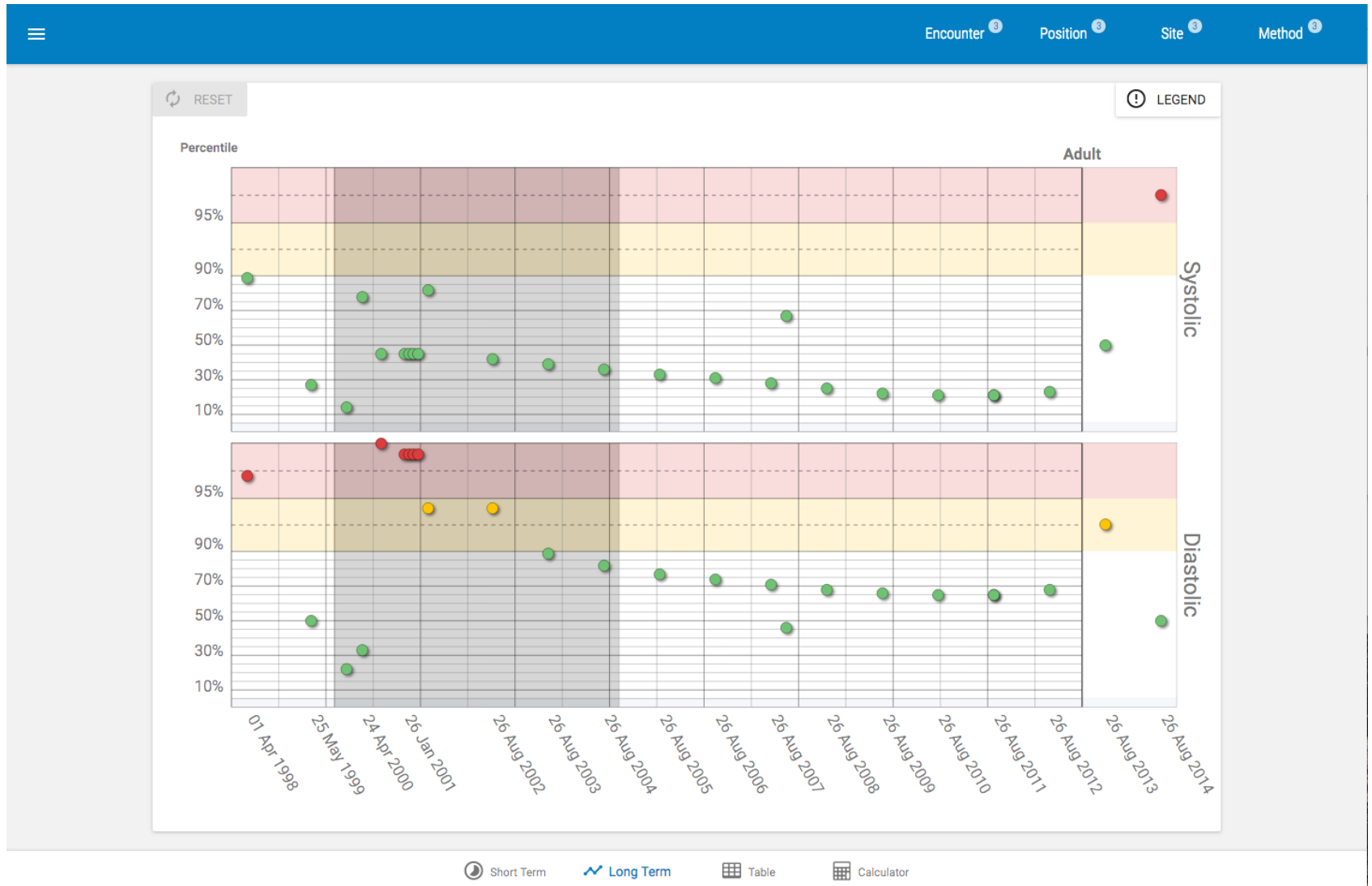
## Features

- Addresses a key clinical priority as 75 percent of cases of pediatric hypertension and 90 percent of cases of prehypertension in children aged 3 to 18 go undetected
- Seamlessly integrates into the EMR eliminating need for time-consuming calculations and references to paper-based nomograms
- Provides graphical history of the child's blood pressure percentile, enabling both screening and longitudinal care
- Patient-facing module improves patient engagement by demonstrating longitudinal improvement with treatment
- Supports seamless integration of adult BP data in the charts

# Version 1.0



# Version 2.0







Sample Patient

gender: Female | dob: 27 Mar 1994 | Height: 182cm



Encounter <sup>3</sup>

Position <sup>3</sup>

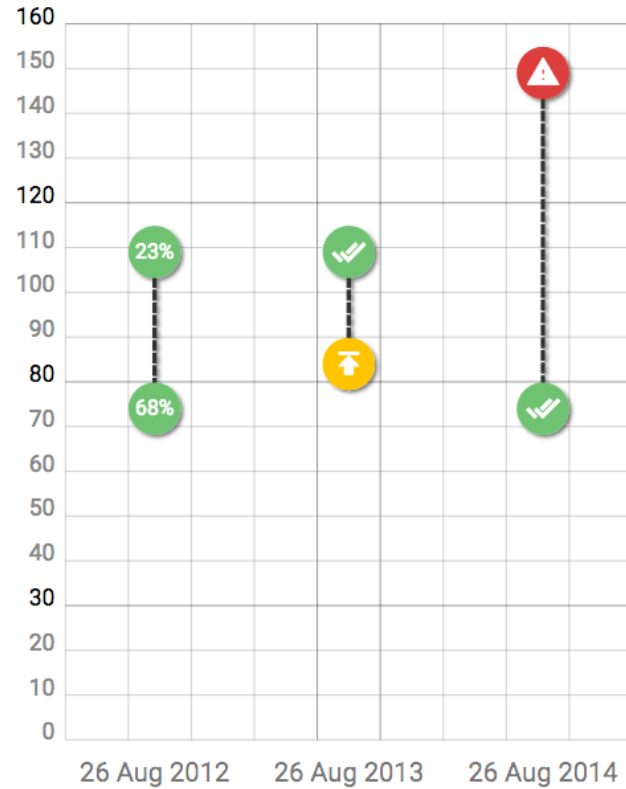
Site <sup>3</sup>

Method <sup>3</sup>

HELP

LEGEND

mmHg



Short Term

Long Term

Table

Calculator

# Why Partner with MedAppTech?

Engage the experts in advanced FHIR and SMART healthcare app technology to drive value within your healthcare system or practice, improve patient outcomes and make everyone's job easier.

- **Expertise**

- Deep technology as well as clinical and provider system administration expertise
- Thorough understanding of Open APIs and EMR data sets as well as FHIR and SMART technologies to harness the power of data for targeting
- Keen understanding of clinical settings and healthcare provider environments

- **Successes**

- Numerous API and custom development projects at premier institutions
  - in addition to our existing portfolio of apps

- **Pedigree**

- We've been on FHIR since the start of it
- MedAppTech has been at the forefront of the new standards development since 2010