

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS

Consent in Spanish for Surgical and Medical Procedures

Nombre del Paciente _____

Por medio de la presente autorizo al Dr. _____ a realizar la siguiente operación/procedimiento.

(Por favor escriba en letra de molde o con máquina de escribir): _____

Operación/Procedimiento

Mi médico me ha explicado la naturaleza y el propósito de la operación o procedimiento identificado anteriormente y me ha informado sobre las posibles complicaciones, riesgos, y posibles beneficios. También hemos hablado sobre las posibles alternativas al procedimiento o tratamiento propuesto, incluyendo la de no hacer absolutamente nada. Entiendo que durante el curso de la operación o del procedimiento pudieran presentarse circunstancias inesperadas que requieran de procedimientos diferentes o adicionales a los ya contemplados. Doy mi consentimiento para cualquier procedimiento adicional conforme mi médico o sus asociados estimen necesario o aconsejable y otorgo mi consentimiento para ser tratado en cuanto a todas las situaciones mencionadas anteriormente.

Doy mi consentimiento para la toma de fotografías o transmisión televisiva de la operación o los procedimientos, incluyendo partes de mi cuerpo (del paciente) con propósitos médicos o educativos, siempre y cuando mi identidad (del paciente) no sea revelada por las imágenes o por el texto descriptivo. Otorgo también mi consentimiento para la presencia de observadores en la sala del procedimiento con el propósito de contribuir a la educación médica, proporcionar asesoría técnica o de apoyar la tecnología médica. Entiendo también que en ocasiones, pueden encontrarse presentes representantes de la compañía de suministros médicos para observar o para proveer asesoría técnica. Entiendo que pueden participar en la operación/procedimiento algunos médicos residentes u otros practicantes recibidos que no sean médicos, bajo la supervisión de mi médico.

Entiendo que los órganos o tejidos extirpados quirúrgicamente pueden ser examinados y conservados por el hospital con propósitos médicos, científicos o educativos, y que tales muestras pueden ser eliminadas conforme a la práctica acostumbrada o según lo requiera la ley.

Estoy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no constituyen una ciencia exacta y acepto que no existe ninguna garantía con respecto a los resultados de ésta o de cualquier otra operación o procedimiento.

Entiendo que durante la operación o procedimiento y durante el período inmediato de recuperación, se realizarán todos los esfuerzos posibles de reanimación para mantenerme con vida si esto resultase necesario, aun cuando mis Instrucciones Anticipadas incluyan que no debo ser reanimado.

Transfusión de Sangre o Componentes Sanguíneos

Para los procedimientos en los cuales exista la posibilidad de una pérdida de sangre lo suficientemente importante para requerir de una transfusión durante mi operación/procedimiento y/o en el periodo posoperatorio inmediato, mi médico me ha informado sobre el riesgo y los beneficios de recibir transfusiones/componentes sanguíneos. Me han sido explicados los riesgos y beneficios de recibir transfusiones/derivados sanguíneos y entiendo que estos riesgos existen a pesar del hecho de que la sangre haya sido examinada. También me han sido explicadas las alternativas a la transfusión, incluyendo los riesgos de no recibir transfusión alguna.

He leído este formato y lo entiendo en su totalidad. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido contestadas a mi entera satisfacción.

Firma del Paciente (Paciente o Representante Legal)

Escriba su nombre en letras de molde

Relación legal si no es el paciente

Testigo: Firma

Escriba el Nombre del Testigo en letras de molde:

Fecha

Physician's statement

I hereby certify that the nature purpose, benefits, risks of and alternatives to the proposed procedure/operation/transfusion have been explained and that the patient has had the opportunity to ask any questions and these were answered to the patient's satisfaction. I am satisfied that the patient or the patient's representative understands what has been explained and an informed consent has been provided.

Physician Signature

Date

VEA LA PÁGINA 2 PARA: Autorización de Emergencia, Consentimiento Telefónico