

CONSENTIMIENTO PARA EFECTUAR CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO ESPECIAL

Para: _____ (nombre del paciente)

1. Sus doctores y cirujanos han recomendado la siguiente operación o procedimiento:

Una vez recibida su autorización y consentimiento, se le efectuará dicha operación o procedimiento, así comó cualquier otro procedimiento diferente o adicional que el doctor o cirujano encargado considere necesario debido a cualquiera emergencia. Las operaciones o procedimientos serán efectuados por el doctor o cirujano encargado que se nombra mas abajo (o en caso que este doctor no pueda efectuar o completar el procedimiento, un doctor o cirujano encargado sustituto calificado) junto a otros asociados y asistentes, entre ellos anesthesiólgos, patólogos, radiólogos del cuerpo médico del Hospital Palm Drive a quiénes el doctor o cirujano encargado podrá asignar responsabilidades designadas. El hospital mantiene personal e instalaciones para ayudar a sus doctores y cirujanos en el desempeño de las diferentes operaciones quirúrgicas y otros procedimientos terapéuticos o diagnósticos especiales. No obstante, las personas que asisten con el fin de prestar servicios médicos especializados, tales como anestesia, radiología o patología, no son empleados ni agentes del hospital, ni de su doctor o cirujano encargado. Ellos son profesionales médicos independientes.

2. Usted tiene el derecho a ser informado respecto al nombre de cada doctor o médico realizando tareas quirúrgicas significativas durante su operación. Los siguientes doctores o médicos están supuesto a realizar las siguientes tareas quirúrgicas significativas:

Su cirujano es el/la Dr/a _____ Tarea: _____

Su médico asistente el/la Dr/a. _____ Tarea: _____

Estos médicos no son empleados o agentes de este hospital. Ellos son profesionales médicos independientes.

3. Estas operaciones y procedimientos conllevan el riesgo de resultados fallidos, complicaciones, lesiones o incluso la muerte, por causas tanto conocidas como imprevistas, y no se otorga ninguna garantía respecto al resultado o la curación. Usted tiene derecho de que se le informe acerca de estos riesgos, igual que la naturaleza de la operación o procedimiento, los beneficios o efectos esperados de dicha operación o procedimiento, y los métodos alternos disponibles de tratamiento así como sus riesgos y beneficios. Usted también tiene el derecho de ser informado si su médico tiene cualquier interés en investigaciones médicas independientes o intereses económicos relacionados con la realización de la operación o procedimiento. A excepción de casos de emergencia, las operaciones o procedimientos no se relizarán hasta que usted haya tenido la oportunidad de recibir esta información y haya dado su consentimiento. Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar cualquier operación o procedimiento propuestos en cualquier momento antes de que se realicen.

Consentimiento Para Efectuar — Cirugía o Procedimiento Especial

4. Si su médico determina que existe una posibilidad razonable de que necesite una transfusión sanguínea como resultado de la cirugía o procedimiento al cual usted está dando consentimiento, su médico le informará al respecto y le proporcionará un folleto referente a las transfusiones sanguíneas. Dicho folleto contiene información concierne los beneficios y riesgos de las diversas opciones de transfusiones sanguíneas, incluyendo la donación de sangre por adelantado realizada por usted u otras personas. Usted también tiene derecho de contar con suficiente tiempo antes de su procedimiento para gestionar la donación adelantada, pero puede renunciar a este derecho si no desea esperar.

5. Al firmar en la parte abajo usted autoriza al patólogo a usar su criterio a desechar o utilizar cualquier miembro, órgano, u otros tejidos removidos de su persona durante la operación o procedimiento arriba indicado, sujeto a las siguientes condiciones (de haberlas):

6. Su firma en este formulario indica que: (a) usted ha leído y comprende la información proporcionada en el mismo, (b) la operación o procedimiento y sus riesgos, beneficios y alternativas han sido adecuadamente explicados por su Dr/a _____, (c) que usted ha tenido oportunidad de hacerle preguntas a sus doctores, (d) que ha recibido toda la información que desea respecto a la operación o procedimiento, y (e) usted autoriza y otorga su consentimiento para la realización de la operación o procedimiento.

Fecha: _____ Hora: _____ am / pm Firma: _____

Si la firma no corresponde al paciente, CIRCULE el parentesco o relación con el suscrito: Cónyuge
Socio Doméstico Registrado Padre o Madre Tutor Legal/Conservador Abogado Menor Emancipado

Testigo: _____, Enfermera/Médico Traductor: _____

ANESTESIA

Su proveedor de anestesia, _____, le ha informado acerca de sus opciones de anestesia, hasta e incluyendo anestesia general.

Su firma abajo indica que:

1. Las opciones de anestesia descritas arriba, y sus riesgos, beneficios, y alternativas se les han sido adecuadamente explicadas por su proveedor de anestesia;
2. Usted ha tenido oportunidad de hacerle preguntas a su proveedor de anestesia;
3. Usted ha recibido toda la información que desea concierne la anestesia; y
4. Usted autoriza y otorga consentimiento al anestésico.

Fecha: _____ Hora: _____ am / pm Firma: _____

Si la firma no corresponde al paciente, CIRCULE el parentesco o relación con el suscrito: Cónyuge
Socio Doméstico Registrado Padre o Madre Tutor Legal/Conservador Abogado Menor Emancipado

Testigo: _____, Enfermera/Médico Traductor: _____