

Patient Sticker

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UNA OPERACIÓN U OTRO PROCEDIMIENTO

1. Autorizo al(los) Dr.(es) **Salim/\_Lee\_** y/o los asistentes que él/ella pueda seleccionar para tratar de remediar la(s) siguiente(s) condición(es) y/o síntoma(s):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Actualización del consentimiento

Validación del consentimiento del paciente, si las firmas/ la fecha es mayor a 30 días antes de la fecha del procedimiento. Iniciales abajo

Médico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hora\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Se me han explicado las condiciones enumeradas en el párrafo #1 y entiendo que la(s) operación(es) o procedimiento(s) diseñado(s) para remediar la(s) condición(es) es/son: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. He sido informado de la naturaleza y la operación o el procedimiento; los riesgos y las posibles consequencias implicadas

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

los métodos alternativos de tratamiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

y el resultado probable si la operación o procedimiento no se lleva a cabo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Mi médico y yo hemos discutido el potencial de transfusión de sangre o productos sanguíneos relacionados con este procedimiento. Entiendo que los riesgos asociados con el uso de sangre y/o productos sanguíneos incluyen reacciones, transmisión de enfermedades y riesgos imprevisibles, incluida la muerte. Doy mi consentimiento para el uso de hemoderivados durante la operación o procedimiento y posterior hospitalización si se indica.
2. **No doy mi consentimiento para el uso de sangre o productos sanguíneos. Entiendo que debo notificar a mi médico de inmediato y se me pedirá que firme el formulario de Negación para permitir la transfusión de sangre. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*Inicial*)**
3. No se me han dado garantías ni seguridades sobre los resultados de la operación o procedimiento propuesto.
4. Reconozco que, durante el curso de la operación, pueden ser necesarios procedimientos adicionales o diferentes a los descritos anteriormente. Autorizo los procedimientos que, según el criterio profesional de mi médico, sean deseables para mi salud, incluidos los intentos de remediar cualquier condición desconocida en este momento, que se descubra durante la operación o el procedimiento.
5. Doy mi consentimiento para la administración de anestesia y el uso de los anestésicos que sean aconsejables por parte de mi médico, sus asociados o asistentes, o bajo la dirección de la enfermera anestesista seleccionada por mi médico.
6. Doy mi consentimiento para la presencia de observadores en el quirófano, como estudiantes, médicos residentes, representantes de equipos médicos u otras partes apropiadas aprobadas por mi(s) cirujano(s).
7. Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de la cirugía o procedimiento(s) a realizar, incluidas las partes apropiadas de mi cuerpo con fines médicos, científicos o educativos, siempre que las imágenes o los textos descriptivos que las acompañen no revelen mi identidad.
8. Autorizo a este hospital a conservar con fines científicos o didácticos, o a disponer de otro modo de los tejidos u órganos resultantes de los procedimientos autorizados anteriormente.
9. Entiendo que, a menos que se indique lo contrario, debo tener un adulto responsable que me acompañe después de mi cirugía/procedimiento(s) y que seré entregado a la custodia de esa persona, y debo confiar en él/ella para mi regreso a casa y supervisión.

13. Certifico que he leído y entiendo completamente el consentimiento anterior para la operación o procedimiento y que tengo la intención de que la operación o procedimiento anterior se lleve a cabo como se indica. **NOTA: SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO PROPUESTO, O LOS RIESGOS,PELIGROS O CONSECUENCIAS INVOLUCRADAS EN ELLO, PREGUNTE A SU PROVEEDOR AHORA, ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.**

Paciente o persona autorizada para firmar Relación Fecha Hora

por el paciente

Testigo de la firma Fecha Hora

DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR: Le he explicado completamente al paciente todos los asuntos incluidos en este documento y he respondido todas las preguntas del paciente y, según mi leal saber y entender, el paciente ha sido adecuadamente informado y CONSENTIDO para someterse al procedimiento quirúrgico propuesto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del proveedor Fecha Hora