



NO FIERME ESTE DOCUMENTO HASTA QUE USTED LO HAYA LEIDO
COMPLETAMENTE Y LO COMPRENDO EN SU CONTENIDO.

- A. (1) Yo se y comprendo que los siguientes procedimientos los cuales me ha sido descritos y explicados a mi deben ser ejecutados en el paciente:

y que el paciente puede sufrir un riesgo fisico/material debido a la ejecucion del procedimiento como UNA INFECCION, UNA REACCION ALERGICA, PERDIDA SEVERA DE SANGRE, LA PERDIDA O PERDIDA DE LA FUNCION DE ALGUNA EXTREMIDAD U ORGANO, PARALISIS O PARALISIS PARCIAL, PARAPLEJIA Y CUADRAPLEJIA, CICATRICES DESFIGURATIVAS, DANO CEREBRAL, ATAQUE CARDIACO, O MUERTE.

- (2) Yo se y comprendo que durante el curso del procedimiento descrito en el paragrafo (A) se pueden desarrollar algunas condiciones las cuales necesitan la extension del procedimiento original o la ejecucion de procedimientos no previstos o que no se sabia que se necesitaban en el momento que se obtuvo este consentimiento. Por lo tanto consiento o acepto el autorizar a las personas descritas en el ultimo paragrafo de esta forma de consentimiento para que tomen las decisiones concernientes a la ejecucion y practica de los procesos como crean es necesario y de acuerdo con su juicio profesional, incluyendo los procedimientos que no fueron previstos en el momento de obtener este consentimiento. Esta aprobacion o consentimiento se extendera tambien al tratamiento de todas las condiciones las cuales pueden suceder durante el curso del procedimiento incluyendo esas condiciones que pueden ser desconocidas o imprevistas en el momento que el consentimiento fue obtenido.

- B. (1) Se y entiendo y debidamente reconozco por escrito la ejecucion de esta forma y que he sido informado en general de los terminos de lo siguiente:

- 1- Un diagnostico de la condicion que requiere el procedimiento;
- 2- La naturaleza y proposito del procedimiento;
- 3- El riesgo fisico/material del procedimiento (vea el paragrafo (A) arriba);
- 4- La probabilidad de exito del procedimiento;
- 5- Las alternativas practicas de tal procedimiento; y
- 6- El pronostico si el procedimiento es rechazado;

y se que todo eso me fue ofrecido a traves del uso de videos, casetes, boletines, libretos y otras formas de comunicacion o a traves de conversaciones con el doctor responsable, u otro personal medico bajo la supervision y el control del medico, otros empleados involucrados en el curso del tratamiento, enfermeras, asistentes medicas, consejeros entrenados, o los educadores del paciente.

- C. ** (1) Yo se y entiendo que ademas de los riesgos fisicos/materiales nombrados en el paragrafo (A) arriba, pueden haber otros riesgos relacionados con la ejecucion del procedimiento como existen en cualquier procedimiento quirurgico o de diagnostico.
- D. ** (1) Yo se y comprendo que hay alternativas practicas al procedimiento descrito en al paragrafo (A), y estas alternativas son reconocidas y aceptadas por un doctor prudente.
- E. ** (1) Se y entiendo que el doctor, el personal medico y sus asistentes se basaran en las declaraciones del paciente, la historia medica y cualquier otra informacion dada por el paciente para determinar si se hace el procedimiento o un tratamiento para la condicion del paciente y la recomendacion del procedimiento que se ha explicado.
- F. ** (1) Yo se y comprendo que la practica de medicina no es una ciencia exacta y entiendo que no SE ME HAN DADO GRANTIAS en cuanto al resultado de los procedimientos.
- G. ** (1) Doy consentimiento a unos estudios para el diagnostico, a exámenes, anestesia, radiografias, y cualquier tratamiento o proceso de tratamiento descrito en el paragrafo (A) el cual puede ser prescrito y ordenado.
- H. ** (1) Yo tambien doy consentimiento que cualquier tejido, muestras, miembros, etc., que han sido removidos durante algun o cualquier procedimiento pueden ser examinados, retenidos o preservados para propósitos científicos o educativos y a disposicion del doctor, el hospital y otros proveedores de salud.

Patient Name

**CONSENTIMIENTO PARA UNOS PROCEDIMIENTOS
QUIRURGICOS O DE DIAGNOSTICOS
(CONSENT TO SURGICAL OR DIAGNOSTIC PROCEDURES)**

- I. ** (1) Yo se y entiendo que esta solicitud para la aprobacion de unos servicios quirurigos o de diagnostico debe ser valida para el doctor, el personal medico bajo la direccion y conrol de el medico responsable, y para caulquier otro personal medico diferente de los involucrados en el curso del tratamiento.
- J. ** (1) **Todos o algunos de nuestros profesionales del cuidado de la salud que ejecutan trabajos en el hospital son contratistas independientes y no son agentes o empleados del hospital. Los contratistas independientes son responsables de sus propias acciones en el hospital. Por lo tanto el hospital no sera responsable por los actos u omisiones de tales contratistas independientes.**

SE ME HA DADO UNA AMPLIA OPORTUNIDAD PARA HACER PREGUNTAS Y CUALQUIER PREGUNTA QUE HE HECHO HA SIDO CONTESTADA O EXPLICADA EN UNA FORMA SATISFACTORIA. ** *TODAS LAS LINEAS BLANCAS O DECLARACIONES HAN SIDO COMPLETADOS Y LAS DECLARACIONES QUE NO HE APROBADO HAN SIDO TACHADAS ANTES DE FIRMAR ESTA FORMA O DOCUMENTO. YO TAMBIEN HE RECIBIDO UNA INFORMACION ADICIONAL INCLUYENDO Y NO LIMITADA AL MATERIAL ANOTADO ABAJO RELACIONADO CON EL PROCEDIMIENTO DESCRITO AQUI.*

AL FIRMAR ABAJO, YO RECONOZCO QUE HE LEIDO O ME HAN LEIDO O EXPLICADO ESO Y YO ENTIENDO ESTA FORMA Y VOLUNTARIAMENTE CONSIENTO O APRUEBO EL PERMITIRLE AL DOCTOR _____ U OTRO DOCTOR ASIGNADO O SELECCIONADO POR EL O ELLA Y A TODO EL PERSONAL MEDICO BAJO LA SUPERVISION Y CONTROL DIRECTO DE TAL MEDICO Y TODO EL PERSONAL EL CUAL PUEDE ESTAR INVOLUCRADO EN LLEVAR A CABO LA EJECUCION DEL PROCEDIMIENTO DESCRITO O REFERIDO AQUI.

Testigo	Fecha	Hora
Firma del paciente u otra persona autorida para firmar	Fecha	Hora

HE DISCUTIDO O HABLADO DEL RIESGO Y LOS BENEFICIOS Y LAS ALTERNATIVAS DEL PROCEDIMIENTO CON EL PACIENTE.

Firma del doctor	Fecha	Hora
------------------	-------	------

Material adicional usage, si alguno, durante el proceso de obtener este consentimiento incluye: _____

Personas que estan dando el consentimiento o aprobacion: _____

Patient Name