

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



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

A. 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.

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 todos 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. 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; | -4- La probabilidad de exito del procedimiento; |
| -2- La naturaleza y proposito del procedimiento; | -5- Las alternativas practicas de tal procedimiento; y |
| -3- El riesgo fisico/material del procedimiento (vea el paragrafo (A) arriba); | -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. 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. Yo se y comprendo que hay alternativas practicas al procedimiento descrito en el paragrafo (A), y estas alternativas son reconocidas y aceptadas por un doctor prudente.
- E. 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. 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. Doy consentimiento a unos estudios para el diagnostico, a examenes, anestesia, radiografias, y cualquier tratamiento o proceso de tratamiento descrito en el paragrafo (A) el cual puede ser prescrito y ordenado.
- H. 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.
- I. Yo se y entiendo que esta solicitud para la aprobacion de unos servicios quirurgicos o de diagnostico debe ser valida para el doctor, el personal medico bajo la direccion y control de el medico responsable, y para cualquier otro personal medico diferente de los involucrados en el curso del tratamiento.



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

- j. 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.

Reconozco y comprendo que, según corresponda y lo determine el médico, la presencia de personal externo, como: un representante del proveedor/fabricante si se usa un dispositivo implantable, y si se usa un dispositivo, el representante ayudará en la selección y calibración del equipo y/o dispositivo(s) y en el tratamiento relacionado, y un asistente del representante. Además de dicho personal externo, puede haber un interno; residente; y/o de enfermería presente en la sala para ayudar y/u observar en el procedimiento descrito anteriormente. Lo que se le permita hacer a este personal externo dependerá de su habilidad y de la condición del Paciente según lo evalúe y determine el Médico. Se entiende que este personal adicional estará bajo la supervisión y dirección del Médico.

Además reconozco y entiendo que el médico, a su discreción, puede utilizar Primeros Asistentes, Enfermeras de Práctica Avanzada y/o Asistentes Médicos para realizar ciertas tareas según las indicaciones del Médico durante el procedimiento. Estas tareas pueden incluir el cierre de la piel, pero no se limitan a esta tarea ya que la tarea depende del procedimiento y la necesidad en ese momento. Lo que se le permite hacer a este personal médico que no es médico dependerá de su habilidad y de la condición del Paciente según lo evalúe y determine el Médico. Estarán bajo la supervisión y dirección del Médico.

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: _____

LAST, FIRST MNAME ROOM-BED S
V1234 t 04/30/2008 M1234 m
04/30/2008 00M 07D