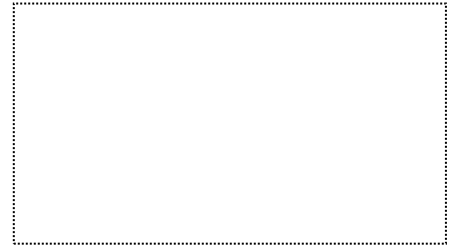


Consentimiento para operación/procedimiento



1. Presto mi autorización y consentimiento para que se practique en _____ (mí o nombre del paciente) la siguiente operación o procedimiento: _____

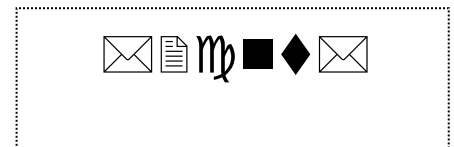
que será realizado por el/la Dr./a. _____ u otras personas que este/a profesional considere necesarias para realizar el procedimiento incluyendo, entre otras, a otros cirujanos o médicos, asistentes de médicos, enfermeras estudiantes, técnicos y/o un representante técnico del fabricante del dispositivo médico.

2. Mi médico ha hablado de la naturaleza, conveniencia y propósito del procedimiento, conjuntamente con los beneficios potenciales, riesgo significativo y efectos secundarios, así como las alternativas para mí. Además, mi médico me ha explicado los resultados posibles si decido no someterme al procedimiento propuesto y la probabilidad de lograr los resultados deseados.
- Tengo conocimiento de que mi médico tiene participación accionaria en Ambulatory Care Center, LLC., la cual está contratada por St. Mary's Medical Center a los fines de brindar servicios de coordinación y otros servicios en este centro.
3. Comprendo que durante el curso del procedimiento, se podrán detectar enfermedades imprevistas que puedan hacer que sea aconsejable una extensión del procedimiento original. Presto mi autorización y consentimiento para que se lleve a cabo tal extensión según se considere aconsejable a criterio profesional de mi médico o médicos. Comprendo que no se ofrecen garantías con respecto al resultado del procedimiento.
4. Presto mi autorización y consentimiento para que se administren agentes anestésicos, inclusive anestesia general, agentes bloqueantes o sedantes, según mi médico o proveedor de anestesia lo consideren aconsejable. Comprendo y reconozco que la anestesia implica cierto grado de riesgo en relación con la salud general, edad, hábitos médicos, medicación y técnicas empleadas del paciente. Comprendo que pueden ocurrir daños o pérdidas dentales durante la intubación para aplicar anestesia general, especialmente en dientes postizos, con funda o deteriorados.
5. Comprendo que mi proveedor de anestesia no es empleado de St. Mary's Surgicare sino que es un contratista independiente. Ni St. Mary's Surgicare ni el cirujano controla la forma, el método o el medio de administrar anestesia.
6. Comprendo que la anestesia, los sedantes y/o el procedimiento en sí mismo pueden causar complicaciones que son irreversibles a menos que se inicien la intervención y las terapias apropiadas. Presto mi autorización y consentimiento para la suspensión de cualquier tipo de documentos relacionados con Voluntad en Vida, Órdenes de No Resucitación u otras manifestaciones o declaraciones anteriores similares hechas por mí, durante el procedimiento y recuperación con posterioridad a la anestesia.
7. Comprendo que cualquier tipo de tejido o parte orgánica extraída durante el curso del procedimiento podrá enviarse al laboratorio del hospital para su correspondiente análisis y luego el laboratorio podrá desecharla.
8. Presto mi autorización para tomar fotografías y/o video-grabaciones para fines de educación médica o de registro, con el entendido de que se protegerá la identidad del paciente.

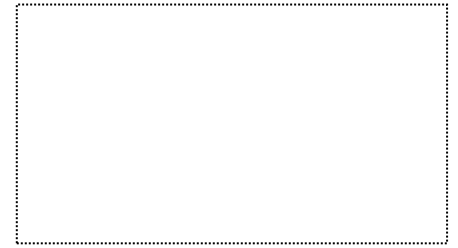
DEBEN MENCIONARSE LAS EXCEPCIONES A LO ANTERIOR:

Fecha: _____ Hora: _____

Iniciales del paciente: _____



Consentimiento para operación/procedimiento



9. Comprendo y reconozco que el Procedimiento, como todo procedimiento, involucra un grado de riesgo que incluye, entre otras cuestiones, pérdida significativa de sangre, infección y paro cardíaco. Si durante el curso de mi hospitalización, mi médico o mi proveedor de anestesia considera que se ha producido una pérdida de sangre significativa y que es clínicamente necesario realizar una transfusión de sangre o aplicar un hemoderivado, presto mi autorización y consentimiento para el empleo de sangre o de un hemoderivado, según lo indiquen los médicos que me atienden. El riesgo de una transfusión sanguínea es bajo pero puede conllevar una leve formación de hematomas, inflamación o una reacción a nivel local en el lugar donde se coloca la aguja en su piel y una reacción carente de gravedad al el material transfundido, que incluye jaquecas, fiebre o leves reacciones cutáneas como sarpullido. Si se transfunden glóbulos rojos, es posible, pero muy poco probable, que se origine una reacción grave, dado que se analiza minuciosamente la compatibilidad de la totalidad de la sangre antes de la transfusión. Las enfermedades infecciosas conocidas por poder contagiarse por sangre son: hepatitis viral asociada a las transfusiones (TAVH, por sus siglas en inglés), una infección viral hepática, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y una infección viral conocida por causar el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El riesgo de contagiarse una enfermedad infecciosa por sangre transfundida es bajo y las unidades de sangre son sometidas a prueba para evitar la TAVH y el VIH según lo exigen las normas a nivel estatal y federal.

Excepción: a continuación, indique si presta su consentimiento o no para realizar la transfusión sanguínea o aplicar un hemoderivado en el transcurso de su procedimiento o posteriormente al mismo. Indique su excepción marcando el casillero adjunto antes de firmar a continuación:

- Presto mi consentimiento para que se realice una transfusión sanguínea o se apliquen agentes sanguíneos según sea indicado a nivel clínico

_____ Iniciales del paciente

- No presto mi consentimiento para que se realice una transfusión sanguínea ni para que se apliquen agentes sanguíneos en caso de que sea indicado a nivel clínico.

_____ Iniciales del paciente.

- NC

10. Al colocar mi firma, reconozco que he le leído y comprendo los contenidos de este documento. En forma voluntaria, presto mi autorización y consentimiento para el/los procedimiento/s a efectuar según se detalla anteriormente.

(Firma del paciente)

(Fecha/hora)

(Testigo)

(Fecha/hora)

Si el paciente no puede firmar o es menor de edad, complete lo siguiente:

El paciente es un menor que tiene _____ de edad

o no puede firmar debido a _____

(Firma de autoridad legal para otorgar
consentimiento)

(Fecha/hora)

(Relación)

(Fecha/hora)

(Testigo)

