

Consentimiento para operación/procedimiento

1. Yo autorizo y presto mi consentimiento para que _____ (nombre del paciente) se someta a la siguiente operación, tratamiento, examen o prueba de diagnóstico (procedimiento): _____

que será realizado por el Dr. _____ u otras personas que el mismo considere necesarias para el procedimiento, incluyendo entre otros, otro cirujano o medico, asistente del medico, enfermera, técnico y/o un representante técnico del fabricante del dispositivo medico.

2. Mi médico me comentó la naturaleza, conveniencia y objetivo del procedimiento, así como también los posibles beneficios, riesgos inherentes, efectos secundarios y las alternativas. Además, ha explicado los posibles resultados de la no realización del procedimiento propuesto y la posibilidad de alcanzar los resultados deseados.
3. Comprendo que durante el curso del procedimiento es posible que se encuentren condiciones imprevistas, lo cual hace conveniente la extensión del procedimiento inicial. Autorizo y presto mi consentimiento para dicha extensión que se considere conveniente de acuerdo al criterio profesional de mi médico o mis médicos.
4. Autorizo y presto mi consentimiento para la administración de anestesia, incluyendo anestesia general o agentes sedantes, según lo considere conveniente mi médico o anesthesiólogo. Comprendo que la administración de anestesia conlleva un grado de riesgo relacionado a la salud general del paciente, la edad, hábitos de salud y la medicación y técnicas utilizadas. Comprendo que la pérdida o daño de dientes puede ocurrir durante la intubación para la administración de la anestesia, en especial si los dientes son artificiales, tienen coronas o caries.
5. Comprendo y reconozco que ciertos técnicos de la salud vinculados, terapeutas y estudiantes podrán asistir con la intubación durante el procedimiento, bajo la dirección y supervisión del anesthesiólogo con el fin de brindar capacitación y educación médica. Autorizo a estas personas a realizar la intubación.
6. Comprendo que la anestesia, sedación y/o el procedimiento en sí mismo puede causar complicaciones que son irreversibles a menos que se inicien la intervención y terapias adecuadas. Autorizo la suspensión durante el procedimiento y la recuperación posterior a la anestesia de cualquier Testamento vital, Órdenes de no reanimar o cualquier otra declaración o manifestación similar mía.
7. Comprendo que cualquier tejido o parte corporal extirpada durante el curso del procedimiento podrá enviarse al laboratorio del hospital para que realice un análisis adecuado y luego podrá ser desechado por el laboratorio.
8. Autorizo a que se tomen fotografías médicas y/o videos con fines de educación y/o registro médico entendiendo que la identidad del paciente será protegida.

Fecha: _____ Hora: _____

Iniciales del paciente: _____



Consentimiento para operación/procedimiento

9. Comprendo y reconozco que este procedimiento, como otros procedimientos, conlleva algún grado de riesgo, incluyendo entre otros la pérdida importante de sangre, infección y paro cardiorrespiratorio. Si durante mi hospitalización, mi médico o anesthesiólogo entienden que se ha registrado una pérdida importante de sangre y que la infusión de sangre o hemoderivados es necesaria desde el punto de vista clínico, autorizo el uso de sangre o hemoderivados según lo indiquen los médicos tratantes. El riesgo que conlleva una transfusión de sangre es bajo; pero puede incluir hematomas leves, inflamación o reacción local en el área donde la aguja se introduce en su piel o una reacción no severa al material transfundido en sí, incluyendo dolor de cabeza, fiebre o una leve reacción cutánea como es el sarpullido. Si el procedimiento consiste en la transfusión de glóbulos rojos, es posible la aparición de una reacción severa, pero muy poco probable, ya que toda la sangre es cuidadosamente compatibilizada antes de la transfusión. Las enfermedades infecciosas que se transmiten por sangre son: Hepatitis Viral Asociada a la Transfusión (TAVH), una infección viral del hígado, y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), una infección viral que causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El riesgo de adquirir una enfermedad infecciosa de una transfusión de sangre es bajo y las unidades de sangre se analizan para evitar TAVH y VIH, conforme lo disponen los estándares estatales y federales.

Excepción: Consigne a continuación que usted presta o no su consentimiento para que se realice la transfusión de sangre o cualquier hemoderivado durante o con posterioridad al procedimiento. Por favor consigne su excepción marcando el casillero adjunto antes de firmar a continuación:

Acepto la transfusión de sangre o hemoderivados según indicación clínica.

____ Iniciales del paciente

No acepto la transfusión de sangre o hemoderivados si se indicaran clínicamente.

____ Iniciales del paciente

N/A

10. Mi firma reconoce que he leído y comprendo el contenido de este documento. Autorizo voluntariamente la realización del procedimiento de la manera descrita anteriormente.

NOTA: DETERMINAR LA EXTENSIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA ES SU DERECHO LEGAL. SI USTED TIENE ALGUNA OTRA PREGUNTA, CONSULTE A SU MÉDICO ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO.

DEBEN OBSERVARSE LAS EXCEPCIONES A LO ANTES MENCIONADO: sin excepciones _____:

Indique las excepciones:

(Firma del paciente)

(Fecha/ Hora) (Testigo)

(Fecha/ Hora)

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

El paciente es un menor de _____ años de edad

o el paciente no puede firmar porque _____.

(Firma de autoridad de consentimiento legal)

(Fecha/Hora)

(Relación)

(Testigo)

(Fecha/ Hora)

