



Affix Patient Label

Patient Name:

Date of Birth:

Consentimiento informado: Operación u otro procedimiento

Médico adjunto/supervisor: _____

Médico residente (si corresponde): _____ Tipo de supervisión: Directa Indirecta

Operación o procedimiento: _____

Beneficios de esta cirugía/procedimiento:

Su médico no puede prometerle que vaya a recibir ningún beneficio. Solo usted decidirá si los beneficios valen el riesgo.

Riesgos de esta cirugía/procedimiento:

Ningún procedimiento está completamente libre de riesgos. Algunos de ellos son conocidos. Puede haber riesgos que su médico no puede esperar.

Riesgos generales de la cirugía/procedimiento:

- Pueden colapsarse pequeñas áreas de los pulmones. Esto aumentaría el riesgo de infección. Esto puede requerir antibióticos y tratamientos respiratorios.
- Podrían formarse coágulos en las piernas, con dolor e hinchazón. Se denominan TVP o trombosis venosa profunda. En raras ocasiones, parte del coágulo puede desprenderse y llegar a los pulmones, lo que podría ser mortal.
- Puede producirse una sobrecarga en el corazón o un derrame cerebral.
- Puede producirse una hemorragia. Si la hemorragia es excesiva, puede necesitar una transfusión.
- Podría presentar reacciones a la anestesia. Las más comunes son náuseas y vómitos. En casos poco comunes, puede ocasionar la muerte. El anestesiólogo hablará sobre este tema con usted.

Información sobre la sedación moderada:

Se le administrará un medicamento por vía intravenosa para relajarle y también para hacerle sentir más cómodo. A esto se le denomina "sedación moderada". Se sentirá somnoliento, incluso podría dormirse durante partes de su procedimiento. Monitorearemos su ritmo cardíaco y su presión arterial y controlaremos su nivel de oxígeno.

Si su frecuencia cardíaca, presión arterial o niveles de oxígeno están por debajo del rango normal, podemos darle medicamentos para revertir los efectos de la sedación. Existen casos en los que no se podrán revertir sus efectos, por lo que es posible que necesitemos apoyar su respiración,

incluso si está bajo ÓRDENES DE NO REANIMARLO:

- Es posible que necesite una intubación para apoyar su respiración.
- Es posible que necesite medicamentos para mantener su presión arterial.

Reevaluaremos su plan de tratamiento médico y sus ÓRDENES DE NO REANIMARLO cuando la sedación haya desaparecido de su cuerpo.

Riesgos relacionados con el tabaquismo:

Si fuma, tendrá un mayor riesgo de contraer infecciones. También puede ocasionar complicaciones cardíacas y pulmonares, así como la formación de coágulos.

Riesgos relacionados con la obesidad:

Si tiene obesidad, tendrá un mayor riesgo de contraer infecciones. También puede ocasionar complicaciones cardíacas y pulmonares, así como la formación de coágulos.

Información general:

Durante este procedimiento, el médico podría necesitar realizar procedimientos adicionales o diferentes de los que he aceptado. Durante el procedimiento, es posible que el médico tenga que realizar más pruebas o tratamientos.

Durante el procedimiento, es posible que el médico necesite realizar más pruebas o tratamientos.

Se pueden analizar tejidos u órganos extraídos del cuerpo. Pueden conservarse para la investigación o la enseñanza. Estoy de acuerdo en que el hospital puede desecharlos de forma adecuada.

En el procedimiento, podrían estar presentes estudiantes, miembros del personal técnico de ventas y otros miembros del personal. Mi médico los supervisará.

Se podría tomar fotografías y videos durante el procedimiento, los cuales se pueden agregar a mi expediente médico y pueden publicarse con fines didácticos. Mi identidad será protegida.

Implantes o explantes médicos:

Acepto que se divulgue mi número de seguro social, nombre, dirección y fecha de nacimiento a la compañía que fabrica el dispositivo médico que se colocará o se retirará durante este procedimiento. Las leyes y reglas federales así lo exigen. La empresa utilizará esta información para localizarme, si es necesario.



Affix Patient Label	
Patient Name: _____	Date of Birth: _____

Al firmar este formulario acepto que:

- He leído este formulario o me lo han explicado en palabras que puedo entender.
 - Entiendo su contenido.
 - He tenido tiempo de hablar con el médico. Mis preguntas han sido respondidas.
 - Quiero someterme al siguiente procedimiento: _____
-
- Entiendo que mi médico puede pedir a un compañero que realice el procedimiento.
 - Entiendo que otros médicos, incluyendo residentes médicos u otro personal, pueden ayudar en el procedimiento. Las tareas se asignarán según su nivel de habilidad. Mi médico los supervisará.

Provider (Proveedor): This patient may require a type and screen or type and cross prior to surgery. If so, please obtain consent for blood/products.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Relación: Paciente Familiar más cercano (relación) _____ Tutor/poder notarial de atención médica

Testigo (Witness Signature): _____ Fecha: _____ Hora: _____

For Provider Use ONLY (Para uso EXCLUSIVO de los proveedores):

I have explained the nature, purpose, risks, benefits, possible consequences of non-treatment, alternative options, and possibility of complications and side effects of the intended intervention, I have answered questions, and patient has agreed to procedure.

Provider signature: _____ Date: _____ Time: _____