



PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para Procedimiento Operativo/Invasivo

MRN: \_\_\_\_\_

MÉDICO PRESTADOR DEL SERVICIO: \_\_\_\_\_

FECHA DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

**Procedimiento(s):** \_\_\_\_\_

1. Mi(s) médico(s) ha(n) determinado(s) que la(s) operación(es) o procedimiento(s) mencionado(s) en la parte de arriba podría(n) ser beneficioso(s) en el diagnóstico y tratamiento de mi condición. Por lo tanto, autorice e instruya al Dr. \_\_\_\_\_ y a sus asociados y asistentes de su elección para realizar la(s) operación(es) o el(los) procedimiento(s) enumerados anteriormente, incluido los arreglos de cualquier procedimiento incidental y/o servicio adicional, **incluida la anestesia, imágenes, patología, monitoreo neurológico, de laboratorio y los demás servicios que se consideren convenientes para mi bienestar, incluida la administración de medios de contraste, agentes anestésicos o sedación consciente intravenosa.** Consiento expresamente estos procedimientos, operaciones o servicios. En caso de que ocurra una complicación, doy mi consentimiento para permitir que el médico realice cualquier procedimiento que sea necesario a su juicio, lo que el considere mejor para mi bienestar.
2. Soy consciente de la propiedad a decir el centro de cirugía de mi médico y soy consciente de que podría realizar este procedimiento en cualquier otra instalación donde el mismo, mi médico tenga acceso especial.
3. Entiendo que *The Surgery Center at Pointe West* (el Centro de Cirugía Pointe West) y *The East Surgery Center* (el Centro de Cirugía Este) cuentan con personal e instalaciones para ayudar a los médicos y cirujanos en la realización de diversos procedimientos quirúrgicos/invasivos u otros procedimientos diagnósticos/terapéuticos. Entiendo completamente que estas operaciones o procedimientos invasivos/quirúrgicos u otros procedimientos de diagnóstico/terapéuticos **implican riesgos de complicaciones, entre otros, reacciones alérgicas, daño a los vasos sanguíneos o nervios, órganos internos, cicatrización y/o infección, sangrado, complicaciones para sanar, lesiones graves o incluso la muerte, tanto por causas conocidas como desconocidas.** Soy consciente del hecho de que excepto en casos de emergencia o circunstancias excepcionales, estas operaciones o procedimientos no se realizan a menos que el paciente haya tenido la oportunidad de discutirlos con su médico. Comprendo que cada paciente tiene derecho a ser informado sobre el procedimiento propuesto, los procedimientos/tratamiento alternativos médicamente aceptables, los riesgos sustanciales, los beneficios, las alternativas a la cirugía/y procedimiento propuesto.
4. El médico me ha explicado los procedimientos básicos de mi cirugía y las ventajas y desventajas, riesgos y posibles complicaciones de los tratamientos alternativos y los riesgos, beneficios y alternativas comparativos asociados con la realización del procedimiento en el ASC en lugar de en un hospital.
5. Cualquier tejido, partes, órganos o extremidades extirpados quirúrgicamente serán removidos de la instalación de acuerdo con la práctica habitual.
6. El médico puede ordenar se tome una fotografía/o se grabe una cinta de video durante el curso del procedimiento/operación para el cuidado y tratamiento del paciente. A su discreción del médico, la(s) fotografía(s) pueden convertirse en parte del registro médico. No se podrán usar para marketing, enseñanza o investigación, pero se podrían usar para educar al paciente con respecto a los hallazgos.



PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para Procedimiento Operativo/Invasivo**

7. Soy consiente de la divulgación de mi Número de Seguro Social con el propósito de rastrear cualquier dispositivo implantado de acuerdo con la Ley de Dispositivos Médicos Seguros de 1990.
8. Doy mi consentimiento para la admisión de observadores calificados y estudiantes en el procedimiento/quirófano según lo determinado en colaboración entre mi médico y el centro de cirugía. Los estudiantes estarán bajo la dirección y guía del personal calificado del centro de cirugía.
9. Solo para mujeres: comprenda que los medicamentos, las radiografías y el estrés de someterse a un procedimiento pueden aumentar el riesgo para el feto. Acepto que me realicen una prueba de embarazo para que mi(s) proveedor(es) de atención médica puedan estar informados sobre mi condición física.
10. En caso de exposición accidental a mi sangre y/o fluidos corporales por parte de un proveedor de atención médica, dare mi consentimiento para la prueba de una enfermedad infecciosa como hepatitis o VIH.
11. Entiendo y leo el idioma inglés y/o cuento con una interpretación adecuada en la cual se me explicó adecuadamente el procedimiento/cirugía firmado a continuación.
12. Después de la cirugía, un adulto responsable me llevará a casa según arreglos anteriores. Me doy cuenta de que el deterioro del estado de alerta mental completo puede persistir durante varias horas después de la administración de la anestesia y evitaré tomar decisiones o participar en actividades que dependan de un juicio de concentración total durante este período.
13. Comprendo que si ocurriera una condición médica de emergencia, sere trasladado a un hospital para una evaluación y tratamiento adicionales. Comprendo que si tuviera instrucciones anticipadas sobre mi voluntad, este centro de cirugía no cumplirá con ninguna solicitud de no resucitar y aun así me transferirá a un hospital que tomará la decisión sobre seguir las instrucciones anticipadas.
14. Reconozco que he leído y entendido la información proporcionada en este documento. El médico me ha explicado la operación/procedimiento propuesto y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre cualquier información que no entienda. Dado que tengo toda la información que deseo, doy mi autorización y consentimiento para esta operación/procedimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor      Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (letra de molde)      Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Firma del Cirujano

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora