

**CONSENTIMIENTO PARA
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
Y/O DIAGNÓSTICOS**

Provide patient name and date of birth for faxing purposes

(Patient Sticker)

Patient Name: _____

Patient Date of Birth: _____

1. Yo, el abajo firmante, comprendo y, por el presente, doy mi consentimiento y autorizo a mi proveedor, _____ de White Plains Hospital, a realizarme la(s) siguiente(s) operación (operaciones)/procedimiento(s) y/o curso(s) de tratamiento:

Procedimiento en términos sencillos: _____

2. Entiendo y acepto que la(s) siguiente(s) persona(s) puede(n) realizar ciertas tareas o partes del procedimiento.

Proveedor(es) _____

Un profesional de la salud no médico calificado (enfermera especialista, enfermera obstétrica certificada, asistente médico o enfermera diplomada) bajo la supervisión del (de los) médico(s) antes mencionado(s). **Nombre:** _____

Otro proveedor, o un profesional no médico calificado que no esté identificado actualmente, puede ayudar a mi proveedor. Doy mi consentimiento a esta persona.

El asistente calificado puede llevar a cabo las siguientes tareas (entre otras):

- La apertura y/o cierre del sitio quirúrgico
- La alteración de los tejidos
- La disección (corte) de tejidos, órganos o huesos
- La extracción de tejido, órgano o hueso
- La colocación de un dispositivo médico/implantes.
- El trasplante de tejido
- La recolección de injertos
- La colocación de un catéter invasivo
- Otro (describa) _____

3. Mi proveedor me ha explicado de forma completa la naturaleza y el propósito de la(s) operación (operaciones), el (los) procedimiento(s) y/o del (de los) curso(s) de tratamiento y, también, me ha informado de los beneficios esperados y de las complicaciones posibles; incluidos, entre otros, (por causas conocidas y desconocidas) malestares y riesgos que pueden surgir, tanto durante el procedimiento como durante el período de recuperación, así como las alternativas posibles para el tratamiento propuesto, incluida la posibilidad de no someterme al tratamiento. También se han debatido los riesgos de las alternativas al tratamiento propuesto. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas se han respondido de manera completa y satisfactoria.

4. Comprendo que durante la(s) operación (operaciones)/procedimiento(s) y/o curso(s) de tratamiento, puede surgir una afección imprevista que necesite procedimientos diferentes a los contemplados. Por lo tanto, doy mi consentimiento para que se realicen operaciones y procedimientos adicionales que el proveedor mencionado anteriormente, sus asociados o asistentes, o el proveedor de consultoría consideren necesarios.

5. Reconozco que no se me ha dado garantía o seguridad alguna en relación con los resultados previstos de la(s) operación (operaciones)/el (los) procedimiento(s) y/o el(los) curso(s) de tratamiento.



**CONSENTIMIENTO PARA
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
Y/O DIAGNÓSTICOS**

Provide patient name and date of birth for faxing purposes

(Patient Sticker)

Patient Name: _____

Patient Date of Birth: _____

6. Doy mi consentimiento para la toma de fotografías, filmación en video, transmisión por televisión o cualquier otra observación de la operación/procedimiento y/o curso de tratamiento que contribuya al avance del conocimiento médico o que tenga fines educativos.
7. Doy mi consentimiento para permitir la presencia de visitantes médicos, estudiantes o profesionales de la salud durante la(s) operación (operaciones)/procedimiento(s) y/o el (los) curso(s) de tratamiento.
8. Doy mi consentimiento para que se me realice un análisis de sangre para la detección del VIH, la hepatitis B y la hepatitis C en caso de que un profesional de la salud que me provea atención médica y tratamiento resulte expuesto a determinados líquidos corporales, lo que podría dar lugar a la transmisión de una enfermedad que se contagia a través de la sangre.
9. Anestesia: comprendo que un representante del equipo o médico de anestesia (con las habilidades adecuadas), que preste los servicios de sedación y anestesia en este centro de salud, me explicará los anestésicos, los sedantes o los analgésicos (según se considere necesario) y el tipo, junto con los riesgos, los beneficios y las alternativas antes de la cirugía/procedimiento.
10. Al firmar a continuación, confirmo que he leído y entendido la información que se me proporcionó y doy mi consentimiento para la(s) operación (operaciones)/procedimiento(s) y/o curso(s) de tratamiento antes especificados. Otorgo mi autorización para el uso de los tejidos y/u órganos, según sea necesario, que deban extirparse durante el procedimiento a los efectos del diagnóstico patológico y posteriormente a su utilización para el progreso de la ciencia médica y la capacitación. El tejido y/u órganos se desecharán de conformidad con las prácticas acostumbradas en este hospital o en otra institución que este Hospital pueda designar.
11. He tachado y colocado las iniciales en los párrafos o palabras anteriores que no se relacionan conmigo.

HORA	FECHA	*Paciente/representante legal Nombre en letra de imprenta	Firma	Relación con el paciente
------	-------	--	-------	--------------------------

HORA	FECHA	Nombre del testigo, en letra de imprenta (Necesario para el consentimiento telefónico)	Firma
------	-------	---	-------

Marque esta casilla si es un consentimiento telefónico

Marque esta casilla si participó un intérprete.

Número de identificación del intérprete

*Se debe obtener la firma del paciente, salvo que el paciente sea menor de edad (menor de 18) o que sea incapaz de dar su consentimiento o, por el contrario, carece de capacidad para hacerlo. Motivo: _____

Testimonio del proveedor:

Por el presente certifico que he explicado la naturaleza, el propósito, los beneficios, los riesgos y las alternativas (incluso los riesgos por no recibir el tratamiento y los asociados) a la(las) operación(es)/procedimiento(s) y/o cursos de tratamiento propuestos. Me he ofrecido a responder cualquier pregunta y lo he hecho en su totalidad. Considero que el paciente/representante legal entiende en su plenitud lo que se le explicó y respondió.

HORA	FECHA	Nombre del proveedor, en letra de imprenta	Firma
------	-------	--	-------

