

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

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

1. Yo, el abajo firmante, comprendo y, por el presente, doy mi consentimiento y autorizo a mi médico/proveedor _____ de White Plains Hospital a llevar a cabo en mi persona la(s) siguiente(s) operación(es)/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.

N/C

El (Los) Dr(es). _____

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

Nombre: _____

Otro médico o un profesional de la salud calificado que no sea médico y sin identificar en este momento podrá asistir a mi médico. Doy mi consentimiento para que esta persona participe.

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

- La apertura y/o cierre de la zona quirúrgica
- La alteración de los tejidos
- La disección (corte) del tejidos, órganos o huesos
- La extracción de tejidos, órganos o huesos
- La colocación de un dispositivo médico/implantes
- El trasplante de tejidos
- La recolección de injertos
- La colocación de una línea invasiva
- Otras tareas (describir) _____

3. Mi médico me ha explicado de forma completa la naturaleza y el propósito de los procedimientos 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 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(es)/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 la realización de todas las operaciones y los procedimientos adicionales que sean necesarios según el criterio del médico mencionado anteriormente, de sus asistentes o del médico consultor.



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

Proporcione el nombre y la fecha de nacimiento del paciente para poder enviar y recibir faxes

(Adhesivo del paciente)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

5. Reconozco que no se me ha dado garantía o seguridad alguna en relación con los resultados previstos de la(s) operación(es)/el(los) procedimiento(s) y/o el(los) curso(s) de tratamiento.
6. Doy mi consentimiento para la toma de fotografías, filmación en video, transmisión por televisión o cualquier otra 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 médicos representantes de ventas, estudiantes o profesionales de la salud durante la(s) operación(es)/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 fluidos corporales, lo que podría dar lugar a la transmisión de una enfermedad que se contagia a través de la sangre.
9. Al firmar a continuación, confirmo que he leído y entendido la información que se me proporcionó y doy mi consentimiento para la(s) operación(es)/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 dispondrán de conformidad con las prácticas acostumbradas en este hospital o en otra institución que este Hospital pueda designar.
10. He tachado y colocado las iniciales en los párrafos o palabras anteriores que no se relacionan conmigo.

_____ HORA	_____ FECHA	_____ *(Nombre en letra de imprenta del paciente/apoderado para la atención médica/sustituto/tutor)	_____ (Firma)	_____ (Relación con el paciente)
----------------------	-----------------------	---	-------------------------	--

_____ HORA	_____ FECHA	_____ *(Nombre del testigo en letra de imprenta)	_____ (Firma)	_____
----------------------	-----------------------	--	-------------------------	-------

Marque esta casilla si hubo consentimiento telefónico.

Marque esta casilla si se contrataron los servicios de un intérprete. _____
Número de identificación del intérprete

* Debe obtenerse la firma del paciente, excepto cuando el paciente sea menor de 18 años de edad o cuando no pueda brindar su consentimiento o cuando, por cualquier otra circunstancia, sea incapaz de dar consentimiento.

Razón: _____

Certificación del médico:

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/apoderado para la atención médica/sustituto/tutor entiende en su totalidad lo que se le ha explicado y respondido.

_____ HORA	_____ FECHA	_____ (Nombre en imprenta del médico /proveedor)	_____ (Firma)	_____
----------------------	-----------------------	--	-------------------------	-------

