

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Procedimientos médicos y quirúrgicos

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho como paciente a que se le informe sobre su condición y a que se le recomiende el procedimiento quirúrgico, médico o diagnóstico que se utilizará para que, después de conocer los riesgos y peligros involucrados, usted pueda tomar la decisión de seguir con el procedimiento o no. Esta divulgación de información no tiene como propósito el asustarle ni alarmarle; es sencillamente una medida para mejor informarle para que así usted pueda dar o negar su consentimiento al procedimiento.

Yo solicito (nosotros solicitamos) voluntariamente al (a la) Dr(a). _____ como mi médico, y tales socios, ayudantes técnicos, y otros proveedores de atención de salud como ellos estimen necesario, que traten mi condición, la cual se me (se nos) ha explicado como: _____

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos son planificados para mí, y doy (damos) el consentimiento voluntariamente para estos procedimientos y autorizo (autorizamos) estos procedimientos: _____

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que quizá mi médico descubra otras o diferentes condiciones que requerirán procedimientos adicionales o distintos a los ya planificados. Yo autorizo (nosotros autorizamos) que mi médico, y tales socios, ayudantes técnicos y otros proveedores de atención de salud realicen tales procedimientos adicionales que son prudentes en su opinión profesional.

Yo doy (nosotros damos) / Yo no doy (nosotros no damos) consentimiento para el uso de sangre y productos de sangre, como se estime necesario.

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que ninguna seguridad ni garantía se me (se nos) ha dado con relación al resultado o a la cura.

Asimismo que podrían haber riesgos y peligros al seguir en mi condición actual sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados a la realización de los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos planificados para mí. Yo comprendo (nosotros comprendemos) que el potencial para infección, coágulos de sangre en las venas y los pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas, y aún muerte, son comunes en los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos. Asimismo, yo comprendo (nosotros comprendemos) que podrían ocurrir los siguientes riesgos y peligros con respecto a este procedimiento en

particular: _____

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que la anestesia involucra riesgos y peligros adicionales, sin embargo solicito (solicitamos) el uso de agentes anestésicos para el alivio de y la protección contra el dolor durante los procedimientos ya planificados y los procedimientos adicionales. Yo comprendo (nosotros comprendemos) que posiblemente se tendría que cambiar la anestesia sin darme (darnos) explicación.

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que ciertas complicaciones podrían resultar de la utilización de todos los agentes anestésicos las cuales pueden incluir problemas respiratorios, reacción a medicamentos, parálisis, daño cerebral, o aún muerte. Otros riesgos y peligros que podrían resultar de la utilización de agentes anestésicos generales varían de molestia leve hasta daño a las cuerdas vocales, los dientes, o los ojos. Entiendo y acepto (entendemos y aceptamos) que otros riesgos y peligros que resultan del uso de agentes anestésicos espinales o epidurales incluyen dolores de cabeza y dolor crónico.

Se me (se nos) ha dado una oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, las clases de alternativas de anestesia y de métodos alternativos de tratamiento, los riesgos si no se recibe tratamiento, los procedimientos que se utilizarán y los riesgos y peligros involucrados en ellos, y que según mi (nuestro) leal saber y entender yo tengo (nosotros tenemos) la información suficiente para dar este consentimiento consciente.

Yo afirmo (nosotros afirmamos) que se me (se nos) explicó este formulario en su totalidad y que lo he (hemos) leído o que se me (se nos) ha leído, que se han llenado los espacios en blanco, y que entiendo y acepto (entendemos y aceptamos) su contenido.

FIRMA DEL PACIENTE / OTRA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE (firma requerida)

FECHA: _____ **HORA:** _____ **A.M./P.M**

TESTIGO:

Firma

Nombre (letra de molde)

Dirección (Calle o Apartado Postal)

Ciudad, Estado, Código Postal