



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA

1. Título del formulario

Este formulario se denomina "Formulario de Consentimiento Informado"; Es obligación de su médico proporcionarle la información que necesita para decidir si da su consentimiento para la cirugía o el procedimiento especial que sus médicos le han recomendado. El propósito de este formulario es verificar que ha recibido esta información y ha dado su consentimiento para la cirugía o procedimiento especial que se le recomendó. Debe leer este formulario detenidamente y hacer preguntas a sus médicos para que comprenda la operación o el procedimiento antes de decidir si dar o no su consentimiento. Si tiene preguntas, se le anima y se espera que las haga antes de firmar este formulario. Sus médicos no son empleados ni agentes del hospital o centro quirúrgico ambulatorio. Son médicos independientes.

2. Recomendación

Sus médicos le han recomendado la siguiente operación o procedimiento: _____

y el siguiente tipo de anestesia: _____.

Con su autorización y consentimiento, se le realizará esta operación o procedimiento, junto con cualquier procedimiento diferente o adicional que, en opinión del médico o médicos que realizan el procedimiento, pueda estar indicado debido a cualquier emergencia. Las operaciones o procedimientos serán realizados por el médico nombrado a continuación (o, en caso de que el médico no pueda realizar o completar el procedimiento, un médico sustituto calificado), junto con asociados y asistentes, incluidos anestesiólogos, patólogos y radiólogos del personal médico de (nombre del hospital) _____ A quien el (los) médico(s) que realiza el procedimiento puede asignar responsabilidades designadas.

3. Practicante

Nombre del profesional que realiza el procedimiento o administra el tratamiento médico:

_____. El hospital cuenta con personal e instalaciones para ayudar a sus médicos en la realización de diversas operaciones quirúrgicas y otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales. Sin embargo, sus médicos, cirujanos y las personas que asisten con el fin de realizar servicios médicos especializados, como anestesia, radiología o patología, no son empleados ni agentes del hospital ni de los médicos que realizan el procedimiento. Por lo general, son médicos independientes.

4. Riesgos estándar

Todas las operaciones y procedimientos conllevan el riesgo de resultados infructuosos, complicaciones, lesiones o incluso la muerte, tanto por causas conocidas como imprevistas, y no se ofrece ninguna garantía en cuanto al resultado o la cura. Tiene derecho a ser informado de:

- La naturaleza de la operación o procedimiento, incluyendo otros cuidados, tratamientos o medicamentos;
- Posibles beneficios, riesgos o efectos secundarios de la operación o procedimiento, incluidos los posibles problemas que podrían ocurrir con la anestesia que se utilizará y durante la recuperación;
- La probabilidad de alcanzar los objetivos del tratamiento;
- Alternativas razonables y los riesgos, beneficios y efectos secundarios relevantes relacionados con dichas alternativas, incluidos los posibles resultados de no recibir atención o tratamiento; y
- Cualquier investigación médica independiente o intereses económicos significativos que su médico pueda tener relacionados con la realización de la operación o procedimiento propuesto.



Excepto en casos de emergencia, las operaciones o procedimientos no se realizan hasta que haya tenido la oportunidad de recibir esta información y haya dado su consentimiento. Usted tiene derecho a dar o negar el consentimiento a cualquier operación o procedimiento propuesto en cualquier momento antes de su realización.

5. Condiciones (si las hubiera)

Con su firma a continuación, usted autoriza al patólogo a usar su discreción en la disposición o el uso de cualquier miembro, órgano o tejido extraído de su persona durante la operación o procedimiento establecido anteriormente, sujeto a las siguientes condiciones (si las hubiera): _____

_____.

6. Anestesia, Operación, Procedimiento

Su médico hablará con usted sobre los riesgos y beneficios de la operación o procedimiento recomendado, incluidos los siguientes (el proveedor de anestesia también tendrá una conversación específica por separado con usted antes de su operación/procedimiento):

- A. La naturaleza de la operación o procedimiento y la anestesia, incluyendo el sitio quirúrgico y la lateralidad, si corresponde: _____.

- B. Los beneficios o efectos esperados de la operación o procedimiento y la anestesia: _____
_____. Los posibles riesgos y/o complicaciones de la operación o procedimiento y la anestesia, incluidos los posibles problemas que pueden ocurrir durante la recuperación, incluyen, entre otros, sangrado, infección, daño a los nervios, coágulos de sangre, parálisis, complicación de la anestesia, dolor persistente o que empeora, tejido cicatricial, necesidad de cirugía adicional, disfunción intestinal y/o vesical, disfunción sexual o: _____
_____.

- C. Debido a las siguientes condiciones médicas específicas _____, riesgos adicionales y/o Las complicaciones de la operación o procedimiento y la anestesia incluyen, pero no se limitan a: _____.

- D. Los métodos alternativos de tratamiento, incluida la naturaleza de dichos tratamientos, sus beneficios o efectos esperados y sus posibles riesgos y complicaciones, incluyen: _____
_____.

- E. Otros temas discutidos con el paciente: _____
_____.

Si su médico determina que existe una posibilidad razonable de que necesite una transfusión de sangre como resultado de la cirugía o el procedimiento al que está dando su consentimiento, su médico le informará de ello y le proporcionará información sobre los beneficios y riesgos de las diversas opciones de transfusión de sangre, incluida la predonación por usted o por otras personas. También tiene derecho a tener tiempo suficiente antes de su procedimiento para organizar la predonación, pero puede renunciar a este derecho si no desea esperar.

La transfusión de sangre o productos sanguíneos implica ciertos riesgos, incluida la transmisión de enfermedades como la hepatitis o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y usted tiene derecho a dar o negar el consentimiento para cualquier transfusión. Tú debe hablar con su médico sobre cualquier pregunta que pueda tener acerca de las transfusiones.



Su firma en este formulario indica que:

- Ha leído y comprende la información proporcionada en este formulario;
- Su médico le ha explicado adecuadamente la operación o el procedimiento y la anestesia establecidos anteriormente, junto con los riesgos, beneficios y otra información descrita anteriormente en este formulario;
- Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas a su médico;
- Ha recibido toda la información que desea con respecto a la operación o procedimiento y la anestesia; y Usted autoriza y consiente la realización de la operación o procedimiento y la anestesia.

Fecha: _____ Hora: _____ AM PM

Firma: _____

(Paciente/ Representante Legal)

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, indique su nombre: _____

Relación: _____

Certificación Médica

Yo, el médico abajo firmante, por la presente certifico que he discutido el procedimiento descrito en este formulario de consentimiento con este paciente (o el representante legal del paciente), incluyendo:

- Los riesgos y beneficios del procedimiento;
- Cualquier reacción adversa que pueda esperarse razonablemente que ocurra;
- Cualquier método alternativo de tratamiento eficaz que pueda ser médicamente viable;
- Los problemas potenciales que pueden ocurrir durante la recuperación; y
- Cualquier investigación o interés económico que pueda tener con respecto a este tratamiento.

Entiendo que soy responsable de llenar todos los espacios en blanco en los párrafos 2, 3 y 6. Además, certifico que se animó al paciente a hacer preguntas y que todas las preguntas fueron respondidas.

Fecha: _____ Hora: _____ AM PM

Firma: _____

(Médico)

Imprimir nombre: _____

(Médico)



Consentimiento para la transfusión de sangre

Su firma a continuación indica que:

- recibido una copia del folleto, guía del paciente para la transfusión de sangre.
- recibido de su médico información sobre los riesgos y beneficios de la transfusión de sangre y cualquier terapia alternativa, así como sobre sus riesgos y beneficios.
- tenido la oportunidad de discutir este asunto con su médico, incluida la predonación.
- Sujeto a las instrucciones especiales que se enumeran a continuación, usted da su consentimiento para la transfusión de sangre que su médico pueda ordenar en relación con la operación o el procedimiento descrito en este formulario de consentimiento.

Instrucciones especiales: _____

(Describa aquí las instrucciones específicas para la transfusión de sangre del paciente, por ejemplo, predonación, donación directa, etc.)

Fecha: _____ Hora: _____ AM PM

Firma: _____

(Paciente/ Representante Legal)

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, indique su nombre: _____

Relación: _____

Declaración del intérprete

He leído de manera precisa y completa el documento anterior al (paciente o representante legal del paciente) _____ en el idioma principal del paciente o representante legal _____ (indique el idioma). Él o ella entendió todos los términos y condiciones y reconoció su acuerdo al firmar el documento en mi presencia.

Fecha: _____ Hora: _____ AM PM

Firma: _____

(Intérprete)

Imprimir nombre: _____

(Intérprete)