



01-50118S

CONSENTIMIENTO DE INTERVENCION QUIRURGICA O DE PROCEDIMIENTO

Nombre del paciente: _____

PORTE I: PROPUESTA PARA INTERVENCION QUIRURGICA O DE PROCEDIMIENTO

Como medico(s) responsable(s) por el cuidado del paciente arriba mencionado, yo/ nosotros, el Doctor/ los Doctores _____ propongo/ proponemos llevar a cabo la siguiente operacion o procedimiento:

A) IDENTIFICACION DE LA OPERACION O PROCEDIMIENTO (en terminos cientificos y sencillos):

B) CERTIFICACION DEL MEDICO O DE SU DESIGNADO: Yo, _____, he aconsejado a este paciente sobre la naturaleza del procedimiento que he propuesto. Le he aconsejado especificamente sobre los riesgos potenciales de este procedimiento, asi como sobre la naturaleza y proposito del mismo; sobre los posibles metodos de tratamientos alternativos y de los posibles riesgos, beneficios y efectos secundarios relacionados a las alternativas, incluyendo los posibles resultados por no recibir atencion medica, tratamiento o servicios. Al proponer este tratamiento, le he dicho a este paciente que en mi opinion, de acuerdo a mi conocimiento del caso, de mi entrenamiento y experiencia, los posibles beneficios de este procedimiento superan los potenciales riesgos, pero asi tambien he mencionado que pueden existir otras opiniones, y que el paciente debe obtener una "segunda opinion" si asi lo desea. Tambien he indicado que las posibles complicaciones que he mencionado son las que yo considero ser las mas comunes, y que otras complicaciones menos comunes que yo pueda no haber mencionado, tambien pudiesen ocurrir.

Firma del medico o de su designado

Fecha

Hora

[] Nombre o identificacion del interprete _____ [] Se utilizaron los servicios de un interprete para el idioma preferido del paciente.

PART II: PATIENT CONSENT FOR SURGERY OR PROCEDURE

A) Me han sido explicados la naturaleza y el proposito de la propuesta operacion/procedimiento, los posibles beneficios y riesgos, asi como los problemas que pudiesen ocurrir durante la recuperacion; los metodos alternativos de tratamiento y sus posibles riesgos y beneficios; y los posibles resultados por no hacerse ningun tratamiento.

B) La operacion incluirá los procedimientos que sean necesarios para su realizacion. Si alguna condicion surgiera durante la operacion, o fuese descubierta al momento de la misma, que no hubiese sido anticipada o reconocida con anterioridad, y que requiera procedimientos adicionales a aquellos contemplados originalmente, yo autorizo que se realicen dichos procedimientos.

C) Soy consciente de que la practica de la medicina no es una ciencia exacta, y que operaciones o procedimientos adicionales pudiesen ser necesarios durante el curso del propuesto procedimiento.

D) Entiendo que una sedacion moderada pudiese ser utilizada para este procedimiento, y que los beneficios, riesgos de significancia, la naturaleza y el proposito, me han sido explicados, asi como los posibles resultados de no utilizarse la sedacion moderada.

E) Entiendo que el Hospital Universitario Robert Wood Johnson (RWJUH, por sus siglas en ingles), está afiliado con la Escuela de Medicina Rutgers-Robert Wood Johnson (RRWJMS, por sus siglas en ingles), y la Universidad Estatal de Servicios para la Salud.

F) Tambien se me ha explicado, y entiendo, que algunos de los medicos que atienden, becarios, residentes, y estudiantes que puedan atenderme y administrarme tratamiento en RWJUH, son empleados por RRWJMS del Estado de Nueva Jersey. Estos medicos tambien llevan en todo momento, placas con sus nombres que identifican su asociacion con RRWJMS.

G) Entiendo lo que ha sido discutido conmigo, asi como los contenidos de este formulario de consentimiento, y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias..

Yo, el que suscribe, por la presente solicito y autorizo al/los Dr.(s) _____ y a aquellos que el/ella (ellos/ellas) designen como su(s) asistente(s), a realizar la operacion o procedimiento propuesto y descrito anteriormente, en Partes 1 A) y B).

Declaro haber leído la certificacion del medico que antecede, y/o que me ha sido leída, y que su contenido, incluyendo los riesgos, beneficios y alternativas, me han sido explicados. Acuerdo en que la informacion de referencia ha sido discutida conmigo, que se me ha dado la oportunidad de hacer mas preguntas sobre cualquier area que no hubiese estado clara para mí; estoy satisfecho/a con las explicaciones y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfaccion.

Firma del paciente o de la persona autorizada a dar el consentimiento

Fecha

Hora

Relacion con el paciente de la persona autorizada a dar el consentimiento

2-Hole 1/4 2 3/4 - 3-Hole 1/4 4 1/4



**CONSENTIMIENTO DE INTERVENCION
QUIRURGICA O DE PROCEDIMIENTO**

PARTE III: CONSENTIMIENTO INFORMADO TELEFÓNICO

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre de la persona autorizada para dar consentimiento

Relación con el paciente de la persona autorizada a dar consentimiento

Número de teléfono de la persona dando el consentimiento

Nombre impreso del médico que obtuvo el consentimiento

Firma del médico que obtuvo el consentimiento

Nombre impreso del testigo del consentimiento telefónico

Firma del testigo del consentimiento telefónico

PARTE IV: CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE FOTOGRAFÍAS

Yo consiento a la toma y publicación de cualquier fotografía durante la realización del procedimiento listado en la Parte I de este formulario, con el propósito del avance de la educación médica.

Firma del paciente o de la persona autorizada a dar consentimiento

Relación con el paciente de la persona autorizada a consentir

PARTE V: CONSENTIMIENTO PARA OBSERVADORES

Con el propósito del avance de la educación médica o si el médico a cargo solicitara la presencia de alguien, así como de un representante de fabricación de un dispositivo médico, yo consiento a la admisión de observadores a la sala de operaciones durante la realización de los procedimientos listados en la Parte I de este formulario.

Firma del paciente o de la persona autorizada a dar consentimiento

Relación con el paciente de la persona autorizada a consentir

2-Hole 1/4 2 3/4 - 3-Hole 1/4 4 1/4