



01-50118S

**CONSENTIMIENTO DE INTERVENCION
QUIRURGICA O DE PROCEDIMIENTO**

Nombre del paciente: _____

PARTE I: PROPUESTA PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O DE PROCEDIMIENTO

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

A) IDENTIFICACION DE LA OPERACION O PROCEDIMIENTO (en términos científicos y sencillos):

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

Firma del médico o de su designado

Nombre o identificación del intérprete _____ Se utilizaron los servicios de un intérprete para el idioma preferido del paciente.

PART II: PATIENT CONSENT FOR SURGERY OR PROCEDURE

- A) Me han sido explicados la naturaleza y el propósito de la propuesta operación/procedimiento, los posibles beneficios y riesgos, así como los problemas que pudiesen ocurrir durante la recuperación; los métodos alternativos de tratamiento y sus posibles riesgos y beneficios; y los posibles resultados por no hacerse ningún tratamiento.
- B) La operación incluirá los procedimientos que sean necesarios para su realización. Si alguna condición surgiera durante la operación, 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 práctica 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 sedación moderada pudiese ser utilizada para este procedimiento, y que los beneficios, riesgos de significancia, la naturaleza y el propósito, me han sido explicados, así como los posibles resultados de no utilizarse la sedación moderada.
- E) Entiendo que el Hospital Universitario Robert Wood Johnson (RWJUH, por sus siglas en inglés), está afiliado con la Escuela de Medicina Rutgers-Robert Wood Johnson (RRWJMS, por sus siglas en inglés), y la Universidad Estatal de Servicios para la Salud.
- F) También se me ha explicado, y entiendo, que algunos de los médicos que atienden, becarios, residentes, y estudiantes que puedan atenderme y administrarme tratamiento en RWJUH, son empleados por RRWJMS del Estado de Nueva Jersey. Estos médicos también llevan en todo momento, placas con sus nombres que identifican su asociación con RRWJMS.
- G) Entiendo lo que ha sido discutido conmigo, así 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 subscribe, por la presente solicito y autorizo al/los Dr.(s) _____ y a aquellos que él/ella (ellos/ellas) designen como su(s) asistente(s), a realizar la operación o procedimiento propuesto y descrito anteriormente, en Partes 1 A) y B).

Declaro haber leído la certificación del médico 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 información de referencia ha sido discutida conmigo, que se me ha dado la oportunidad de hacer más preguntas sobre cualquier área que no hubiese estado clara para mí; estoy satisfecho/a con las explicaciones y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

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

Fecha _____ **Hora** _____

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



01-50118S

**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