



CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA

Solicito y autorizo un procedimiento quirúrgico denominado _____

y comprendo que el objetivo de este procedimiento es _____

Este procedimiento será realizado por _____

Me han informado que este procedimiento puede estar asociado con posibles beneficios, riesgos o efectos secundarios, que incluyen, entre otros _____

Me han informado sobre las alternativas, los beneficios y los efectos secundarios relacionados con las alternativas. Me han informado cuáles son las probabilidades de alcanzar mis objetivos y sobre los posibles problemas que podrían presentarse durante la recuperación.

- **Doy mi consentimiento** para la administración de anestesia y medicamentos relacionados, según lo consideren necesario los miembros del personal de **Anestesiología de Stony Brook, UFPC**.
- **Entiendo** que pueden surgir complicaciones o condiciones imprevistas durante este procedimiento y doy mi autorización para que se realicen los procedimientos adicionales que los médicos puedan considerar convenientes según su criterio profesional.
- **Entiendo** que se pueden fotografiar o filmar partes de la cirugía. Comprendo que se pondrá el mejor empeño para ocultar mi identidad. Comprendo que algunas de estas fotografías/grabaciones en video se pueden utilizar para fines educativos y que pueden no ser conservadas o formar parte de mi historia clínica. También comprendo que es posible que las fotografías/grabaciones en video para planificar, controlar o registrar mi tratamiento formen parte de mi historia clínica.
- **Entiendo** que los estudiantes o capacitadores residentes, médicos, personal de enfermería y auxiliares clínicos pueden estar presentes durante el procedimiento y pueden observar o ayudar en mi cuidado, bajo la dirección de mi cirujano y otros miembros del personal del hospital.
- **Entiendo** que un representante clínico o de ventas puede estar presente durante el procedimiento, pero no puede participar en él.
- **No impongo** limitaciones ni restricciones específicas para mi tratamiento a **excepción** de las escritas más abajo:

Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no he recibido garantías acerca de los beneficios o los resultados de este tratamiento. He leído y entendido todo el documento. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y estoy conforme con las respuestas que me dieron.

X _____
Firma del paciente o del representante autorizado Relación (si quien firma no es el paciente) Hora Fecha

*Si la firma no corresponde al paciente, mencione el motivo _____

X _____
Firma del testigo Title or Relationship to Patient Hora Fecha
(de 18 años de edad como mínimo, que no sea el médico a cargo del procedimiento)

Se han utilizado los servicios de
un intérprete o asistencia especial _____
(Nombre del intérprete) N.º de identificación según corresponda

Confirmando que he explicado el procedimiento, los riesgos, los beneficios y las alternativas pertinentes, los beneficios y efectos secundarios relacionados con las alternativas, los posibles problemas que se pueden presentar durante la etapa de recuperación, los tratamientos y servicios y los posibles resultados de no recibir atención.

X _____
Firma del profesional N.º de Identificación Hora Fecha

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO COMPLETO VÁLIDO HASTA POR CUATRO MESES