



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.

 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 _____

 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.

 Firma del profesional N.º de Identificación Hora Fecha

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO COMPLETO VÁLIDO HASTA POR CUATRO MESES



**CONSENT TO OPERATION OR PROCEDURE
AND ANESTHESIA**

For Translation Purpose Only

I request and consent to a surgical procedure called _____

and I understand that the purpose of this procedure is _____

This procedure will be performed by _____

I have been advised that this procedure may have potential benefits, risks and side effects including but not limited to

I have been advised of the alternatives, benefits and side effects related to the alternatives. I have been advised of the likelihood of achieving my goals and any potential problems that might occur during recuperation.

- **I consent** to the administration of anesthesia and related drugs, as deemed necessary by the staff members from **Stony Brook Anaesthesiology, UFPC.**
- **I understand** that unforeseen complications or conditions may arise during this procedure and I consent to any additional procedures that the physician(s) may deem advisable in their professional judgment.
- **I understand** that portions of the operation/procedure may be photographed or videotaped. I understand that every attempt will be made to conceal my identity. I understand that some of these photograph/videotapes may be used for teaching and may not be maintained or be a part of my medical record. I also understand that photographs/videotapes to plan, monitor or document my treatment may be part of my medical record.
- **I understand** that residents, medical, nursing and allied health students/trainees may be present during the procedure and they may observe or assist in my care, under the direction of my surgeon and/or other hospital staff members.
- **I understand** that a sales/clinical representative may be present during the procedure, but may not participate in the procedure.
- **I impose** no specific limitations or restrictions on my treatment **unless** written below:

I understand that the practice of medicine is not an exact science and I acknowledge that I have received no guarantees about the benefits or results of this treatment. I have read this entire document and understand it. I have been given the opportunity to ask questions and my questions have been answered to my satisfaction.

X _____
Signature of Patient or authorized representative Relationship (if other than Patient) Time Date

*If other than Patient, provide a reason _____

X _____
Signature of Witness Title or Relationship to Patient Time Date
(Age 18 or older, other than Practitioner performing procedure)

An interpreter or special assistance was used _____
(Name of Interpreter) ID# as applicable

I verify that I have explained the procedure, relevant risks, benefits and alternatives, benefits and side effects related to alternatives, potential problems during recuperative phase, treatment and services, and possible results of not receiving care.

X _____
Signature of Practitioner ID# Time Date

COMPLETED CONSENT FORM VALID UP TO FOUR MONTHS