

CONSENTIMIENTO CON CONOCIMIENTO DE CAUSA PARA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO

Nombre del paciente en imprenta _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

Autorizo a _____ para que lleve a cabo el siguiente procedimiento:

(SIN ABREVIACIONES NI SIGLAS)

___ Derecho ___ Izquierdo ___ NC _____

Entiendo que el motivo para el procedimiento es: _____

No se me ha garantizado ni asegurado nada en cuanto a los resultados del procedimiento.

También autorizo todo procedimiento adicional que se considere necesario debido a condiciones insospechadas que se encuentren durante el procedimiento.

ALTERNATIVAS: _____

RIESGOS: Todo procedimiento incluye algunos riesgos y peligros. Los riesgos más comunes de la cirugía incluyen infección, sangrado, lesiones a los nervios, coágulos de sangre, ataque cardíaco, reacciones alérgicas, pulmonía o muerte. Los riesgos adicionales de este procedimiento incluyen, entre otros: _____

- La administración de anestesia incluye riesgos, principalmente uno muy poco común de reacción a los medicamentos que causa la muerte. Doy mi consentimiento para el uso de los anestésicos que el anestesiólogo responsable por estos servicios considere necesarios. Comprendo que el anestesiólogo analizará conmigo éstos y otros riesgos relacionados con la anestesia.
 - Autorizo a otros practicantes de atención médica/estudiantes de medicina realizar tareas importantes durante mi procedimiento (por ejemplo, abrir, cerrar, extirpar tejidos) según el ámbito de su práctica bajo la supervisión directa de mi médico.
 - Observación médica durante mi procedimiento puede tomar lugar por parte de integrantes del equipo de atención médica, otros estudiantes médicos y representantes de ventas designados bajo la supervisión directa de mi médico.
 - El hospital desechará o conservará adecuadamente todo tejido o aparato extirpado.
 - El hospital divulgará información clínica correspondiente a los fabricantes de dispositivos según los reglamentos estatales o federales con el fin de llevar un registro de los dispositivos implantados en caso de que se retiren del mercado o de que fallen.
 - Es posible que se lleve a cabo fotografía o grabación de videos para fines de diagnóstico o tratamiento, según lo determine mi médico.
- A. ___ NC ___ **Estoy de acuerdo** ___ **No estoy de acuerdo** Autorizar la participación de estudiantes médicos durante mi procedimiento.
- B. Sedación moderada: ___ NC ___ **Estoy de acuerdo** ___ **No estoy de acuerdo** con el uso de sedación moderada basándome en las explicaciones de los riesgos, beneficios y desenlaces esperados de este tipo de sedación. ___ **Por recomendación de Anestesia**
- C. Aloiinjerto/Xenoinjerto: ___ NC ___ **Estoy de acuerdo** ___ **No estoy de acuerdo** con el uso de aloinjerto/xenoinjerto basándome en las explicaciones de los riesgos, beneficios y desenlaces esperados de su uso. (Consultar la hoja informativa)
- D. Transfusión de sangre: ___ NC ___ **Estoy de acuerdo** ___ **No estoy de acuerdo** con el uso de sangre o productos sanguíneos basándome en las explicaciones de los riesgos, beneficios y desenlaces esperados. (Consultar la hoja informativa)

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE: He leído y comprendo por completo este formulario de consentimiento y la información que mi médico/médico titulado independiente me ha dado. Comprendo que no debo firmar este formulario si no se me han explicado o contestado a mi satisfacción todos los elementos que incluye y todas mis preguntas o si no comprendo todas las palabras que aparecen aquí.

Firma del paciente o su representante legal: _____ Hora: _____ Fecha: _____
Relación con el paciente: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO/DENTISTA/MÉDICO LICENCIADO INDEPENDIENTE He explicado la cirugía/el procedimiento, anticipado las indicaciones de beneficios, alternativas y riesgos importantes relativos a este procedimiento. He contestado las preguntas de mi paciente. El paciente ha recibido la información adecuada y ha dado su consentimiento.

Firma del médico o médico licenciado independiente: _____ Hora: _____ Fecha: _____

INTERPRETACIÓN: Formulario

Análisis del consentimiento con conocimiento de causa interpretado para el paciente o su representante por _____

Rehusó consentimiento en su lengua materna

NC = No Corresponde


UNIVERSITY
of COLORADO HEALTH
MEMORIAL HOSPITAL
1400 East Boulder Street
Colorado Springs, CO 80909

MUST PLACE ID LABEL
IN THIS BOX ONLY

Hoja informativa para el paciente sobre el consentimiento para Aloinjerto o Xenoinjerto

El aloinjerto o xenoinjerto es un producto de hueso o tejido elaborado de fuentes de seres humanos o de animales. Existen posibles riesgos con el implante de estos tipos de productos. Entre los riesgos se encuentran reacciones al hueso o tejido e infecciones tales como hepatitis o VIH. Estos riesgos pueden ser graves y posiblemente fatales.

Hoja informativa para el paciente sobre el consentimiento para transfusión de sangre

Procedimiento: En el transcurso de su cuidado, es posible que necesite una transfusión de sangre o de uno de sus productos. Estas transfusiones pueden incluir sangre entera, glóbulos rojos, plasma fresco congelado, plaquetas o crioprecipitado.

Riesgos: Los riesgos de una transfusión de sangre incluyen reacciones alérgicas graves que pueden causar daño a nuestras propias células sanguíneas. Se pueden transmitir con las transfusiones, infecciones tales como hepatitis viral y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), una infección viral que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La probabilidad de transmitir infecciones se considera ser menos de una en cada millón de transfusiones. Estos riesgos pueden ser graves y posiblemente fatales.

Alternativas: Los riesgos de **NO** recibir sangre son mucho peores que los de una transfusión. Algunas opciones adicionales para su procedimiento en particular pueden incluir la donación previa de su propia sangre (donación autóloga de sangre) o la recolección de células durante la cirugía. Si usted se rehúsa a aceptar sangre o productos sanguíneos (donados, autólogos o la recolección de células), los riesgos podrían incluir daño a los órganos debido a un suministro inadecuado de oxígeno, la incapacidad para controlar el sangrado y, a veces, la muerte.

Información educativa adicional

Consultar el documento adjunto en el que se encuentra información educativa adicional

NC = No Corresponde

Página 2 de 2

Form # CNT1200029-0515S Revised 05/2015


UNIVERSITY
OF COLORADO HEALTH
MEMORIAL HOSPITAL
1400 East Boulder Street
Colorado Springs, CO 80909

Este consentimiento está disponible en español y es idéntico.

MUST PLACE ID LABEL
IN THIS BOX ONLY