

ASHFORD PRESBYTERIAN COMMUNITY HOSPITAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OPERACIÓN/PROCEDIMIENTO

1. Autorizo al Dr.(s): _____, los cirujanos y/o cualquier otro médico, enfermero o paramédico que ellos designen para que le presten cooperación y ayuda para efectuar en _____ la operación, tratamiento o procedimiento diagnóstico siguiente:
(Nombre del Paciente)

2. La naturaleza y objeto de la operación, procedimiento diagnóstico o tratamiento, así como las diversas opciones de tratamiento, si alguna, los riesgos involucrados y la posibilidad de complicaciones me han sido ampliamente explicados por el médico y consiento a que se realice la operación, tratamiento o procedimiento de diagnóstico descrito en el párrafo uno de este consentimiento. Reconozco que no se me puede ofrecer garantía absoluta en cuanto a los resultados que se esperan obtener. Entiendo que la medicina no es una ciencia exacta y que en el curso del tratamiento, operación o procedimiento diagnóstico se podría encontrar condiciones médicas de emergencia que requieran la extirpación de un órgano o el uso de otras técnicas operatorias y/o procedimientos médico-quirúrgicos a discreción del cirujano y/o la necesidad de administración de sangre.
3. Entiendo que pueden acontecer los riesgos y complicaciones siguientes, que la ciencia médica reconoce podrían estar asociados a dicha operación, tratamiento o procedimiento diagnóstico, por ejemplo: riesgo de infección; reacciones alérgicas o tóxicas a tratamiento, transfusión o medicamentos, hemorragias, y otros:

4. Entiendo que aún aplicando todos los recursos de la ciencia moderna, algunos de estos riesgos y complicaciones pueden ser tan severos que, llevados a un extremo, podrían causar la muerte. Entiendo que antes, durante y después de la operación, tratamiento o procedimiento diagnóstico, se podría sufrir dolores y preocupaciones mentales que se reconoce pueden estar asociados a éstos.
5. En caso de que se requiera anestesia, consiento en que sea administrada por un médico anesthesiólogo y autorizo el uso de aquellos anestésicos que crean convenientes.
6. Autorizo a los médicos arriba mencionados y a las personas designadas por el hospital a llevar a cabo todos los estudios que crean necesarios de cualquier tejido, órgano o parte del cuerpo que sean removidos, y que dispongan de los mismos.
7. Autorizo () No Autorizo () No Aplica () que, como parte del Programa de Residencia en Obstetricia y Ginecología del Municipio de San Juan y bajo la supervisión del médico a cargo, médicos residentes participen en el cuidado de mi salud y en la operación, tratamiento o procedimiento de diagnóstico identificado en el párrafo número 1.
8. Otros: _____

Certifico: Que he leído o me han leído y entiendo perfectamente este Consentimiento para Tratamiento, que me hicieron todas las explicaciones y advertencias a que se hace referencia en el mismo, que toda la información correspondiente ha sido suministrada en los espacios en blanco y que antes de firmar se han tachado las cláusulas que no acepto y/o que no son pertinentes a mi caso.

Nombre del Paciente

o su Representante Legal: _____ Fecha: _____ Hora: _____ am pm

Firma del Paciente

o su Representante Legal: _____ Fecha: _____ Hora: _____ am pm

Si es Representante Legal, relación con el paciente: _____

Testigo: _____

Firma Médico: _____ Fecha: _____ Hora: _____ am pm