

**\*FIRME SOLAMENTE DESPUÉS DE HABER LEÍDO CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO Y DE HABER DISCUTIDO SU PLAN DE TRATAMIENTO CON SU DOCTOR\***

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona que firma este Formulario y Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor, Asistente Médico o Enfermera/o Especializada/o ("Doctor"): \_\_\_\_\_

Cirugía / Procedimiento / Tratamiento ("Tratamiento"): \_\_\_\_\_

Sitio: \_\_\_\_\_ Costado:  Derecho  Izquierdo  No Corresponde

1. Autorizo a mi Doctor a realizar el tratamiento mencionado anteriormente. El Doctor me ha dado una descripción general del Tratamiento y me ha explicado, de una manera que yo entienda, que pueden existir otros tipos de tratamientos, incluyendo la opción de obtener una segunda opinión con otro doctor o profesional médico y que existen riesgos asociados con dicho Tratamiento. El doctor me ha preguntado si necesito una explicación más detallada, y si la solicité, el Doctor me ha explicado en más detalle sobre el Tratamiento, las alternativas disponibles y los riesgos.

Entiendo que todo tratamiento médico presenta algunos riesgos. Entiendo que además de sangrado, infección, lesiones a órganos circundantes y la muerte, hay riesgos específicos asociados con este Tratamiento y pueden ocurrir otras complicaciones. He discutido estos riesgos con el Doctor satisfactoriamente. También he discutido en el Doctor los riesgos de no continuar con el Tratamiento.

2. Entiendo que, durante el Tratamiento, se pueden descubrir condiciones imprevistas y que requieran un cambio al plan del Tratamiento o un plan de Tratamiento diferente al mencionado anteriormente. Autorizo al Doctor a que realice cualquier procedimiento adicional o más complicado que, a juicio del médico, sean necesarios para mi beneficio. Entiendo que el médico seguirá las políticas de St. Charles y puede preguntar a las personas que yo he designado o que la ley señala para tomar decisiones en mi nombre.
3. Entiendo que se puede necesitar una transfusión de sangre, incluyendo la sangre propia o los productos de la sangre, durante o después del Tratamiento. Me han explicado los riesgos de recibir estos productos de la sangre y esto incluye a las reacciones, contraer una enfermedad y otros riesgos, incluyendo la muerte. Doy mi consentimiento para recibir los productos de la sangre que el Doctor cree que son médicamente necesarios para mí, o **al poner mis iniciales aquí, \_\_\_\_\_ (iniciales), yo señalo que doy mi consentimiento para usar sangre o los productos derivados de la sangre.** Si no pongo mis iniciales arriba, entiendo que se me pedirá que firme un Formulario de Rechazo de Transfusión de Sangre.



**PATIENT PROCEDURAL INFORMED CONSENT**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE SOBRE**  
**EL PROCEDIMIENTO MÉDICO**

4. Entiendo que los Doctores, enfermeras, ayudantes, el personal, los residentes y los estudiantes pueden participar en mi cuidado médico y pueden completar tareas importantes relacionadas con el Tratamiento, de acuerdo a las políticas de St. Charles y, en el caso de los residentes o los estudiantes, de acuerdo a sus habilidades y bajo la supervisión del profesional médico responsable. Entiendo que el Doctor, el/la anesthesiólogo/a o el/la Enfermero/a Anestesiista Certificado/a (CRNA, por sus siglas en inglés), u otros profesionales médicos que participan en mi cuidado médico no son empleados o agentes de St. Charles, y que St. Charles no es legalmente responsable por sus actos u omisiones.

5. Entiendo que el Tratamiento puede requerir sedación moderada u otros tipos de anestesia o medicamento para adormecer el dolor y me lo puede administrar una enfermera.

6. Doy mi consentimiento para la presencia de representantes de fabricantes durante el Tratamiento. En beneficio de la educación médica, doy consentimiento para que entren observadores a la sala de operaciones durante el Tratamiento.

7. Autorizo a St. Charles para que deseche cualquier tejido o dispositivo médico que se haya extraído durante el Tratamiento.

8. Doy mi consentimiento para que tomen fotografías, videos u otras reproducciones electrónicas ("Fotos") de mí durante el Tratamiento, y que se puedan usar dichas Fotos para el tratamiento o para actividades internas o externas conforme a las políticas de St. Charles.

TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO RESPONDIDAS SATISFACTORIAMENTE. NINGUNO DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS GARANTIZÓ NADA CON RESPECTO A CUALQUIER RESULTADO O CURA. HE INFORMADO AL DOCTOR SOBRE MIS PROBLEMAS MÉDICOS IMPORTANTES, INCLUYENDO LA POSIBILIDAD DE EMBARAZO. HE LEÍDO TODO ESTE DOCUMENTO Y ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON SU CONTENIDO.

**DOY MI PERMISO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO MENCIONADO ANTERIORMENTE.**

<i>Firma del Paciente o Representante Autorizado del Paciente (Obligatorio)</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>
<i>Testigo de la Firma del Paciente o Representante Autorizado del Paciente (Obligatorio)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Check if telephone consent</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>
<i>Signature of Doctor or Physician Assistant obtaining Patient's informed consent (Required)</i>		<i>Date</i>	<i>Time</i>
<i>*Emergency Waiver of Consent. All attempts to reach an authorized surrogate of the patient have been unsuccessful. In my professional judgment, immediate treatment is necessary to preserve life or prevent serious impairment to health.</i>		<i>Date</i>	<i>Time</i>
<i>Signature of Doctor or Physician Assistant or Nurse Practitioner _____</i>			